

Universidad de Buenos Aires
Facultad de Ciencias Económicas
Escuela de Negocios y Administración
Pública

MAESTRÍA EN ECONOMÍA

TRABAJO FINAL DE MAESTRÍA

La protección financiera frente a gastos en salud en hogares
con personas mayores en Argentina

Financial protection against health care spending in
households with elderly in Argentina

AUTOR: MARÍA EUGENIA BARBIERI

DIRECTOR: IGNACIO RAÚL APELLA

MARZO 2024

Agradecimientos

Este trabajo fue posible gracias al apoyo incondicional de Ignacio Apella. A lo largo de numerosas charlas ayudó a definir el tema y luego acompañó todo el proceso de desarrollo. También fue clave Martín Obaya, quien, en el marco del taller de tesis, contribuyó con sus consejos y recomendaciones a delimitar el tema de tesis y preparar la propuesta de trabajo. Llegar a esta instancia fue posible gracias a Danilo Trupkin, quien me abrió las puertas de la Maestría en Economía, y me permitió conocer a personas muy valiosas que sin duda han enriquecido mi conocimiento.

Resumen

INTRODUCCIÓN: La Argentina está transitando un proceso de envejecimiento de la población que trae como consecuencia mayor incidencia de problemáticas de salud más costosas. Este fenómeno puede exponer a los hogares con personas mayores a enfrentar dificultades financieras ante la necesidad de incurrir en costos médicos.

OBJETIVO: El objetivo del trabajo es analizar la evolución de la protección financiera en salud de los hogares con personas mayores de 65 años a partir de los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en salud e identificar las variables explicativas de los mismos.

METODOLOGÍA: Utilizando las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18 se construyeron los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en salud. Se realizó una comparación con hogares sin presencia de mayores de 65 años y se analizó la evolución en el tiempo. Por último, se estimaron modelos Logit para indagar sobre las variables que inciden en la probabilidad que un hogar con mayores de 65 años incurra en un gasto catastrófico o empobrecedor para el período 2017/18.

RESULTADOS: En el período 2017/18 el 14.4% y 7.6% de los hogares con mayores de 65 años incurrieron en gastos catastróficos considerando umbrales del 15% y 25% del gasto total del hogar, o 12.7% y 7.4% con umbrales del 25% y 35% del gasto no discrecional del hogar. En términos de gasto empobrecedor los indicadores alcanzaron el 1.2% y 2.3% considerando la línea de indigencia y pobreza, respectivamente. Todos los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor presentaron mejoras a lo largo de los años y sus niveles son más altos que los presentes en hogares sin adultos mayores. Por último, se identificó que la presencia de al menos un mayor de 65 años con discapacidad de largo plazo es un factor que aumenta la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y empobrecedor, mientras que la cobertura explícita en salud no necesariamente es un factor protector.

DISCUSION: La mejora en los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en el período bajo estudio indican avances en la protección financiera, aunque aún hay espacio para continuar mejorando particularmente a partir de políticas de acceso a medicamentos. Por otro lado, el estudio deja planteada la necesidad de profundizar el análisis con datos de uso de servicios de salud, condiciones de salud de los adultos mayores y actualización de información sobre gasto de los hogares.

Palabras claves: Gasto en Salud; Protección Financiera; Gastos Catastróficos y Empobrecedores

Abstract

INTRODUCTION: Argentina is going through a process of population aging that results in a higher incidence of costly health problems. This phenomenon may expose households with elderly members to financial difficulties due to the need to incur in medical expenditures.

OBJETIVE: The objective is to analyze the evolution of financial protection in health for households with elderly members based on the indicators of catastrophic and impoverishing health expenditure and to identify the explanatory variables of these indicators.

METHODOLOGY: Using the ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 and 2017/18, indicators of catastrophic and impoverishing health expenditure were constructed. A comparison was made with households without presence of elderly members and the evolution over time was analyzed. Finally, Logit models were estimated to investigate the variables that affect the probability that a household with elderly members incur in catastrophic or impoverishing expenditure for the period 2017/18.

RESULTS: In 2017/18 14.4% and 7.6% of households with elderly members incurred in catastrophic expenditures considering thresholds of 15% and 25% of total household expenditure, or 12.7% and 7.4% with thresholds of 25% and 35% of non-discretionary household expenditure. In terms of impoverishing expenditure, the indicators reached 1.2% and 2.3% considering the indigence and poverty line, respectively. All indicators of catastrophic and impoverishing expenditure showed improvements over the years and their levels are higher than those present in households without elderly members. Finally, the presence of at least one person over 65 years of age with a long-term disability was identified as a factor that increases the probability of incurring in catastrophic and impoverishing expenses, while explicit health coverage is not necessarily a protective determinant.

DISCUSSION: The improvement in the indicators of catastrophic and impoverishing expenditure in the period under study indicates progress in financial protection, although there is still room for further improvement, particularly in terms of policies for access to medicines. On the other hand, the study suggests the need to deepen the analysis with data on the use of health services, health conditions of the elderly, and update information relative to household expenditures.

Keywords: Health Expenditure; Financial Protection; Catastrophic and Impoverishing Expenditure

Índice general

Agradecimientos	1
Resumen	2
Abstract	3
1. Introducción	8
2. Planteamiento del tema/problema	10
3. Marco teórico	13
3.1. El gasto catastrófico y empobrecedor: definiciones y antecedentes	14
3.2. Estimaciones de gasto catastrófico y empobrecedor en Argentina	18
3.3. Gastos catastróficos y empobrecedores en población mayor.....	23
4. Metodología	26
4.1. Definición y cuantificación del gasto de bolsillo en salud.....	28
4.2. Estimación de gasto catastrófico y empobrecedor	30
4.3. Estimación de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en hogares con miembros mayores de 65 años	33
5. Hallazgos	36
5.1. Caracterización del gasto en salud de los hogares con mayores de 65 años	37
5.2. Gasto catastrófico en salud en hogares con mayores de 65 años	47
5.3. Gasto empobrecedor en salud en hogares con mayores de 65 años.....	53
5.4. Probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en salud en hogares con mayores de 65 años	56
6. Conclusiones	60
7. Referencias bibliográficas	62
8. Anexos	71

Índice de Tablas

Tabla 1. Estimaciones de gasto catastrófico y empobrecedor para la Argentina.....	19
Tabla 2. Componentes del gasto en salud en las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18	29
Tabla 3. Descripción de las variables independientes utilizadas en las estimaciones de probabilidad	35
Tabla 4. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Razón de probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores (odd ratios). Período 2017/18	59

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Participación del gasto en salud en el gasto total del hogar, en porcentajes. Hogares con mayores de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.....	38
Gráfico 2. Participación del gasto en salud en el ingreso total del hogar, en porcentajes. Hogares con mayores de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.....	38
Gráfico 3 Composición del gasto total de salud de los hogares, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18	40
Gráfico 4. Distribución del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y gasto en afiliación, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.....	41
Gráfico 5. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18	43
Gráfico 6. Composición del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y afiliación por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. 1996/97 y 2017/18	45
Gráfico 7. Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del ingreso total del hogar según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18	46
Gráfico 8. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18	48
Gráfico 9. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.....	49
Gráfico 10. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar y un umbral del 15%. Hogares con al menos un mayor de 65 años por quintil de ingreso per cápita. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18	51
Gráfico 11. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar y un umbral del 30%. Hogares con al menos un mayor de 65 años por quintil de ingreso per cápita. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.....	52
Gráfico 12. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia y la línea de pobreza, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18.....	54
Gráfico 13. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18	55
Gráfico 14. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de pobreza por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18	56

Índice de Tablas del Anexo

Tabla A. 1. Distribución de hogares según la presencia de mayores de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	71
Tabla A. 2. Participación del gasto en salud en el gasto y el ingreso total de los hogares. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	71
Tabla A. 3. Composición del gasto total de salud de los hogares, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	72
Tabla A. 4. Distribución del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y gasto en afiliación, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	72
Tabla A. 5. Participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud del hogar por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	76
Tabla A. 6. Participación del gasto de bolsillo en el ingreso total del hogar por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	77
Tabla A. 7. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	78
Tabla A. 8. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	79
Tabla A. 9. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar y un umbral del 15%. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	80
Tabla A. 10. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar y un umbral del 30%. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.	81
Tabla A. 11. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia y la línea de pobreza, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18.	81
Tabla A. 12. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18.	82
Tabla A. 13. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de pobreza por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18.	83

Tabla A. 14. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Efectos marginales de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores (dy/dx). Período 2017/18. 84

Tabla A. 15. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Coeficientes estimados de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores. Período 2017/18. 85

Índice de Gráficos del Anexo

Gráfico A. 1. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18. 73

Gráfico A. 2. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares sin mayores. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18. 74

1. Introducción

La Argentina está transitando un cambio en su estructura demográfica caracterizado por el envejecimiento de la población como producto de dos factores, el aumento de la esperanza de vida y la caída en las tasas de fecundidad. De esta forma, cada vez menos recién nacidos se suman a la población y la gente vive más, lo que genera que tanto el número absoluto como la proporción de adultos mayores sea cada vez más grande (Grushka, 2014). Según datos del INDEC (2013), la población mayor de 65 años se ha ido incrementando, en 1970 representaba el 7%, en 2001 el 9,9%, en el 2010 el 10,2% y en 2020 el 11.5%, con una proyección a 2040 de 15.2%.

La extensión de la vida es un recurso muy valioso. Sin embargo, también trae aparejados varios desafíos para el sistema de salud. Una población más envejecida implica una mayor incidencia y prevalencia de discapacidades, enfermedades crónicas no transmisibles, deterioro generalizado de la capacidad funcional y multimorbilidad (más de una condición crónica a la vez), que requieren de una mayor cantidad de servicios de salud más complejos y costosos (Medici, 2011; Beard et al., 2016; Palladino et al., 2016; Bähler et al., 2015). De hecho, se estima que el gasto en salud se ha incrementado rápidamente en todo el mundo durante los últimos años, con un ritmo mayor que el del PIB. La variación anual real promedio del gasto en salud es del 4%, mientras que la del crecimiento global de la economía es de 2,8% (WHO, 2018).

En Argentina, según datos de la 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo del 2018, el 33.7% de la población mayor de 65 años presenta algún problema de movilidad, el 43.9% malestar o dolor, el 21.1% diabetes y el 61.8% hipertensión (INDEC, 2019a). Por otro lado, se estima que el gasto público en salud como porcentaje del PIB pasará de 4.9% a 6.3% entre 2015 y 2050, casi 28% de aumento, en parte explicado por el cambio en la estructura poblacional, particularmente de la redistribución de adultos jóvenes a adultos mayores y los patrones resultantes de enfermedad y mortalidad (Rofman & Apella, 2021).

Este fenómeno de mayor necesidad de demanda de servicios de salud, producto del envejecimiento poblacional, puede exponer a los hogares a enfrentar dificultades financieras (Azzani et al., 2019; Valtorta & Hanratty, 2013). Ante la necesidad, pueden verse obligados a reducir consumos básicos para atender su salud o incluso renunciar a la atención médica por la imposibilidad de afrontar sus costos. Todo esto es de gran preocupación para la sociedad en

general y en particular para quienes se dedican al diseño de políticas públicas que promuevan la equidad y eficacia del sistema de salud argentino.

La relevancia que ha tomado en el mundo es tal que las Naciones Unidas ha establecido, dentro de sus Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), uno vinculado a la protección financiera de la población como condición indispensable para alcanzar la cobertura universal de salud (Naciones Unidas, 2017)¹. Específicamente, se ha definido la meta 3.8 como “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”.

Por otro lado, el desempeño de un sistema de salud no solo debe evaluarse a partir de la mejora en la salud de la población a la que sirve o la respuesta a sus necesidades (OMS, 2000). También es importante que provea protección financiera frente a los gastos en salud que implica un episodio de enfermedad, es decir, que todas las personas puedan acceder al servicio de salud que requieran sin que esto implique dificultades para pagarlo o que los recursos que destinen a este fin disminuyan su estándar de vida o que el pago se convierta en una barrea de acceso. La racionalidad de este objetivo del sistema de salud se basa en la idea que estas erogaciones constituyen una forma ineficiente de financiar la salud que, a su vez, tienden a ser inequitativos y generadores de pobreza.

El siguiente trabajo tiene como objetivo analizar la protección financiera en salud de los hogares con presencia de personas mayores de 65 años en la Argentina, tomando como referencia la estimación de los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en salud que propone la literatura especializada. A su vez, se plantea indagar sobre los factores explicativos de la ocurrencia de eventos catastróficos o empobrecedores en salud estimado modelos de regresión logística. Para estos fines el trabajo se divide en cinco secciones: (i) en la primera sección se describe el problema de investigación, los objetivos y las principales hipótesis de trabajo, (ii) la segunda parte presenta el marco teórico que guía el análisis posterior y los antecedentes de estudios similares para el país y sobre población adulta mayor, (iii) la tercera sección describe la metodología propuesta y elaborada en función del marco teórico expuesto

¹ La cobertura universal de salud (CUS) significa que todas las personas tengan acceso a los servicios de salud que necesitan, cuándo y dónde los necesiten, sin generarles dificultades financieras. Esto incluye la gama completa de servicios esenciales de salud, desde la promoción de la salud a la prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos. En este sentido, la protección financiera en salud implica que todas las personas puedan obtener los servicios de atención médica que necesitan sin experimentar dificultades financieras.

en la sección previa, (iv) la cuarta parte describe los principales resultados alcanzados respecto a la composición del gasto en salud y a la protección financiera en salud a partir del análisis de las cuatro encuestas de gasto de los hogares realizadas por el INDEC y, (v) la última sección resume las principales conclusiones alcanzadas.

2. Planteamiento del tema/problema

2.1. Formulación del problema

El sistema de salud de la Argentina está organizado en el principio de universalidad según el cual toda persona que habita el suelo argentino tiene derecho a las prestaciones de salud que brinda el sector público, aunque en la práctica tiende a ser utilizado por la población de menores ingresos. A su vez, el sistema está integrado por otros dos subsectores que financian y proveen servicios de salud: (i) la seguridad social, conformada por las Obras Sociales Nacionales (OSN), las Obras Sociales Provinciales (OSP) y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP), también conocido como Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI), y (ii) el sector privado, que engloba a las empresas de medicina prepaga y emergencias médicas, y los hogares que por medio de pagos directos o de bolsillo pagan servicios de salud. Esta organización del sistema, con multiplicidad de fuentes de provisión y financiamiento, ha generado diferencias en la cobertura, acceso y calidad de los servicios de salud en función del nivel de ingreso, tipo de aseguramiento y ubicación geográfica de la persona (Banco Mundial, 2017).

La cobertura de salud, en el país, para la población adulta mayor es una problemática que se viene abordando desde 1971 con la sanción de la Ley N°19.032 que da origen al INSSJyP. La misma tiene entre sus finalidades ofrecer cobertura de servicios de salud a los jubilados y pensionados, así como a familiares primarios dependientes.² Su financiamiento se conforma de aportes y contribuciones de la remuneración de los trabajadores formales activos, de los aportes de los pasivos, y aportes del Tesoro Nacional que determina la Ley de Presupuesto Nacional cada año. Este organismo es una excepción a lo que se observa en otros países de la región, que a pesar del cambio demográfico presentan baja cobertura de la seguridad social para los adultos mayores (PNUD, 2011).

² También se incluye dentro de sus beneficiarios a ex combatientes de Malvinas sin cobertura alternativa.

Actualmente el PAMI es el principal proveedor de atención médica para personas mayores de 65 años ya que el 75% de los mismos están cubiertos por esta institución. A su vez, es la obra social más grande del país en términos de afiliados con un total de 5.189.599 personas afiliadas a lo largo de todo el territorio nacional (Ministerio de Salud, 2023). A la cobertura del PAMI se suman acciones realizadas por otros programas nacionales, como el Incluir Salud y el Programa Sumar³, las OSN y las OPS.

Si bien existen varios estudios que analizan la protección financiera que brinda el sistema de salud argentino, a partir de la medición de indicadores de gasto catastrófico y gasto empobrecedor en salud, el análisis sobre esta temática en el grupo de adultos mayores es muy limitada. Apella (2009) es de las pocas publicaciones que, a partir de datos de la Encuesta a la Tercera Edad sobre Estrategias Previsionales realizada por el Banco Mundial en 2003, buscó estimar la cantidad de mayores de 65 años con gastos empobrecedores y catastróficos en salud y analizar sus determinantes.

Otros estudios, utilizando diversas Encuestas Nacionales de Gasto de los Hogares (ENGHo) realizadas por el INDEC, 1996/97, 2004/05 y 2012/13, plantean que la presencia de mayores de 65 años en los hogares es un factor determinante de la existencia de gastos catastróficos en salud (Cavagnero et al., 2006; Peticara, 2008; Knaul et al., 2011; Macerira & Reynoso, 2012). Sin embargo, ninguno de estos realiza un análisis de las características que estos hogares tienen para hacerlos más propensos a una dificultad financiera ante un problema de salud. Tampoco estudian la evolución de la protección financiera a lo largo del tiempo. Por otro lado, hoy se cuenta con los datos de la ENGHo 2017/18, los cuales han sido escasamente analizados para los hogares con población mayor de 65 años.

Ante la situación antes planteada, este trabajo busca abordar el análisis sobre la protección financiera que el sistema de salud argentino brinda a los hogares con integrantes mayores de 65 años y su evolución en el tiempo, considerando las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18 realizadas por el INDEC. En este último período, además, se busca identificar los factores explicativos de la ocurrencia de gastos catastrófico y empobrecedores en los hogares con personas mayores de 65 años a partir de modelos de regresión logística.

Las preguntas que guían el análisis son: ¿Cuál es la relevancia de los gastos en salud de hogares con miembros mayores de 65 años, en particular, los gastos de bolsillo? ¿Cuál es el principal

³ El Programa Sumar comienza a dar cobertura de servicios de salud a la población mayor de 65 años desde el año 2020.

componente del gasto en salud de los hogares con miembros mayores de 65 años? ¿Qué porcentaje de los hogares con mayores de 65 años presentan gastos catastróficos o empobrecedores en salud? ¿Cómo ha evolucionado la protección financiera de los hogares con mayores de 65 años en el período 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18? ¿Hay diferencias en el gasto en salud si en el hogar no hay miembros mayores de 65 años? ¿Cuáles son los factores explicativos de la presencia de gastos catastróficos o empobrecedores de salud en los hogares con mayores de 65 años en 2017/18? ¿Cómo influyen las características de la salud de los miembros mayores de 65 años sobre la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores?

Este trabajo busca generar información relevante para la gestión sanitaria y el diseño de políticas públicas que promuevan acciones para reducir las barreras de acceso a la atención de la salud, en especial, en un grupo de población con mayor necesidad de estos servicios.

2.2.Objetivo general y específicos

El objetivo general de este trabajo es analizar la protección financiera en salud de los hogares con presencia de personas mayores de 65 años. Los objetivos específicos son:

1. Cuantificar el gasto total y de bolsillo en salud de los hogares con miembros mayores de 65 años.
2. Estimar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud para los hogares con miembros mayores de 65 años.
3. Presentar la evolución de las variables de gasto catastrófico y empobrecedor entre 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18 para hogares con miembros mayores de 65 años.
4. Comparar el gasto en salud, el gasto de bolsillo y las variables de gasto catastrófico y empobrecedor entre hogares con y sin miembros mayores de 65 años.
5. Identificar factores explicativos de la ocurrencia de gastos catastróficos y empobrecedores en hogares con miembros mayores de 65 años para el período 2017/18.

2.3.Hipótesis

La investigación parte de considerar que los hogares con personas mayores de 65 años tienen mayor riesgo de incurrir en un gasto catastrófico o empobrecedor en salud. No obstante, la

presencia de un esquema de aseguramiento social específico para este grupo de población contribuiría a solventar los potenciales riesgos de gastos catastróficos o empobrecedores. Lo contrario es esperable si se presenta en el hogar alguna discapacidad. Por otro lado, es probable que lo que mayormente incida sobre el nivel de gasto de bolsillo, y por lo tanto en un efecto catastrófico o empobrecedor, sea la compra de medicamentos (Apella, 2009; Varco et al., 2022).

El Ministerio de Salud de la Nación viene implementando desde el 2002 distintas políticas para disminuir el precio de los medicamentos y ampliar el acceso efectivo a servicios y bienes de salud (Maceira & Reynoso, 2021; Varco et al., 2022), como por ejemplo el Programa Remediar, sumado a otras medidas de impacto social y económico, ampliación de moratorias jubilatorias y esquemas de movilidad (Apella & Rofman, 2019), que pueden haber contribuido a disminuir la incidencia del gasto catastrófico y empobrecedor en salud.

3. Marco teórico

La protección financiera se ha identificado como uno de los objetivos que debe alcanzar cualquier sistema de salud (WHO, 2000), y como una condición necesaria para lograr la cobertura universal de salud (WHO, 2010). Este concepto engloba la meta de prevenir que los hogares deban incurrir en gastos de bolsillo, es decir, aquellos que deben efectuarse al momento de recibir atención médica. La motivación surge porque incurrir en estos costos puede desincentivar la búsqueda de cuidados en caso de necesitarlos o llevar a situaciones de empobrecimiento del hogar por el desplazamiento de consumos de primera necesidad (Xu, Evans et al., 2005; Xu et al., 2007). Aún más, se ha planteado que la utilización del gasto de bolsillo es una forma ineficiente e inequitativa de financiar un sistema de salud (WHO, 2000; Xu et al., 2003; Baeza & Packard, 2006; Knaul et al., 2006; Knaul et al., 2007; WHO 2010; Cid et al., 2021; WHO & IBRD, 2021).

La importancia que ha tomado el concepto de protección financiera ha llevado a la literatura especializada a indagar sobre las mejores metodologías para medir en qué medida el sistema de salud está cubriendo a su población de los potenciales riesgos de los gastos de bolsillo. La estrategia propuesta parte de la idea de estimar qué proporción de los hogares o la población puede ver afectado el consumo de bienes y servicios por tener que recurrir a gastos de bolsillo para atender una problemática médica. Surgen así dos indicadores: gasto catastrófico en salud y gasto empobrecedor en salud.

La siguiente sección se divide en tres partes. En la primera, se resumen los principales abordajes metodológicos para medir estos dos indicadores y aplicaciones en otros países, para a continuación, presentar las conclusiones de estudios realizados sobre este tema para la Argentina. Finalmente, la tercera sección menciona algunos resultados de análisis sobre gastos catastróficos y empobrecedores en salud por parte de personas adultas mayores.

3.1.El gasto catastrófico y empobrecedor: definiciones y antecedentes

La literatura ha planteado dos indicadores para evaluar la protección financiera que los sistemas de salud brindan a su población. Ambos parten de la estimación del gasto de bolsillo en salud que se define como todas las erogaciones en las que incurre un hogar cuando alguno de sus miembros utiliza un bien o servicio médico (preventivo, curativo, de rehabilitación o de larga duración), brindado por cualquier tipo de proveedor y ámbito (ambulatorio, hospitalario, domiciliario) (Xu, 2005; WHO & IBRD, 2021). El objetivo de las mediciones es reflejar hasta qué punto el gasto de bolsillo afecta el nivel material de vida de un hogar. Si estos gastos son grandes con relación a los recursos disponibles, la perturbación puede ser considerada catastrófica o empobrecedora.

El enfoque catastrófico considera que un gasto médico es “catastrófico” si excede una fracción de los ingresos o gastos del hogar en un período de tiempo dado. El supuesto es que, si el hogar está destinando un porcentaje importante de su presupuesto al cuidado de la salud, es porque está sacrificando consumos de otros bienes y servicios y, por lo tanto, su nivel de vida está siendo afectado (Berki, 1986; Wyszewianski, 1986; Xu, Evans et al., 2003; Wagstaff & van Doorslaer, 2003). A los fines de su medición hay dos elementos que se han discutido en la literatura: (i) cómo se miden los recursos disponibles del hogar y (ii) cuál es el porcentaje a partir del cual se considera que el gasto de bolsillo en salud con relación a los recursos es catastrófico.

La literatura ha utilizados al menos tres variables para definir los recursos de un hogar: los ingresos totales (Berki, 1986), los gastos totales (Wagstaff & van Doorslaer, 2003) y la capacidad de pago o gasto no discrecional (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu, Evans et al., 2003). De estas tres medidas, el ingreso es el menos utilizado ya que el cociente entre gastos de bolsillo en salud e ingreso podría no ser receptivo a las distintas formas de financiarse que

tiene un hogar (O'Donnell et al., 2008),⁴ sumado a que, el nivel de gasto reportado en las encuestas de hogares tiene menos variabilidad que el ingreso y suele ser información de mayor confiabilidad (Xu, Klavus et al., 2003). Por este motivo, se utiliza más la variable de gasto total del hogar como un indicador de recursos. Sin embargo, en hogares pobres se ha identificado que la restricción presupuestaria puede ser tal que sus recursos sean absorbidos casi exclusivamente por consumos de subsistencia, dejando poco lugar a otras necesidades. Es así como surge el concepto de capacidad de pago o gasto no discrecional, en donde, la medida de recursos es el gasto total descontado el gasto en subsistencia. Para algunos autores, la medición del gasto en subsistencia se corresponde con el gasto promedio en alimentos de aquellos hogares cuya proporción de gasto en alimentos sobre gasto total se encuentra entre el 45 y el 55 percentil, ajustado por el tamaño del hogar (Xu, Evans et al., 2003; Xu, 2005). Para otros, es directamente el gasto observado en alimentos de cada hogar (Wagstaff & van Doorslaer, 2003).

Si se designa con la letra T a los gastos de bolsillo en salud, a x como la medida de los recursos del hogar y a $f(x)$ como los gastos en alimentos (o subsistencia), entonces se dirá que un hogar ha incurrido en un gasto catastrófico en salud si T/x , o $T/[x - f(x)]$, exceden un determinado umbral z . El valor que toma z representa en qué medida los gastos en salud están afectando el nivel de vida de un hogar. Lo complejo de este punto es que esta es una decisión subjetiva, por lo que la recomendación es que se presenten los resultados considerando un rango de valores para z (O'Donnell et al., 2008; Hsu et al., 2018). En general, la literatura ha planteado umbrales del 5% al 25% cuando el denominador es el gasto total, y del 15% al 40% cuando se utiliza capacidad de pago o gasto no discrecional.

Wagstaff y van Doorslaer (2003) y Wagstaff (2019) plantean que una dificultad del enfoque catastrófico es que no permite ver hasta qué punto el gasto catastrófico genera privaciones. Por este motivo, se propone como alternativa el enfoque empobrecedor, según el cual ningún hogar debe ser empujado hacia la pobreza (o profundizar su situación de pobreza) por un gasto en salud. Dado que los métodos estándares para medir la pobreza no son sensibles a la alta variabilidad de las necesidades de salud, es que hay que hacer ciertos ajustes. En esencia, esto

⁴ Supongamos dos hogares tienen el mismo nivel de ingreso y gastos en salud. En uno el hogar tiene ahorros y financia los gastos de salud con esta fuente, mientras que el otro no tiene ahorros y debe disminuir otros consumos para afrontar los costos médicos. Estas diferencias no se ven reflejadas en el cociente entre gastos en salud e ingreso, ya que para ambos hogares sería el mismo. Sin embargo, si en lugar de considerar el ingreso, se toma los gastos del hogar, este cociente será mayor para aquel hogar que no tiene ahorros.

consiste en medir, con una línea de pobreza, la cantidad de hogares que se evalúan como pobres cuando se descuentan los gastos de bolsillo en salud de sus recursos (medidos por ingresos o gastos), pero que son no pobres cuando se toman los recursos del hogar sin ningún tipo de deducción (O'Donnell et al., 2008).

Las discusiones sobre gasto empobrecedor giran en torno a qué línea de pobreza utilizar. En algunos casos la estrategia ha sido considerar líneas de pobreza o pobreza extrema internacionales, especialmente en aquellos casos en los que se busca comparaciones entre países (van Doorslaer et al., 2006; Wagstaff, 2018; OPS, 2021, WHO & IBRD, 2021). También se ha propuesto trabajar con una línea que sea el gasto de subsistencia en alimentos (Xu, 2005) o, en donde sea posible, tomar las líneas de pobreza correspondientes a cada país (Maceira y Reynoso, 2012; Varco et al., 2022; Viridis et al., 2022).

Si bien estas propuestas metodológicas son ampliamente utilizadas, no están exentas de limitaciones. Una de las primeras críticas es que estos indicadores parten de identificar hogares que han incurrido en gastos médicos, pero ignora aquellos que no lo han podido realizar y, por lo tanto, se quedan sin atención. Por este motivo, siempre es importante complementar estos estudios con análisis de encuesta de usos de servicios de salud (O'Donnell et al., 2008; Varco et al., 2022). Por otro lado, solo se están evaluando gastos directos en salud y excluyendo los costos indirectos de buscar atención (por ejemplo, pago de transporte, alimentos o lucro cesante) lo que puede profundizar el efecto catastrófico o empobrecedor (Xu, Evans et al., 2003). Por último, la mayoría de los análisis se sustentan en datos de corte transversal, que no permiten ver hasta cuándo los hogares ven afectados sus niveles de vida por un shock en salud (Wagstaff & van Doorslaer, 2003) o ignoran otros mecanismos que los hogares pueden utilizar para aminorar los efectos sobre el consumo (Flores et al., 2008; Wagstaff, 2008).

A pesar de las limitaciones de este tipo de abordajes su uso se ha difundido ampliamente. De hecho, para el seguimiento de la meta 3.8 en el marco de los ODS, relacionada con la protección contar los riesgos financieros, se han seleccionado dos indicadores: (i) Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (superiores al 25%) como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares (en porcentajes) y (ii) Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar (superiores al 10%) como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares (en porcentajes).⁵ A su vez, desde el 2015, la Organización Mundial de

⁵ Descripción de los indicadores disponible en: <https://agenda2030lac.org/estadisticas/marco-indicadores-mundiales-ods.html#data>. Consultado el 9 de enero de 2024.

la Salud y el Banco Mundial, en reconocimiento de que aún bajos niveles de gasto de bolsillo en salud pueden conducir a situaciones financieras riesgosas, han incluido al monitoreo del ODS la población que se ve empobrecida por un gasto de bolsillo en salud, definido como la población que es empujada debajo de una línea de pobreza internacional de US\$ 1.9 por día ajustado por PPP ante un gasto de bolsillo en salud (WHO&IBRD, 2021).

También se han utilizado indicadores de gastos catastróficos y empobrecedores para monitorear los progresos hacia la cobertura universal de salud a partir de la construcción de índices. Por ejemplo, Wagstaff & Neelsen (2020) estiman un índice compuesto por una dimensión de cobertura de servicios de salud y otra de protección financiera, en donde utilizan el porcentaje de población cuyos gastos de bolsillo en salud superan el 10% de sus gastos o ingresos. La reflexión final del análisis es que el buen desempeño en cobertura universal de salud se correlaciona con el porcentaje del presupuesto de salud que los países canalizan a través de esquemas públicos y de seguridad social. Wagstaff et al. (2015) utilizan una metodología similar para América Latina donde consideran un indicador de gasto catastrófico con un umbral del 25% y otro de empobrecimiento con una línea internacional de pobreza de US\$ 2 por día ajustado por PPP. Una conclusión del trabajo es que, si bien en América Latina se ha trabajado para brindar protección financiera a la población, aún los países no han eliminado el problema de los gastos catastróficos o empobrecedores producto de los gastos de bolsillo, aunque la tendencia es hacia la mejora. Calculan que 16 millones de personas incurren en gastos catastróficos en la región y 5.6 en gastos empobrecedores.

La literatura también presenta una amplia aplicación de estos indicadores para evaluar la protección financiera en distintas regiones y países (Bredenkamp et al., 2011; Essue et al., 2017; Quintal, 2019). Por solo citar algunos ejemplos, en el contexto de América Latina, en México se han estimado medidas de gasto catastrófico y empobrecedor durante los años 1992 y 2004 que muestran una tendencia hacia la mejora de la protección financiera con estas características: (i) un deterioro significativo en torno a la crisis del 1994 y (ii) una mejora luego de la crisis producto de la recuperación económica y la implementación del Seguro Popular (Knaul, et.al, 2005). En Chile, se ha identificado que los gastos catastróficos en salud ocurren fundamentalmente por el pago de medicamentos, pero que los tratamientos y hospitalizaciones también son componentes importantes. A su vez, la incidencia de este fenómeno no depende del ingreso. Tampoco, del tipo de aseguramiento, indicando que los esquemas vigentes (FONASA e ISAPRES) no están abordando adecuadamente el problema. Por otro lado, el gasto

empobrecedor es bajo, aunque está especialmente concentrado en el quintil más pobre de ingreso (Bitran, & Muñoz, 2012).

3.2. Estimaciones de gasto catastrófico y empobrecedor en Argentina

Los trabajos que analizan los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en la Argentina se pueden dividir en dos grupos: (i) aquellos que realizan las estimaciones específicas para el país y analizan las principales características del fenómeno (Cavagnero et al., 2006; Maceira & Reynoso, 2012; Abeldaño, 2017; Maceira 2018; OPS, 2021; Varco et al. 2022; Vidris et al. 2022) y (ii) documentos que utilizan datos del país dentro de un conjunto de naciones para estudiar las características de los sistemas de salud (o grupos de población) que propician la desprotección financiera, como así también, monitorear el cumplimiento de los ODS (Xu, Evans et al., 2003; Peticara, 2008; Xu, 2010; Knaul et al., 2011; Knaul et al. 2012; CEPAL, 2013; WHO & IBRD, 2019; WHO & IBRD, 2021).

Los estudios identificados no son estrictamente comparables ya que utilizan distintas encuestas y metodologías para cuantificar los gastos catastróficos o empobrecedores. La fuente de información más utilizada es la ENGHo, realizada por el INDEC, en sus sucesivas actualizaciones (1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18), y en menor medida, la Encuesta de Impacto Social de la Crisis en Argentina (ICSA) 2001-2002. La **Tabla 1** presenta las estimaciones alcanzadas en cada uno de estos estudios para tres definiciones de gasto catastrófico (con denominador gasto total, gasto no discrecional y gasto no discrecional según definición de Xu, Evans et al. (2003) y Xu (2005)) y cinco definiciones de gasto empobrecedor según las distintas líneas de pobreza utilizadas (dos líneas de pobreza internacional, la definición de línea de pobreza de Xu, Evans et al. (2003) y Xu (2005) y línea de pobreza e indigencia del INDEC). También se detalla la encuesta utilizada en cada caso.⁶

⁶ La Tabla presenta la estimación correspondiente al último año bajo estudio en cada documento. Maceira & Reynoso (2012), Varco et al. (2022) y Vidris et al. (2022) disponen de datos para más de un año.

Tabla 1. Estimaciones de gasto catastrófico y empobrecedor para la Argentina

Publicación	Fuente de datos	Indicador y umbrales																			
		GC 1						GC 2			GC 3						GE 1	GE 2	GE 3	GE 4	GE 5
		5%	10%	15%	20%	25%	30%	20%	30%	40%	20%	25%	30%	35%	40%						
Xu, Evans et al (2003)	ENGHo 1996/97									5.8											
Cavagnero et al (2006)	ENGHo 1996/97									5.5											
Peticara (2008)	ENGHo 1996/97									8.1									1.9		
Xu (2010)	ISCA 2002									3.6									1.3		
Knaul et al (2011)	ENGHo 2004/05													8.4							
Maceira & Reynoso (2012)	ENGHo 2004/05													8.3							
CEPAL (2013)	ENGHo 2004/05								6.7										1.2		
Abeldaño (2017)	ENGHo 2012/13							2.3								3.00					1.7
Maceira (2018)	ENGHo 2012/13																0.4	0.6			
WHO & IBRD (2019)	ENGHo 2004/05		16.9			4.1											0.24				
OPS (2021)	ENGHo 2012/13					2.5	7	3.5	2.1	7.6			3.9	2.5	0.08			0.77		0.02	
WHO & IBRD (2021)	ENGHo 2017/18		9.4			2.5									0						
Varco et al (2022)	ENGHo 2017/18	21.2	11.4	7.0	4.7	3.3							5.7	4.4	3.2	2.5					1.8
Virdis et al (2022)	ENGHo 2017/18		9.57	5.81									4.52		1.87					0.59	0.03

Nota:

Dados: T : los gastos de bolsillo en salud; x : gasto total del hogar y $f(x)$: gastos en alimentos (o subsistencia), GC (gasto catastrófico) y GE (gasto empobrecedor), entonces:

- GC 1: T/x
- GC 2: $T/[x - f(x)]$. Siendo $f(x)$ gasto total del hogar menos el gasto de subsistencia medido a partir de la metodología propuesta por Xu, Evans et al., 2003 y Xu, 2005
- GC 3: $T/[x - f(x)]$. Siendo $f(x)$ gasto total del hogar menos el gasto observado en alimentos del hogar
- GE 1: la línea de pobreza internacional de US\$ 1.9 por día ajustados por PPP
- GE 2: la línea de pobreza internacional de US\$ 2.5 por día ajustados por PPP
- GE 3: la línea de pobreza considerando el gasto de subsistencia en alimentos según metodología de Xu, Evans et al, 2003 y Xu, 2005
- GE 4: Línea de indigencia nacional
- GE 5: Línea de pobreza nacional

Algunos estudios buscan identificar factores que inciden sobre el riesgo de enfrentar un gasto catastrófico o empobrecedor en salud, ya sea realizando estimaciones de este indicador para categorías específicas de hogares (Knaul et al., 2011; Maceira & Reynoso, 2012; OPS, 2021) o efectuando análisis econométricos (Cavagnero et al., 2006; Knaul et al., 2012; Maceira, 2018). En general, en todos los trabajos se concluye que la presencia de al menos un mayor de 65 años en el hogar, o que el jefe de hogar sea un mayor de 65 años, es un factor que incide en la probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico o empobrecedor.

Los análisis econométricos a su vez han considerado otras variables explicativas del gasto catastrófico o empobrecedor como el nivel educativo, sexo y condición laboral del jefe del

hogar, el nivel de gasto/ingreso, uso o gasto de bienes y servicios de salud, presencia de niños (menores de 5 años o de 14 años) y cobertura de salud, entre otras. En esta línea, Cavagnero et al. (2006), utilizando los datos de la ENGHo 1997/96 y como variable dependiente el porcentaje de hogares que destinan un 40% o más de su gasto a salud, concluye que hay menos probabilidad de incurrir en gastos catastróficos si los jefes de hogar tienen estudios secundarios completos, están empleados y son hombres. Por el contrario, la probabilidad aumenta si se pertenece a los quintiles segundo a quinto de gastos, aunque el quinto quintil se encuentra relativamente más protegido, y se han utilizado servicios de salud. También destaca que, si el jefe de hogar tiene una cobertura privada de salud, esto disminuye el riesgo, pero que la seguridad social no tiene un efecto protector estadísticamente significativo.

El estudio de Knaul, et al. (2012) utiliza como variable dependiente un indicador de gastos catastrófico, definido en relación con el gasto no discrecional del hogar y un umbral del 30%, y la ENGHo 2004/05. Los resultados obtenidos concluyen que en los hogares más pobres y con cobertura de salud hay mayor probabilidad de riesgo financiero. Cabe destacar, que en los otros países en los que hace el análisis la cobertura de salud se identifica como un factor protector. Maceira & Reynso (2012) indagan el motivo por el cual las personas con cobertura formal de salud pueden incurrir en gastos catastróficos en salud, aun cuando la hipótesis primaria es que una cobertura de salud disminuiría el riesgo. Según su planteo, existen patrones de comportamiento en la población y mecanismos de demanda inducida que operan dentro de las estructuras de provisión y financiamiento de los sistemas de salud que influyen en los niveles de gasto de bolsillo y, por lo tanto, en el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos. De esta forma, estiman un modelo que concluye que los hogares con seguro formal de salud, ajustados por nivel de ingreso, muestran un mayor nivel de gasto de bolsillo discrecional.

Alternativamente, Maceira (2018), utilizando las ENGHo de 2004/05 y 2012/13 y como variable dependiente un indicador de gasto empobrecedor, arriba a que a mayor quintil de ingreso hay menos probabilidad de caer bajo la línea de pobreza producto de un gasto en salud. A su vez, los gastos en medicamentos son el componente que más incide en el riesgo de empobrecimiento, aunque hay una disminución de su impacto en el período bajo estudio. En cuanto a la cobertura de la seguridad social, los efectos protectores son marginales en 2004/05 y no significativos estadísticamente en 2012/13. Por el contrario, las prepagas presentan una relación positiva con el riesgo en 2004/05, pero al siguiente período no tiene efectos estadísticamente significativos.

Otros estudios que utilizan variables dependientes asociadas a los gastos de bolsillo también coinciden en que la presencia de adultos mayores (o jefes de hogar mayores de 65 años) tiene un efecto positivo sobre estas erogaciones. Peticara (2008) hace un análisis con la ENGHo 2004/05 considerando como variable dependiente la carga del gasto de bolsillo, que expresa la razón del gasto de bolsillo a la capacidad de pago del hogar. Una de las conclusiones es que la carga del gasto de bolsillo se reduce con el nivel de ingreso y que en un hogar en el que algunos miembros tienen seguro médico, pero no todos, tiene una carga de gasto un 15% menor que aquel sin cobertura de seguro. Abeldaño (2017), utilizando la ENGHo 2012/13 y la variable dependiente porcentaje de gasto en salud sobre el gasto total del hogar, observa que el nivel de instrucción del jefe de hogar y el decil de ingreso presentan una relación positiva, y sugiere la hipótesis que a mayor instrucción e ingresos puede existir una mayor alerta ante eventos de salud y, por lo tanto, consumir más servicios. Por el contrario, la cobertura de salud, como el sexo masculino del jefe de hogar, se comportan como variables que protegen frente al gasto en salud.

Otro elemento estudiado es cómo está compuesto el gasto en salud, y en particular el gasto de bolsillo. Por ejemplo, Varco et al. (2022) determina, a partir de datos de la ENGHo 2017/18, que el principal componente del gasto total en salud es el gasto en medicamentos con el 38%, seguido por el de afiliaciones con el 35.5%. Dada la relevancia del gasto en medicamentos, el gasto de bolsillo en salud representa el 64.5% del gasto total en salud. También identifican que la composición del gasto en salud muestra diferencias entre los quintiles de ingreso per cápita familiar. Así, la relevancia del gasto en medicamentos cae a medida que aumenta el quintil de ingreso, mientras que el gasto en afiliaciones se comporta a la inversa. Por otro lado, identifican que el gasto en salud como porcentaje de los ingresos es levemente superior en los quintiles más bajos y esto se acentúa si se considera solo el componente de gasto de bolsillo.

Algunos análisis abordan la evolución temporal del gasto catastrófico y empobrecedor en el país. En términos generales, todos concluyen en una mejora de los indicadores, es decir, una reducción del porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos o empobrecedores (Varco et al. 2022, Maceira & Reynoso, 2012; Maceira, 2018)⁷. En particular, este es el objetivo principal del estudio de Vidris et al. (2022), que evalúa el período comprendido entre

⁷ Varco et al. (2022) realiza la comparación de los resultados obtenidos mediante las ENGHo 2004/05 y 2027/18 para las variables de gasto catastrófico. Maceira & Reynoso (2012) lo realizan para las ENGHo 1996/97 y 2004/05. Finalmente, Maceira (2018) compare las ENGHo 1996/97, 2004/05 y 2012/13 con dos medidas de gasto empobrecedor utilizando líneas de pobreza internacional.

1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18, concluyendo que existe evidencia de una mayor protección financiera en los años más recientes y una distribución progresiva del gasto catastrófico en salud en todos los períodos. No obstante, destaca que debería ser materia de investigación si esta progresividad en la distribución de los gastos catastróficos es consecuencia de la implementación efectiva de políticas públicas o de dificultades en el acceso a servicios de salud.

Dado el punto anterior, es que algunos estudios complementan las estimaciones de gasto con datos sobre la utilización de servicios de salud, aunque las fuentes de información disponibles para el contexto local son escasas. Cavagnero et al. (2006), tomando la Encuesta de Condiciones y Acceso a Programas y Servicios Sociales del 1997⁸, muestra que el uso de los establecimientos públicos, tanto para servicios ambulatorios como internaciones, decrece a medida que aumenta el quintil de ingreso. Lo contrario sucede para el caso de prestadores privados o de la seguridad social. Por otro lado, dentro de las personas que le prescribieron un examen médico, en el primer quintil un 53% manifestó que no pudo acceder por dificultades financieras. Dada esta observación, se hace el planteo que el nivel de gasto catastrófico que se observa en el quintil más bajo de ingreso puede estar influenciado por el menor uso de servicios.

El estudio de Maceira (2018) complementa el análisis con datos de las Encuestas de Utilización y Gasto de los Hogares 2003, 2005 y 2010⁹. Según datos del 2010, las personas con enfermedades crónicas consultaron al sistema de salud en un 52.8%, pero este porcentaje baja al 43.4% para aquellos con cobertura pública exclusiva. No obstante, los porcentajes de acceso ha servicios han mejorado con el tiempo. Por otro lado, identifica que la población del primero y segundo quintil de ingreso representa el 55.8% de los usuarios del sistema público de internación en el 2010, y que, si bien es demandado mayormente por población con cobertura pública exclusiva, los beneficiarios de la seguridad social también hacen uso de sus servicios. De hecho, se menciona que la oferta pública de servicios hospitalarios es una de las expresiones de la protección financiera que brinda el sistema público de salud del país.

⁸ Esta encuesta fue realizada por SIEMPRO-INDEC

⁹ Estas encuestas fueron realizadas por el Ministerio de Salud de la Nación.

3.3. Gastos catastróficos y empobrecedores en población mayor

La presencia de adultos mayores en el hogar se ha identificado como un factor que incide en la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos, empobrecedores y de tener un mayor nivel de gasto de bolsillo (Azzani et al., 2019; Hernández-Vásquez et al., 2018; Valtorta & Hanratty, 2013; WHO & IBRD, 2021). Esto ha llevado a identificar qué factores explican esta mayor probabilidad, a partir de modelos de regresión logística, que utilizan como variables explicativas condiciones de salud de la persona mayor, como ser la presencia de enfermedades no transmisibles (Arsenijevic et al., 2016; Gwatidzo, & Stewart Williams, 2017; Xu & Yang, 2022), discapacidad (Granados-Martínez & Nava-Bolaños, 2019), fragilidad (Fan, 2021) o multimorbilidad (Bernardes, 2020). Algunos estudios inclusive buscan explicar diferencias entre países producto de distintas formas de organización de los sistemas de salud o condiciones socioeconómicas (Kim & Jacobson, 2022).

A su vez, los estudios controlan por variables que se pueden agrupar en características: (i) sociodemográficas como sexo del jefe de hogar, educación del jefe de hogar, presencia de niños menores de 5 años, composición del hogar o cantidad de miembros del hogar; (ii) económicas que incluye básicamente una definición de ingreso, sea este el ingreso total, per cápita o los quintiles de ingreso; (iii) de salud asociadas al tipo de cobertura (seguros, seguridad social o programas estatales), más allá de las mencionadas previamente referidas a condiciones de salud; y (iv) vinculadas a la localidad en donde se asienta el hogar, como departamento al que pertenece o alguna variable socioeconómica del lugar.

La principal conclusión es que la presencia de problemas de salud siempre se asocia con una mayor probabilidad de gasto catastrófico, mientras que la cobertura de salud o el mayor nivel educativo y de ingreso, pueden convertirse en factores protectores asociado con mejores opciones para afrontar shocks financieros. También lo son la presencia de otros miembros en el hogar, lo que favorece y contribuye a acciones de apoyo y cuidado que disminuyen los gastos en salud (Granados-Martínez & Nava-Bolaños, 2019).

Algunos estudios concluyen que en un contexto de envejecimiento poblacional creciente es necesario pensar políticas públicas para proteger a este grupo de población (Arsenijevic et al., 2016; Bernardes, 2020; Xu & Yang, 2022). En particular destacan la importancia de expandir paquetes de servicios que cubran las enfermedades crónicas y todas aquellas asociadas con el proceso de envejecimiento, así como también, desarrollar mecanismos equitativos, eficientes

y sustentables de financiamiento de las problemáticas de salud de este grupo de población (Knaul et al., 2007).

El análisis del gasto catastrófico o empobrecedor para la población adulta mayor en la Argentina es escaso. Apella (2009), con datos de la Encuesta a la Tercera Edad sobre Estrategias Previsionales del 2003, se plantea el objetivo de estimar la cantidad de adultos de más de 65 años con gastos catastróficos y empobrecedores y establecer sus determinantes. A estos fines plantea tres mediciones de gasto catastrófico en relación con el ingreso, el gasto total, y al gasto neto de alimentos, con umbrales del 5% al 25% para los dos primeros, y entre 15% y 40% para el último. También el efecto empobrecedor se estima considerando tres medidas de recursos del hogar (ingreso, gasto total y gasto neto de alimentos) y se lo compara con la línea de pobreza oficial, realizada por INDEC, neto del gasto en salud. Finalmente, con el objetivo de identificar los efectos que diversas variables pueden tener sobre la probabilidad de dejar a un individuo por debajo de la línea de pobreza luego de un problema de salud, se estima un modelo Probit.

Las estimaciones realizadas muestran que el porcentaje de adultos mayores que incurren en gastos catastróficos, considerando el indicador cuyo denominador es el gasto total, es del 53% si se toma un umbral del 5%, bajando al 6% para el umbral del 25%. Cuando se analiza la caracterización de la población se observa que, considerando un umbral del 10%, el 32% de los individuos con gastos catastróficos pertenecen al quinto quintil, seguido por el cuarto quintil con el 29%. Parte de la explicación de este resultado está asociado a la capacidad de pago de este grupo de personas, mientras que los quintiles más bajos de la distribución ante un shock de salud recurren al sector público. Por otro lado, el 86% de los individuos cuenta con cobertura de salud, lo que se produce por el alcance que tiene el PAMI. También se indaga sobre la condición de actividad, destacando que el 85% está inactivo. Conclusiones similares se obtienen para las otras definiciones de gastos catastróficos que propone el trabajo. Para los efectos empobrecedores, se estima que, en términos de ingresos, un 7.8% de los adultos mayores caen por debajo de la línea de pobreza ajustada a partir de efectuar gastos de bolsillo en salud. Tal porcentaje es del 4.3% y 7.9% al contemplar el gasto total y el gasto no alimentario, respectivamente.

Luego, se estiman tres modelos Probit con las variables dependientes sobre nuevos pobres en términos de ingreso, gasto total y gasto no discrecional. Las variables explicativas se agrupan en: socioeconómicas (ingresos o gastos, edad, sexo y cobertura de salud), tipo de gasto en salud (ambulatorio, medicamentos e internación) y estado de salud percibido (muy bueno, bueno y

regular). Uno de los resultados obtenidos es que el gasto en medicamentos y consultas ambulatorias es el factor que explica la posibilidad de un individuo mayor de 65 años de enfrentar un gasto empobrecedor en salud. Por el contrario, los gastos en internación no tienen una incidencia significativa, lo que asocia a la cobertura que brinda el sector público. Por otro lado, se observa una relación negativa entre el nivel de recursos (ingresos, gastos totales y gastos no discrecionales), previo al shock de salud y la probabilidad de ser nuevo pobre. Cuanto mayor es el nivel de recurso, menor es la probabilidad de caer por debajo de la línea de pobreza. También se observa que el ser hombre tiene una mayor chance de ser nuevo pobre y que el estado percibido de salud no presenta diferencias para explicar el gasto empobrecedor.

Más recientemente, Viridis et al. (2023) se plantean evaluar si la presencia de mayores de 65 años en los hogares se asocia con una mayor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en salud con la ENGHo 2017/18. Si bien el estudio no focaliza en los hogares con mayores de 65 años, si se propone analizar una característica particular de la cobertura de salud de este grupo de población, qué es conocer la relación entre la probabilidad de gastos catastróficos y la presencia de un jefe de hogar beneficiario del PAMI. A estos fines, estiman un modelo Logit ordenado con una variable dependiente conformada por los hogares que incurrieron en gastos catastróficos, construida a partir de la razón entre gasto de bolsillo y gasto total del hogar y umbrales del 10%, 15%, 20% y 25%.

La principal conclusión, en línea con la literatura, es que la presencia de mayores de 65 años en el hogar es la variable que muestra mayor asociación con la probabilidad de incurrir en un gasto catastrófico. Las personas inactivas y las personas con dificultades a largo plazo son otras de las condiciones que tienen más vinculación con el riesgo financiero.¹⁰ Por lo tanto, dada la asociación que hay entre adultos mayores y gastos catastróficos, su situación de riesgo financiero podría reforzarse si se considera que es un segmento de la población que a su vez tiene alta prevalencia de inactividad económica y dificultades a largo plazo. Con relación a la capacidad de consumo del hogar, se observa que a mayor quintil de gasto por adulto equivalente aumenta la probabilidad de gasto catastrófico, aunque si la capacidad de consumo se mide a

¹⁰ Las variables de persona inactiva y con dificultades de largo plazo están construidas a partir de las características del jefe del hogar. Para el caso de dificultades a largo plazo se incluyen a aquellas personas que manifiestan tener problemas para: (i) caminar, subir o bajar escalones, (ii) agarrar objetos y/o abrir recipientes, (iii) ver, aun con anteojos

o lentes, (iv) oír, aun con audífono, (v) hablar, comunicarse o conversar, (vi) bañarse, vestirse o comer, (vii) aprender cosas sencillas o prestar atención viii) relacionarse y/o trabajar debido a un problema mental.

partir del ingreso por adulto equivalente los parámetros estimados no resultan significativos. En cuanto al nivel educativo, solo se encontraron parámetros significativos para jefes de hogar con educación secundaria completa.

En lo que tiene que ver con los efectos del PAMI¹¹, medido a través de jefe de hogar beneficiario del PAMI, los resultados obtenidos no encuentran asociación con una menor probabilidad de incurrir en gastos catastróficos, por el contrario, la probabilidad es mayor en uno de los modelos estimados (modelo logit ordenado utilizando como variable de capacidad de consumo del hogar el quintil de ingreso por adulto equivalente). Complementariamente, en una de las especificaciones se encuentra que la cobertura de obra social distinta del PAMI, medido por la cobertura del jefe de hogar con una obra social distinta del PAMI, también incrementa la probabilidad (modelo logit utilizando como variable de capacidad de consumo del hogar el quintil de ingreso por adulto equivalente). Una hipótesis que presentan es que podría existir un problema de endogeneidad de la variable. Por ejemplo, puede haber problemas de salud que influyan positivamente en el gasto de bolsillo y los incentivos a contratar un seguro de salud. También señalan que se podría deber a que el acceso a consultas médicas financiadas por un tercero (el seguro de salud), de lugar a demanda inducida hacia servicios especializados que debe pagar la persona. Por el contrario, se ha identificado que la afiliación del jefe de hogar a un seguro voluntario (prepaga), se asocia a una menor probabilidad de gasto catastrófico (modelo logit ordenado y ordinario con variable de capacidad de consumo del hogar el quintil de gasto por adulto equivalente).

4. Metodología

La metodología de trabajo propuesta consiste en un enfoque cuantitativo a partir del análisis descriptivo de los indicadores de protección financiera y la estimación de modelos de regresión logística con el objetivo de identificar los factores explicativos de la ocurrencia de gastos catastróficos y empobrecedores. La unidad de análisis considerada es los hogares con presencia de al menos un mayor de 65 años.

Las bases de datos consideradas son las ENGHo realizadas por el INDEC y publicadas en su página oficial.¹² Estas encuestas tienen como objetivo principal obtener información sobre el gasto de consumo final de los hogares, sus ingresos y sus características demográficas. El

¹¹ La variable se construye considerando la cobertura del jefe del hogar por el PAMI

¹² Consultado el 24/08/2023: <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-4> .

relevamiento es de alcance nacional e incluye dentro de los rubros de gastos aquellos asociados con salud.

Las principales variables de estudio de las encuestas son el gasto y el ingreso de los hogares. Con relación a la primera variable, las ENGHo relevan el gasto de consumo realizado por el hogar o alguno de sus miembros bajo el criterio de lo adquirido durante el período de referencia, independientemente del momento en que se cancelan o consumen los bienes en cuestión. A su vez, los valores de las variables montos y cantidad se encuentran transformadas en valores mensuales. Para ingresos, se registran todos los tipos de ingresos percibidos por los miembros del hogar. Por último, también se recopila información sobre las particularidades de la vivienda y las características sociodemográficas y laborales de los miembros del hogar (INDEC, 2019b).

Las ENGHo han sido implementadas por el INDEC en cinco oportunidades: 1985/86, 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18. No obstante, la versión 1985/86 no es estrictamente comparable con el resto ya que solo abarcó a la Ciudad de Buenos Aires y diecinueve partidos del Gran Buenos Aires, por lo que se ha excluido del análisis. Por otro lado, los últimos trabajos publicados sobre el tema recomiendan tomar con reserva el uso de la encuesta 2012/13 (Varco et al., 2022; Viridis et al., 2022). Según el INDEC (2016), la ENGHo 2012/2013 presenta una alta tasa de no respuesta¹³ y la falta de documentación adecuada que permita evaluar, entre otros aspectos, los procedimientos de imputación de los gastos de los hogares y los métodos utilizados para recoger y compilar la información.

El desarrollo del trabajo se divide en tres etapas. En primer lugar, se cuantifica el gasto de bolsillo en salud, para luego estimar los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor. Por último, se operacionalizan distintas variables explicativas para incluir en un modelo de regresión logística. A continuación, se describen las decisiones metodológicas a considerar para estos tres pasos. Las bases de datos son procesadas con el paquete estadístico STATA 18.

¹³ La tasa de no respuesta de la ENGHo 2012/13 es alta en comparación con la encuesta de 2004/05. Menos de 27% de los hogares de la muestra en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires informó datos (en comparación con el 53% en 2004/05), mientras que informaron datos aproximadamente 40% de los hogares de la muestra en el Gran Buenos Aires (comparado con el 69% de 2004/05).

4.1. Definición y cuantificación del gasto de bolsillo en salud

La estimación de indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor requiere, en primer lugar, definir los gastos de bolsillo en salud. Estos serán considerados como todos los gastos en los que incurre un hogar al momento de beneficiarse de un servicio de salud. Esto incluye gastos en consultas, medicamentos, internaciones y dispositivos médicos, excluyendo el pago de primas de seguro de salud o reembolsos realizados por estos (Xu, 2005; OECD, Eurostat & WHO, 2017).

Las ENGHo presentan los gastos en salud en tres grandes categorías: (i) productos medicinales, artefactos y equipos para la salud (medicamentos y equipos terapéuticos junto con sus reparaciones), (ii) servicios para pacientes (asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos) y (iii) seguros médicos (prepagas) (INDEC, 2019b). A su vez, estos gastos pueden ser agrupados en 5 divisiones (Ministerio de Salud, 2021):

- i. **Gastos en medicamentos:** contempla el gasto en una variedad de productos farmacéuticos destinados a tratar distintos problemas de salud, incluyendo medicamentos oncológicos, psiquiátricos o vacunas. También incorpora bienes para los primeros auxilios y otros productos médicos, tales como, algodón, gasas, vendas, jeringas, entre otros.
- ii. **Gasto en consultas ambulatorias:** este conjunto se encuentra compuesto por:
 - a. **Gasto en consultas médicas:** son las consultas clínicas generales o de otras especialidades médicas.
 - b. **Gasto en consultas odontológicas:** incorpora consultas odontológicas para prótesis dentaria, ortodoncia, obturación, extracción, entre otras.
 - c. **Gasto en otras consultas:** considera otro tipo de consultas del ámbito de la salud como consultas al psicólogo, psicopedagogo, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, kinesiólogo, estudios médicos, entre otras.
- iii. **Gasto en internaciones:** incorpora las erogaciones en internaciones, cirugías y partos.
- iv. **Gasto en dispositivos médicos:** son los gastos en productos como anteojos, lentes de contacto, prótesis odontológicas, accesorios ortopédicos, anticonceptivos mecánicos, etc.
- v. **Gasto en afiliación:** son las erogaciones que realizan los hogares con la finalidad de ampliar la cobertura que disponen. Esta incluye tres conceptos: (i) cuotas de afiliación

voluntaria a una prepaga, (ii) cuota adicional a la obra social obligatoria, y (iii) cuotas de afiliación a servicios de emergencia.

La **Tabla 2** presenta las desagregaciones del capítulo Salud según los distintos años en los que se han implementado las ENGHo, identificando el concepto que se le ha asignado en función de la descripción previa. Todas las versiones de la ENGHo mantienen los componentes del gasto en salud, aunque existen algunas diferencias con la versión de los años 1996/97, en donde se incluye el gasto en residencias o asilos de ancianos y geriátricos, que son excluidos en la definición que se toma de gasto en salud. Por último, cabe remarcar que, dada la definición planteada de gasto de bolsillo, el mismo debe cuantificarse excluyendo los gastos en afiliaciones.

Tabla 2. Componentes del gasto en salud en las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

División	Grupo	Descripción del grupo	Clase	Descripción de clase	Concepto
ENGHo 2017/18					
A06	A061	Productos, artefactos y equipos médicos	A0611	Productos farmacéuticos	Medicamentos
			A0612	Otros productos médicos	
			A0613	Artefactos y equipos terapéuticos	Dispositivos médicos
	A062	Servicios para pacientes ambulatorios	A0621	Servicios médicos	Consultas médicas
			A0622	Servicios dentales	Consultas odontológicas
			A0623	Servicios paramédicos	Otras consultas
	A063	Servicios hospitalarios	A0631	Servicios hospitalarios	Internaciones
	A064	Seguros médicos	A0641	Seguros relacionados con la salud	Afiliaciones
	ENGHo 2012/13 y 2004/05				
500000	510000	Productos medicinales, artefactos y equipos para la salud	511000	Productos farmacéuticos	Medicamentos
			512000	Otros productos farmacéuticos	
			513000	Artefactos y equipos terapéuticos y sus reparaciones	Dispositivos médicos

División	Grupo	Descripción del grupo	Clase	Descripción de clase	Concepto
	520000	Servicios para la salud	521000	Servicios médicos para pacientes externos	Consultas médicas
			522000	Servicios y tratamientos odontológicos	Consultas odontológicas
			523000	Servicios auxiliares para pacientes externos	Otras consultas
			524000	Cirugías, partos e internaciones	Internaciones
	530000	Seguros médicos	531000	Seguros relacionados con la salud	Afiliaciones
ENGHo 1996/97					
5	530	Productos medicinales y accesorios terapéuticos	51100	Productos medicinales y farmacéuticos	Medicamentos
			51200	Elementos para primeros auxilios	
			51300	Aparatos y Accesorios terapéuticos	Dispositivos médicos
	531	Servicios para la salud	52100	Sistema prepago de asistencia médica	Afiliaciones
			52200	Servicios profesionales para la salud	Consultas médicas y odontológicas
			52300	Internaciones e intervenciones quirúrgicas	Internaciones
			52400	Servicios auxiliares para la salud	Otras consultas
			52500	Residencia o asilos de anciano y geriátricos	Se excluye

Fuente: Elaboración propia en base a los códigos de bienes y servicios de las ENGHo.

4.2. Estimación de gasto catastrófico y empobrecedor

La estimación del gasto catastrófico se realiza a partir de dos denominadores, el gasto total del hogar y el gasto no discrecional del hogar (neto del gasto en alimentos observado). Definiendo T , como gasto de bolsillo en salud, x , como el gasto total del hogar, $f(x)$, como el gasto en

alimentos, y z , como el umbral a partir del cual un gasto de bolsillo en salud representa una caída del estándar de vida del hogar, se dice que un hogar ha incurrido en gasto catastrófico si: $T/x > z$ o $T/[x - f(x)] > z$. Luego, se define el indicador E , que va a ser igual a 1 si $T/x > z$ o $T/[x - f(x)] > z$, y cero en cualquier otro caso. Por último, se obtiene la incidencia del gasto catastrófico a partir de:

$$H_{cat} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i$$

Donde N es la cantidad de hogares de la muestra con al menos un miembro mayor de 65 años. También se comparará esta incidencia con la que se obtiene de para los hogares sin miembros mayores a 65 años y con el total de hogares.

Los valores de z a considerar serán 5%, 10%, 15%, 20% y 25% para el caso de que el denominador sea gasto total, y 25%, 30%, 35% y 40%, cuando el gasto sea no discrecional. Para gasto total del hogar se tomará en cuenta la variable de “Gasto de consumo total del hogar” y para obtener el gasto no discrecional, se restará al gasto total del hogar los gastos en alimentos y bebidas no alcohólicas.¹⁴

La estimación del gasto empobrecedor en hogares con mayores de 65 años seguirá la metodológica de Wagstaff y van Doorslaer (2003), quienes proponen medirla a partir de la diferencia entre la pobreza antes y la pobreza después del gasto de bolsillo en salud. De esta forma, en primer lugar, se estima la pobreza antes del pago comparando el ingreso total del hogar (x_i^{pre}) contra un nivel de consumo mínimo (z_{pob}^{pre}), que puede ser igual a una línea de pobreza o indigencia. Luego, se define la variable $p_i^{pre} = 1$ si $x_i^{pre} < z_{pob}^{pre}$, y cero en cualquier otro caso. Por lo tanto, la incidencia de hogares pobres antes de los gastos de bolsillo en salud es:

$$H_{pob}^{pre} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N p_i^{pre}$$

En segundo lugar, se debe estimar la pobreza luego del gasto de bolsillo en salud. Esto surge de comparar el ingreso total del hogar neto del gasto de bolsillo en salud ($x_i^{post} = x_i^{pre} - T_i$) contra un nivel de consumo mínimo (z_{pob}^{post}), que también es la línea de pobreza o indigencia.

¹⁴ Para la ENGHo 2017/18, la categoría de gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas se corresponde con la división 01, para las ENGHo 2012/13 y 2004/05 con la división 100000 y para la ENGHo 1996/97 la división o capítulo 1.

Entonces, se define variable $p_i^{post} = 1$ si $x_i^{post} < z_{pob}^{post}$, y cero en cualquier otro caso. Por lo tanto, la incidencia de hogares pobres luego de los gastos de bolsillo en salud es:

$$H_{pob}^{post} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N p_i^{post}$$

De esta forma, el impacto de los gastos de bolsillo en salud en la pobreza (P^{GBS}) se contabiliza por la diferencia entre los pobres luego y antes de estos gastos:

$$P^{GBS} = H_{pob}^{post} - H_{pob}^{pre}$$

Para el valor de z_{pob} se tomarán en cuenta dos definiciones, la línea de pobreza y la línea de indigencia, elaboradas por el INDEC (INDEC, 2016). La línea de indigencia establece los recursos requeridos para cubrir una canasta de alimentos capaz de satisfacer un umbral mínimo de necesidades energéticas y proteicas, denominada Canasta Básica Alimentaria (CBA). Complementariamente, la línea de pobreza extiende el umbral para incluir no sólo consumos alimentarios mínimos, sino también otros consumos básicos no alimentarios (por ejemplo, vestimenta, transporte, salud, educación), conformando la Canasta Básica Total (CBT). A estos fines, se utilizan costos mensuales de las CBA y CBT para cada región del país (Metropolitana, Pampeana, Noreste, Noroeste, Cuyo y Pampeana) durante los meses en los que se implementaron las ENGHo 2017/18 y ENGHo 2004/05. Como las bases de datos permiten identificar en que cuatrimestre se realizó la encuesta en el hogar, se efectúa un promedio simple de los costos de las CBA y CBT para cada hogar (INDEC 2005a, 2005b, 2006, 2018a, 2018b, 2019c). Para el caso de la ENGHo 1996/97 se utiliza el costo de las CBA y CBT correspondiente al mes de septiembre 1996, ya que no se cuenta con información mensual ni por regiones (solamente Gran Buenos Aires (INDEC, 2023)). Luego, este valor fue ajustado para cada región a partir de la primera información publicada de costos de bienes y servicios con esta desagregación (INDEC, 2002). Por último, se desestima la realización de estos indicadores para el período de la ENGHo 2012/13 por no contar con información de calidad, publicada por el INDEC, relativa a los valores de la CBT y CBA.

Dado que el valor de z_{pob} , si se utiliza la línea de pobreza, está incluyendo gastos de salud de bolsillo, la recomendación es realizar un ajuste para excluirlos, por lo tanto, z_{pob}^{post} será distinta a z_{pob}^{pre} . En este caso, se opta por considerar una metodología similar a la propuesta por Viridis (2022), que consiste en estimar una $z_{pob}^{post} = z_{pob}^{pre} \times (1 - \alpha)$, donde α denota la proporción del gasto de bolsillo de salud incluido en la z_{pob}^{post} . El valor α en este trabajo consiste en estimar la

proporción de gasto de bolsillo en salud en cada percentil de ingreso per cápita del hogar. Por el contrario, cabe mencionar que si se utiliza la línea de indigencia como valor de z_{pob} , dado que la misma no incluye gastos de bolsillo en salud, no es necesario realizar ajustes, y, por lo tanto, z_{pob}^{post} y z_{pob}^{pre} son iguales.

Por último, se comparará la incidencia del gasto empobrecedor en los hogares con al menos un miembro mayor de 65 años, frente a los hogares sin miembros mayores a 65 años y con el total de hogares.

De esta forma se estiman cuatro indicadores de protección financiera para hogares con mayores de 65 años:

- (i) Gasto catastrófico en salud considerando como denominador el gasto total del hogar con 5 umbrales de 5%, 10%, 15%, 20% y 25%.
- (ii) Gasto catastrófico en salud considerando como denominador el gasto no discrecional del hogar (gasto total del hogar menos gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas) con cuatro umbrales de 25%, 30%, 35% y 40%.
- (iii) Gasto empobrecedor considerando una línea de indigencia.
- (iv) Gasto empobrecedor considerando una línea de pobreza.

4.3. Estimación de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en hogares con miembros mayores de 65 años

La estimación de la probabilidad de que los hogares con personas mayores de 65 años incurran en gastos catastrófico o empobrecedores partirá de la estimación de un modelo logit, para el período 2017/18, cuya especificación es:

$$\ln\left(\frac{P_i}{1-P_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_i^{hogar} + \beta_2 x_i^{Eco} + \beta_3 x_i^{jeffe} + \beta_4 x_i^{salud\ am} + \mu_i$$

Donde P_i es 1 si el hogar con personas mayores de 65 años incurrió en gasto catastrófico o empobrecedor y 0 en cualquier otro caso. En particular, se han seleccionado dos medidas de gasto catastrófico y dos de gasto empobrecedor con las siguientes especificaciones:

- (i) Especificación I: $P_i=1$ si $T/x > 15\%$ y $P_i=0$ si $T/x < 15\%$. Es decir, que el hogar con al menos un mayor de 65 años incurre en gasto catastrófico si el porcentaje de gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar es mayor al 15%.
- (ii) Especificación II: $P_i=1$ si $T/[x - f(x)] > 30\%$ y $P_i=0$ si $T/[x - f(x)] < 30\%$. En otras palabras, el hogar con al menos un mayor de 65 años incurre en gasto catastrófico si el gasto de bolsillo en relación con el gasto no discrecional del hogar (gasto total menos gasto en alimentos), es mayor al 30%.
- (iii) Especificación III: $P_i=1$ si el hogar con al menos un mayor de 65 años cae bajo la línea de indigencia luego de incurrir en gasto de bolsillo en salud y $P_i=0$ en caso de que no.
- (iv) Especificación IV: $P_i=1$ si el hogar con al menos un mayor de 65 años cae bajo la línea de pobreza luego de incurrir en gasto de bolsillo en salud y $P_i=0$ en caso de que no.

Las variables explicativas se han agrupado en cuatro grupos:

- i. **Características de la composición del hogar** (x_i^{hogar}). Se incorporan variables que den cuenta de cómo es la conformación del hogar en términos de la cantidad de miembros, la proporción de mayores de 65 años y la proporción de menores de 5 años.
- ii. **Características económicas del hogar** (x_i^{Eco}). En este grupo se busca incluir la capacidad de consumo del hogar a partir de la categorización de este en función del quintil de ingreso per cápita del hogar.
- iii. **Características del jefe de hogar** (x_i^{jefe}). Se incluyen variables que dan cuenta de las condiciones laborales y educativas del jefe de hogar. En particular, se categoriza a los hogares en función de si el jefe de hogar está empleado, desempleado e inactivo, y de si el jefe tiene estudio primario completo, secundario completo o superiores, o no tiene instrucción. También se incluye la clasificación del hogar en función del sexo del jefe de hogar.
- iv. **Características de salud de los adultos mayores** ($x_i^{salud\ am}$). En este grupo se incluyen dos dimensiones para caracterizar las condiciones de salud de los adultos mayores que componen el hogar. En primer lugar, se clasifica a los hogares en función de la presencia de al menos un adulto mayor con alguna discapacidad de largo plazo, que incorpora dificultades mentales-cognitivas, motoras, auditivas, del habla o para el desarrollo de actividades de cuidado personal. Por otro lado, se busca identificar la

cobertura de salud del adulto mayor en el hogar discriminando entre cobertura del PAMI, obra social distinta del PAMI, seguro voluntario (prepaga) y cobertura pública exclusiva.

La elección de las variables explicativas surge del análisis de los trabajos presentados en las secciones 3.2 y 3.3. En particular, se ha tomado como referencia los estudios de Granados-Martínez & Nava-Bolaños (2019) para México y Apella (2009) para Argentina que trabajan sobre el universo de hogares con miembros mayores de 65 años y personas mayores de 65 años, respectivamente. También se siguieron recomendaciones del estudio de Virdis et al. (2023) respecto a cómo categorizar la cobertura de salud de los adultos mayores. La **Tabla 3** describe cómo se han construido las variables explicativas y la categoría base en las variables categóricas a partir de la información que releva la ENGHo 2017/18.

Tabla 3. Descripción de las variables independientes utilizadas en las estimaciones de probabilidad

Variable	Tipo de variable	Descripción
Conformación del hogar (x_i^{hogar})		
Cantidad de miembros del hogar	Cuantitativa	Indica el número de miembros que integran el hogar
Proporción de mayores de 65 años	Cuantitativa	Es el cociente entre la cantidad de miembros mayores a 65 años y la cantidad total de miembros del hogar
Proporción de menores de 5 años	Cuantitativa	Es el cociente entre la cantidad de miembros menores de 5 años y la cantidad total de miembros del hogar
Características económicas del hogar (x_i^{Eco}).		
Quintil de ingreso per cápita del hogar	Categórica	Quintil al que pertenece el hogar luego de ordenar las observaciones por ingreso per cápita familiar. Categoría base: quintil de ingreso per cápita del hogar 1.
Características del jefe del hogar (JH) (x_i^{jefe})		
Situación laboral del jefe de hogar	Categórica	Clasificación del jefe de hogar en función de si se encuentra ocupado, desocupado o inactivo. Categoría base: jefe de hogar ocupado.
Sexo del jefe de hogar	Categórica	Clasificación del jefe de hogar en varones y mujeres. Categoría base: jefe de hogar varón

Variable	Tipo de variable	Descripción
Educación del jefe de hogar	Categoría	Clasificación del jefe de hogar en función de su nivel educativo. Las categorías disponibles son: (i) primario incompleto (incluye educación especial) o sin instrucción, (ii) primario completo, y (iii) secundario completo o nivel superior. Categoría base: primario incompleto o sin instrucción
Características de salud del adulto mayor en el hogar ($x_i^{salud\ am}$)		
Presencia de miembros mayores de 65 años con dificultades de largo plazo	Categoría	Clasificación del hogar en función de la presencia de al menos un mayor de 65 años con alguna dificultad de largo plazo. La persona manifiesta dificultades de largo plazo para: (i) caminar, moverse, subir o bajar escalones, (ii) agarrar objetos y/o abrir recipientes con la mano, (iii) ver, aun con anteojos o lentes puestos, (iv) oír, aun con audífono puesto, (v) hablar, comunicarse o conversar, (vi) su cuidado personal, bañarse, vestirse o comer, (vii) aprender cosas sencillas o prestar atención y (viii) relacionarse y/o trabajar debido a un problema mental. La categoría base hogares sin miembros mayores de 65 años con dificultades de largo plazo.
Cobertura de salud de miembros mayores de 65 años en el hogar	Categoría	Clasificación del hogar en función de la cobertura de salud del mayor de 65 años. Las categorías disponibles son: (i) PAMI, (ii) obra social distinta del PAMI, y (iii) seguro voluntario (prepaga). La construcción de la variable es que al menos un adulto mayor tenga cobertura de alguna de las categorías anteriores. Categoría base: hogares cuyos miembros mayores de 65 años tienen cobertura pública exclusiva.

5. Hallazgos

La siguiente sección presenta los principales resultados alcanzados a partir del procesamiento de las bases de datos de las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18 de acuerdo con las pautas metodológicas establecidas en la sección anterior. A estos fines, este capítulo se divide en cuatro partes: (i) caracterización del gasto en salud de los hogares con miembros mayores de 65 años, su incidencia en relación con el gasto e ingreso total del hogar y su composición, (ii) presentación de los indicadores de gasto catastrófico en salud, (iii) incidencia del gasto empobrecedor en salud y (v) análisis de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en hogares con presencia de al menos un mayor de 65 años.

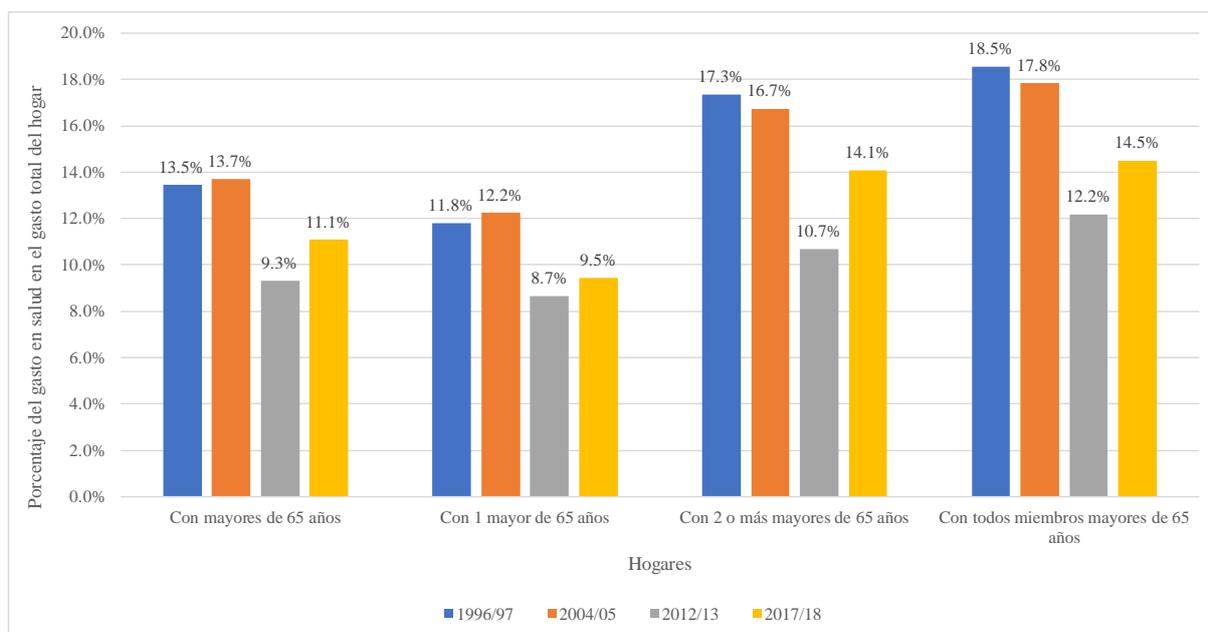
5.1. Caracterización del gasto en salud de los hogares con mayores de 65 años¹⁵

Los hogares con al menos un miembro mayor de 65 años destinaron un 11.1% del gasto total a los bienes y servicios de salud o, alternativamente, un 7.3% de su ingreso en el período 2017/18, según puede observarse en el **Gráfico 1** y el **Gráfico 2**. Se destaca también que cuantos más miembros mayores de 65 años compongan el hogar, mayor es la cantidad de recursos que se destinan a la adquisición de bienes y servicios de salud. Por ejemplo, un hogar que está conformado en su totalidad por miembros mayores de 65 años destina un 14.5% y un 10.0% de su gasto e ingreso, respectivamente, a los bienes y servicios de salud.

Por otro parte, la relevancia del gasto en salud en el ingreso y gasto total del hogar presenta una tendencia decreciente entre 1996/97 y 2017/18 (del 10.2% al 7.3% y del 13.5% al 11.1%, respectivamente). Igual situación se verifica si toma en consideración el período 2004/05, donde la participación sobre el gasto y el ingreso alcanza el 13.7% y el 11.1%, respectivamente. No obstante, hay un incremento entre 2012/13 y 2017/18, aunque estos datos deben tomarse con reserva dadas las dificultades metodológicas mencionadas en la sección 4. Sin embargo, se puede concluir que hay una baja en estos indicadores desde fines de la década del noventa, en consonancia con la implementación de varias políticas que han buscado la ampliación del acceso efectivo a bienes y servicios de salud, particularmente desde el 2002 en adelante.

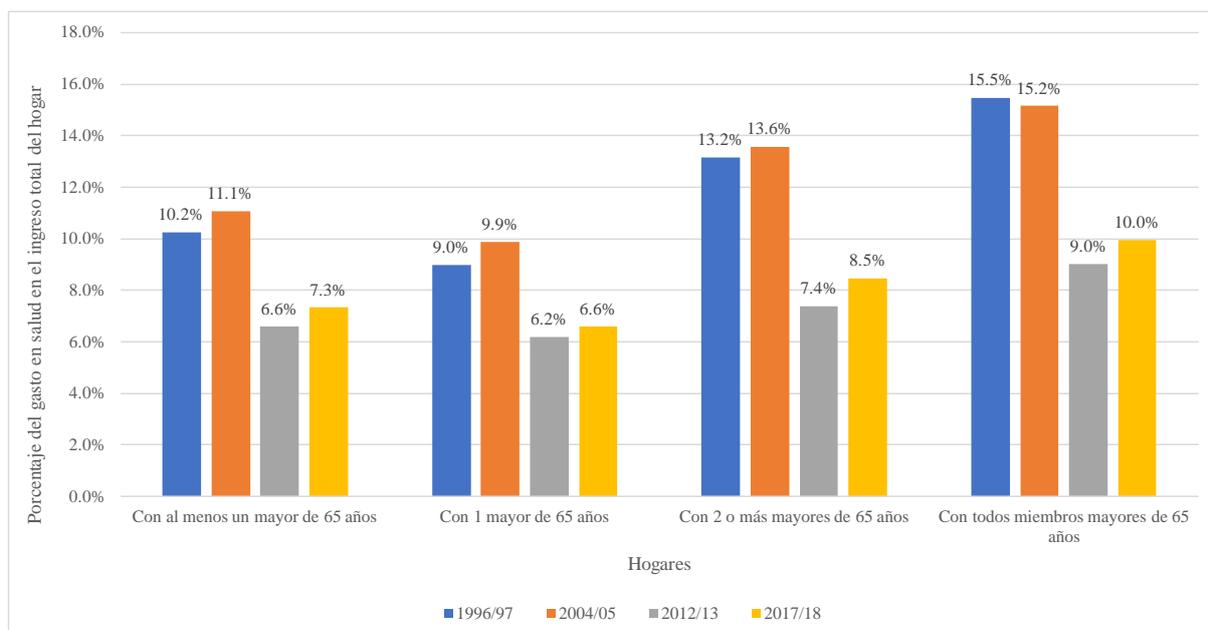
¹⁵ La **Tabla A. 1** del Anexo presenta la distribución de los hogares en función de la presencia o no de mayores de 65 años. Según la ENGHo 2017/18 un 72.5% de los hogares no cuenta con integrantes de más de 65 años, mientras que un 27.5% de los hogares está integrado por al menos un miembro mayor de 65 años. La participación de los hogares con mayores de 65 años se ha incrementado un 7% entre 1996/97 y 2017/18.

Gráfico 1. Participación del gasto en salud en el gasto total del hogar, en porcentajes. Hogares con mayores de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Gráfico 2. Participación del gasto en salud en el ingreso total del hogar, en porcentajes. Hogares con mayores de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18

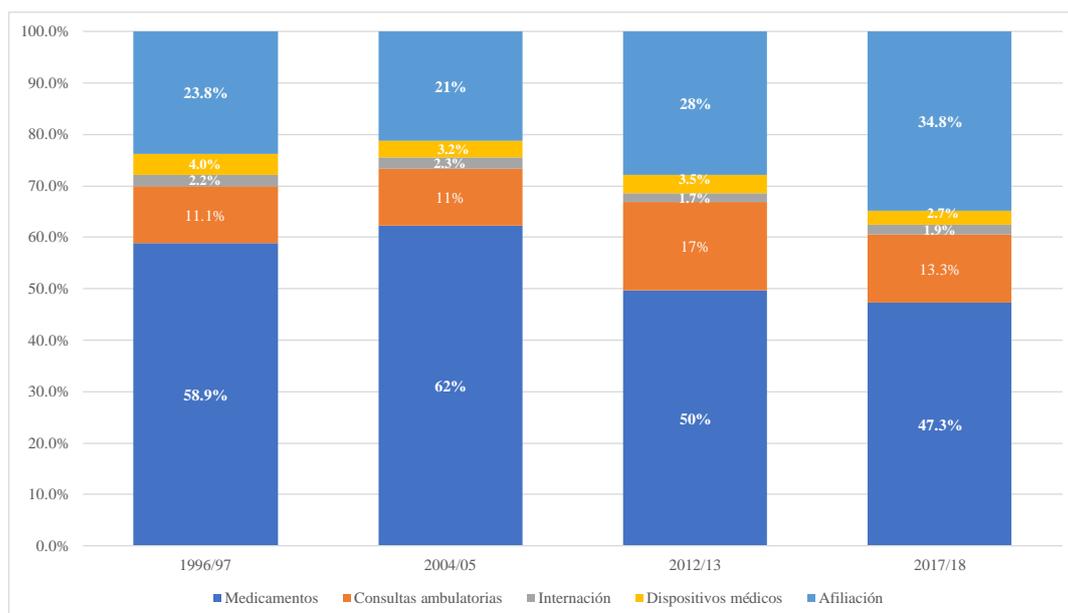


Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

La **Tabla A. 2** en el Anexo permite comprar los resultados obtenidos con el total de hogares y los hogares sin miembros mayores de 65 años. En el período 2017/18, el total de hogares destinaron un 6.4% del gasto a la adquisición de bienes y servicios de salud o, alternativamente, el 4.9% de sus ingresos. A su vez, estos porcentajes bajan a 5.1% y 4.1% si se consideran solamente los hogares sin presencia de adultos mayores. Es decir, que las erogaciones en salud representan una magnitud mayor en los hogares donde al menos hay un mayor de 65 años, coincidente con los resultados obtenidos en otras publicaciones sobre el tema (Knaul et al., 2011; OPS, 2011; Maceira & Reynoso, 2012). Por otro lado, también se puede observar que en los extremos del período bajo estudio cae la participación del gasto en salud, con relación al gasto e ingreso, tanto para el total de hogares como para los hogares sin adultos mayores.

El **Gráfico 3** descompone el gasto en salud en sus elementos constitutivos, tal cual fueron descritos en la sección 4.1. Se destaca que en el período 2017/18 el principal componente es el gasto en medicamentos con el 47%, seguido por afiliaciones con el 35%, consultas ambulatorias con el 13%, dispositivos con el 3% e internaciones con el 2%. En otras palabras, el 80% del gasto en salud de un hogar con al menos un mayor de 65 años se explica por los medicamentos y el costo de los seguros de salud. Cabe destacar que la importancia de los productos medicinales en el gasto en salud ha ido disminuyendo a lo largo de los años, incrementándose particularmente la relevancia del gasto en afiliación. La reducción más importante se produce entre 2004/05 y 2017/18 en donde pasa del 62% al 47%. Parte de la explicación de esta situación estaría en el incremento de la cobertura explícita de salud que hay en el período, lo que hace disminuir la participación de gastos que antes afrontaba la familia con su presupuesto (medicamentos, dispositivos) por los pagos a un seguro de salud. Otro dato para destacar es que la participación del gasto en internación es el más bajo de todos, lo que se explica a que el costo de los servicios de internación generalmente está completamente financiado por la cobertura formal de salud que tenga la persona o por el sector público por medio de la prestación de los servicios con su propia oferta.

Gráfico 3 Composición del gasto total de salud de los hogares, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



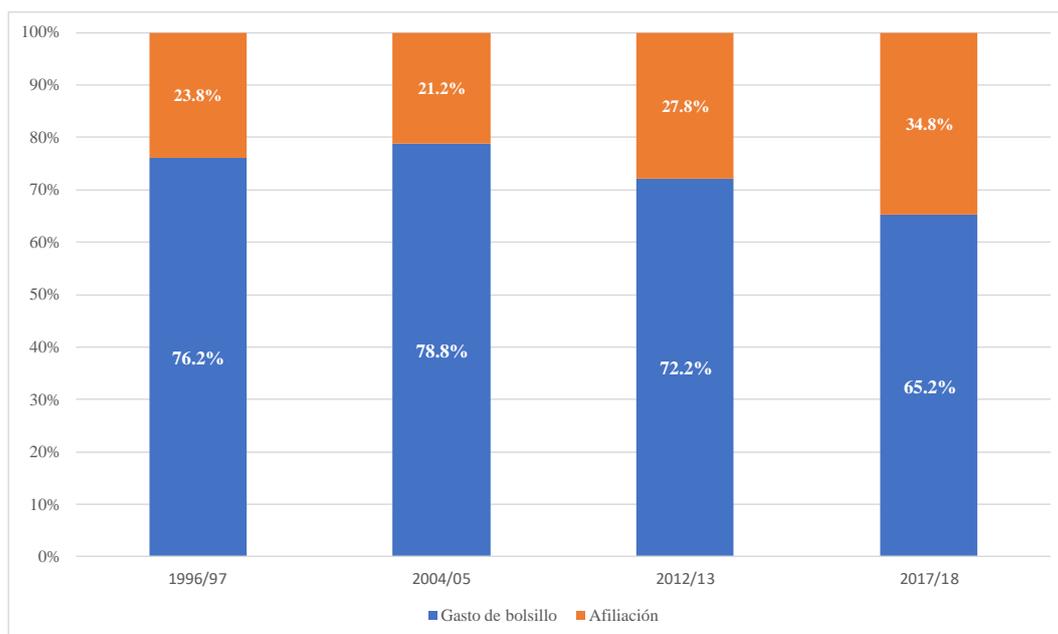
Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

La **Tabla A.3** en el Anexo permite discriminar la composición del gasto en salud para el total de hogares y para hogares con y sin presencia de mayores de 65 años. Allí se puede observar que el orden de los componentes se mantiene, siendo medicamentos, y a continuación afiliaciones, lo más representativo dentro del gasto en salud de un hogar sin mayores. No obstante, se destaca que en los hogares con al menos un mayor de 65 años el gasto en medicamentos llega a representar casi la mitad de las erogaciones en salud, con el 47.3%, mientras que en los hogares sin mayores la incidencia de los medicamentos baja a 32.1% para incrementar la importancia que tiene el gasto en consultas ambulatorias (25.1%). Por otro lado, el gasto en afiliaciones está en torno al 35% para ambos tipos de hogares. De esta forma, en un hogar sin presencia de adultos mayores, para explicar el 80% del gasto en salud hay que incluir también las erogaciones en consultas ambulatorias (incluyendo consultas médicas, odontológicas y otras). Por otro lado, en este tipo de hogares también se percibe una caída de la relevancia en el gasto de medicamentos a favor de un incremento del gasto en afiliaciones.

Los datos del Gráfico anterior a su vez se pueden agrupar en dos componentes, tal como se presentan en la **Gráfico 4**: (i) el gasto de bolsillo, definido en la sección 4.1 como todos aquellos gastos en los que incurre un hogar al momento de beneficiarse de un servicio de salud, es decir la suma de las erogaciones en medicamentos, consultas ambulatorias internación y dispositivos médicos, y (ii) el gasto en afiliaciones o pago de primas de seguro. Dada la

relevancia del gasto en medicamentos, el denominado gasto de bolsillo en salud representa en 2017/18 el 65.2% del gasto en salud. Por otro lado, se observa una caída de la participación del gasto de bolsillo en el período bajo análisis, incrementándose en contraposición las erogaciones en seguros de salud. La reducción en la relevancia del gasto de bolsillo es del 14.4% entre 1996/97 y 2017/18. La **Tabla A. 4** del Anexo permite comprar los datos para el total de hogares y hogares sin mayores de 65 años. Allí puede observarse resultados muy similares, aunque la reducción del gasto de bolsillo entre 1996/97 y 2017/18 es menor para hogares sin mayores de 65 años (7.8%).

Gráfico 4. Distribución del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y gasto en afiliación, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

La composición del gasto en salud de los hogares presenta diferencias si se lo analiza en función de los quintiles de ingreso per cápita familiar como puede observar en el **Gráfico 5**. Para el período 2017/18, el gasto en medicamentos es el más relevante en los cuatro primeros quintiles, con porcentajes que llegan al 71% en el segundo quintil. Por el contrario, en el quinto quintil de ingreso es el segundo, estando en primer lugar, con el 53%, el gasto en afiliaciones. Otro dato para destacar es que la relevancia del gasto en consultas o dispositivos médicos es mayor en los quintiles más bajos de la distribución del ingreso. Por ejemplo, en el primer quintil las consultas ambulatorias representan el 21% del gasto en salud frente al 12% del quinto quintil, mientras que para dispositivos médicos los porcentajes son del 4% y 2%, respectivamente. Por otro lado, el gasto en internaciones es el menos representativo en todos los quintiles de ingreso

y esto se asocia a lo que se mencionara anteriormente sobre la cobertura que existe de los costos de internación tanto por los seguros de salud como por la oferta pública de servicios.

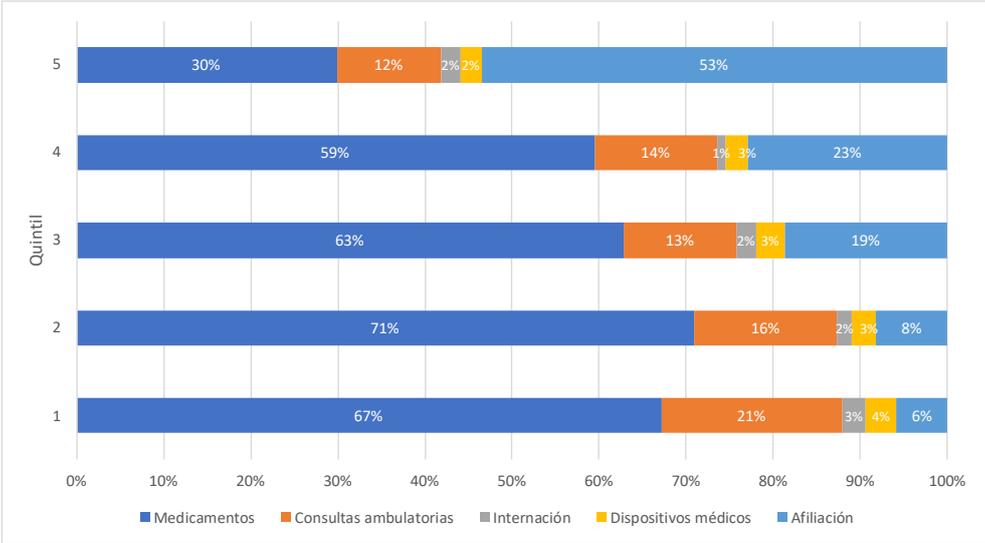
Al organizar la información anterior en gasto de bolsillo en salud y gasto en afiliaciones, se puede concluir que el gasto de bolsillo en salud, compuesto fundamentalmente por medicamentos, va disminuyendo su relevancia a medida que aumenta el quintil de ingreso, pasando a destacar la participación del gasto en afiliación. Esto también puede estar indicando que a medida que aumenta el gasto en afiliaciones, muchos gastos que eran cubiertos de forma directa con el presupuesto de las familias, y por lo tanto conforman el gasto de bolsillo, pasan a ser provistos parcial o totalmente por el seguro de salud que contrata la familia.

En el **Gráfico 5** también se puede observar como la composición del gasto en salud ha ido cambiando con el tiempo. La participación del gasto en medicamentos muestra una tendencia decreciente en todos los quintiles de ingreso. En particular, la caída en el quintil más bajo de la distribución de ingreso se ha asociado a la implementación del Programa Remediar (Ministerio de Salud, 2021). El Remediar es una política que el Ministerio de Salud de la Nación viene implementando desde el 2002 y tiene como finalidad la entrega gratuita de medicamentos esenciales a personas con cobertura pública exclusiva en todo el país, lo que ayudó a reducir las dificultades financieras y contribuyó al logro de la cobertura universal de salud (Gilardino, 2022). De hecho, en estos hogares no se observa un incremento de la relevancia del gasto en afiliaciones, lo que podría haber indicado que los medicamentos ahora eran cubiertos por el seguro de salud que contrataron. No obstante, cabe mencionar que aún los medicamentos representan un porcentaje alto de los gastos en salud que realiza un hogar que pertenece a los quintiles más bajos de la distribución del ingreso. Otro dato para destacar del gráfico es que en el quinto quintil se produce el mayor incremento en la participación del gasto en afiliaciones, pasando del 34% en el período 1996/97 al 53% en 2017/18, es decir un incremento del 57%. Este fenómeno no se da necesariamente en todos los quintiles de ingreso donde también se observan incrementos en la participación del rubro de consultas ambulatorias

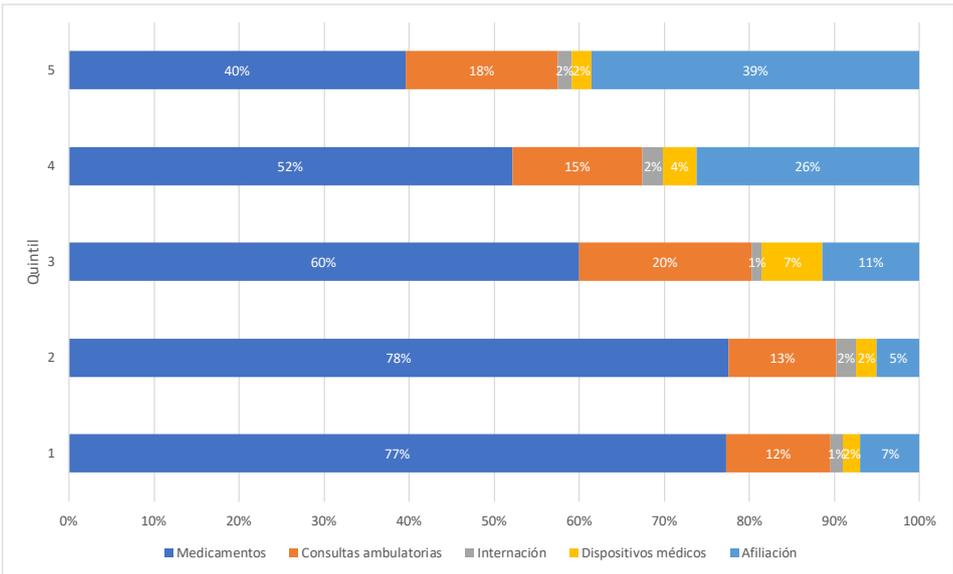
En el Anexo los **Gráfico A. 1** y **Gráfico A. 2** presentan la misma información para el total de hogares y hogares sin mayores de 65 años. En general, se destaca el mismo orden de relevancia de los componentes del gasto en salud por quintil de ingreso. No obstante, en los hogares sin mayores la incidencia del gasto en consultas ambulatorias puede llegar a representar el 30% del gasto en salud en el primer quintil de ingreso. Por otro lado, se observa también la caída en la participación del gasto en medicamentos en todos los quintiles de ingreso, y la relevancia del gasto en afiliaciones en el quinto quintil de ingreso.

Gráfico 5. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Periodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18

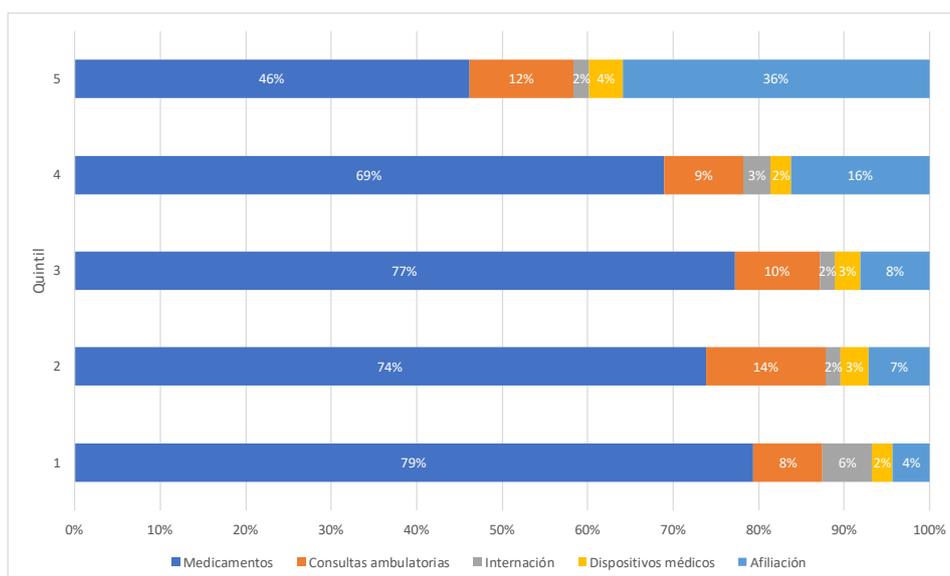
2017/18



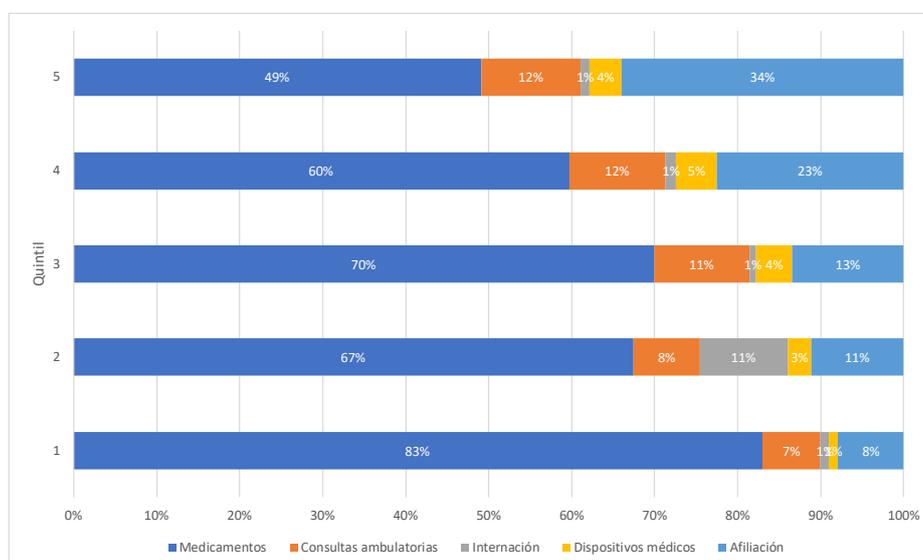
2012/13



2004/05



1996/97

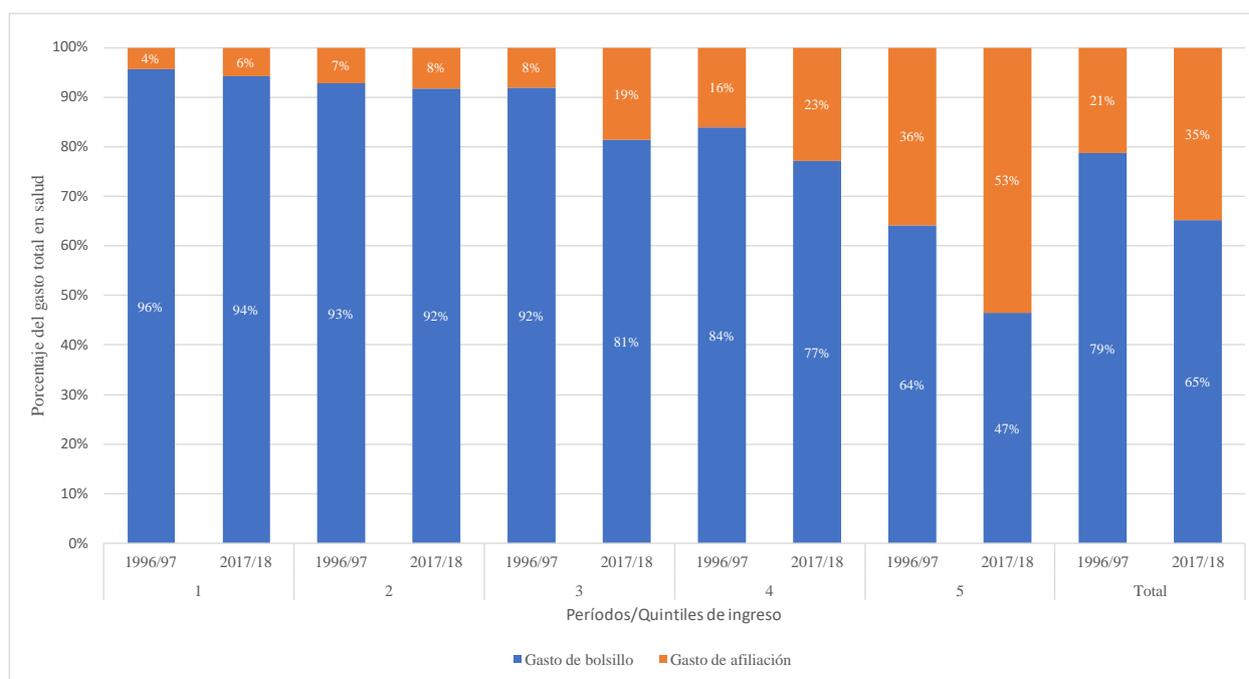


Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

El **Gráfico 6** presenta los datos del gráfico anterior agregados en los dos componentes del gasto en salud (gasto de bolsillo y afiliación) para los hogares con presencia de mayores de 65 años y comparando el primer y último período de la serie bajo análisis (1996/97 y 2017/18). Al analizar la evolución en el tiempo se observa que la composición del gasto en salud se ha modificado a lo largo de todos los quintiles de ingreso per cápita, creciendo la relevancia que tiene el gasto en afiliación frente al gasto de bolsillo. Sin embargo, este cambio en la

composición es más marcado del tercero al quinto quintil de ingreso. En particular, el gasto en afiliación pasa del 36% al 53% en el quinto quintil de ingreso per cápita. Por el contrario, en el primero y segundo quintil, la caída en la participación del gasto de bolsillo es de apenas 2 y 1 punto porcentual, respectivamente. En la **Tabla A.5** del Anexo se presentan estos datos para los períodos 2004/05 y 2012/13, además de la discriminación para el total de hogares y hogares sin mayores, identificando mismo patrón que para hogares con al menos un mayor de 65 años.

Gráfico 6. Composición del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y afiliación por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. 1996/97 y 2017/18

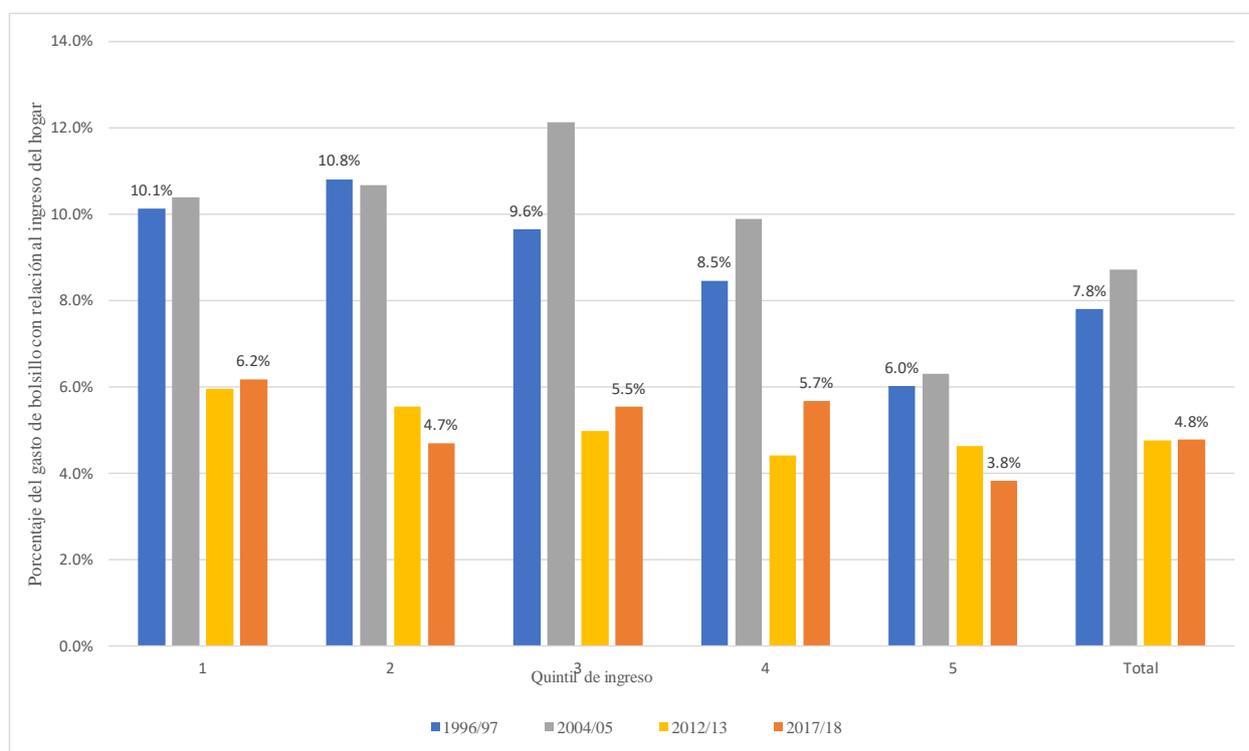


Fuente: elaboración propia en base a la ENGHo 1996/97 y 2017/18

Alternativamente, la caída de la relevancia del gasto de bolsillo en los hogares con presencia de mayores de 65 años se puede analizar calculando el porcentaje del ingreso total que se destina al gasto de bolsillo. En el **Gráfico 7** se presenta esta información en donde se puede observar que entre el primero y último período bajo análisis (1996/97 y 2017/18) en todos los quintiles de ingreso se destina una menor porción del ingreso del hogar a financiar los gastos de bolsillo en salud. A nivel del total de hogares con mayores de 65 años esta reducción es del 38.8%, pero es de casi la mitad para los hogares del segundo y tercer quintil de ingreso. Cabe destacar que esta baja también se da en el total de hogares (de 7% en 1996/97 a 3.2% en 2017/18) y para todos los quintiles de ingreso, independientemente de la presencia de mayores

de 65 años. En la **Tabla A. 6** se presenta esta información para todos los años bajo análisis y discriminando para hogares con y sin mayores de 65 años.

Gráfico 7. Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del ingreso total del hogar según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

A modo de síntesis, en esta sección se buscó caracterizar el gasto en salud de los hogares con al menos un mayor de 65 años, y comparar con la situación de los hogares sin miembros mayores de 65 años. En primer lugar, se destacó que la participación del gasto en salud sobre el gasto o ingreso total del hogar ha ido disminuyendo a lo largo de los años, independientemente de la conformación de los hogares en función de la edad de sus miembros. No obstante, la relevancia de las erogaciones en salud, en relación con el gasto o ingreso del hogar, es mayor si en el hogar hay mayores de 65 años, y esta participación va subiendo cuantos más miembros mayores de 65 años conformen el hogar.

El principal componente del gasto en salud es el gasto de bolsillo, que se explica principalmente por el gasto en medicamentos. Esta situación se da especialmente en los hogares con miembros mayores de 65 años, en donde los medicamentos pueden llegar a representar casi el 50% de las

erogaciones sanitarias. En un principio, estos resultados podrían estar indicando que pese a que esta población cuenta mayormente con una cobertura de salud (sea esta el PAMI, una obra social o prepaga), la misma estaría acortando los efectos de los shocks en salud, pero no lograría eliminarlos completamente. Además, este gasto presenta un comportamiento regresivo, ya que tiene mayor relevancia cuanto menor es el quintil de ingreso.

Si bien la relevancia del gasto de bolsillo en salud ha ido bajando a lo largo de los años, a favor de un aumento de los gastos de afiliación, su participación sigue siendo superior al 60% en hogares donde hay al menos un miembro mayor de 65 años, lo que puede exponer a las familias a situaciones de vulnerabilidad, especialmente en los quintiles más bajos de la distribución del ingreso.

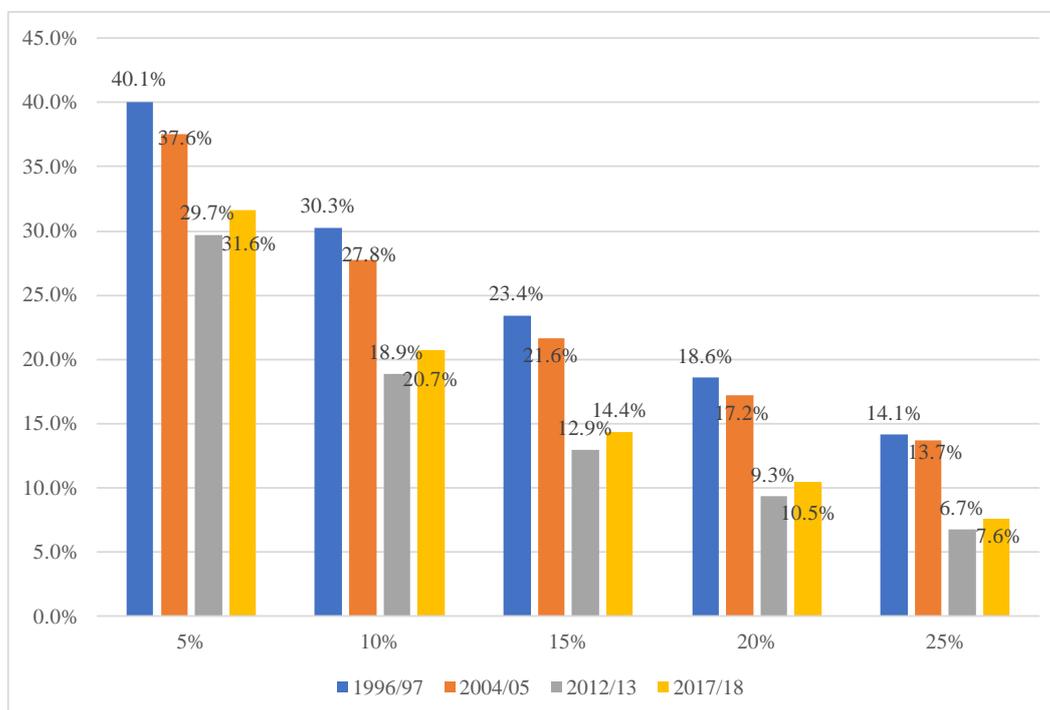
5.2. Gasto catastrófico en salud en hogares con mayores de 65 años

La siguiente sección presenta los resultados obtenidos al estimar los indicadores de gasto catastrófico en salud para los hogares con al menos un miembro mayor de 65 años. Como se detalla en la sección 3, el objetivo de estas mediciones es analizar hasta qué punto el gasto de bolsillo en salud afecta el nivel material de vida de un hogar, considerando que, si el porcentaje de los recursos que el hogar destina a estos gastos excede cierto porcentaje, esta erogación puede considerarse catastrófica ya que estaría desplazando el consumo de otros bienes y servicios esenciales.

El **Gráfico 8** presenta los indicadores de gasto catastrófico en salud tomando como denominador el gasto total del hogar, considerando los umbrales del 5%, 10%, 15%, 20% y 25% para todos los períodos en los que se ha implementado la ENGHo. Si se toma en cuenta la información del último período y un umbral del 15%, el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años que ha incurrido en gasto catastrófico es de 14.4%. Con un umbral del 25%, este indicador baja al 7.6%. Por otro lado, si se analiza la evolución en el tiempo, se observa que el indicador de gasto catastrófico presenta una tendencia decreciente a lo largo del período bajo estudio. Por ejemplo, con el umbral del 15%, el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años con gastos catastróficos pasa del 23.4% al 14.4% entre 1996/97 y 2017/18, es decir, una reducción del 38.6%. Esta situación se presenta en todos los umbrales considerados. Cabe remarcar que la caída en el indicador de gastos catastróficos se da particularmente entre los dos primeros períodos de implementación de la ENGHo y los dos

últimos, ya que se registra un leve incremento entre los resultados obtenidos en 2012/13 y 2017/18.

Gráfico 8. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



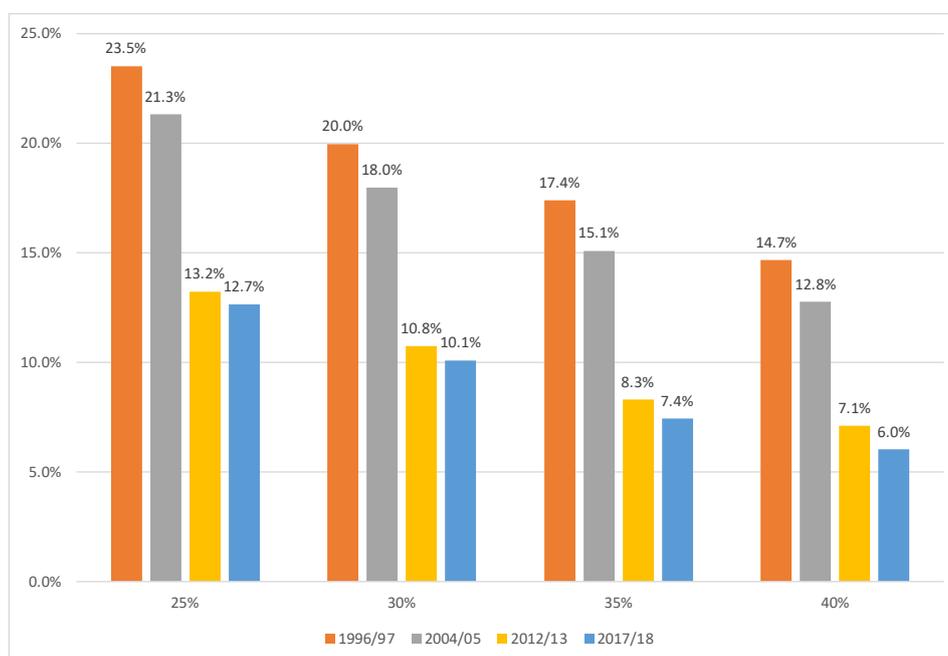
Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

La **Tabla A. 7** del Anexo presenta la misma información del gráfico anterior para el total de hogares y para hogares sin presencia de mayores de 65 años. De los datos de la ENGHo 2017/18 y tomando un umbral del 15% se observa que el porcentaje de hogares con gastos catastróficos asciende a 7.0%. Sin embargo, si se consideran solamente los hogares con al menos un miembro mayor de 65 años, este porcentaje sube a casi el doble, con 14.4%, frente al 4.2% de los hogares sin mayores de 65 años. Si se toman en cuenta los otros umbrales se presenta igual situación, siendo mayor el porcentaje de hogares con gasto catastrófico si hay al menos un miembro mayor de 65 años. Por otro lado, se destaca que, para todos los umbrales, la incidencia del gasto catastrófico en salud muestra una tendencia decreciente, independientemente de la composición del hogar en términos de la edad de sus miembros. Es decir, que las mejoras en la protección financiera se dan en todos los hogares, más allá de la presencia de un adulto mayor. Por ejemplo, para el total de hogares y considerando el umbral del 15%, el porcentaje de hogares con gasto catastrófico disminuye del 12.4% al 7.0% en el período 1996/97 y

2017/18. Para el caso de los hogares sin mayores de 65 años, la baja es del 51%, pasando del 8.6% al 4.2%, mientras que para los hogares con al menos un mayor de 65 años es del 39%, bajando del 23.4% al 14.4%.

Alternativamente, el **Gráfico 9** presenta el indicador de gasto catastrófico en salud tomando como denominador el gasto no discrecional del hogar, es decir el gasto total menos el gasto en alimentos y bebidas, considerando los umbrales del 25%, 30%, 35% y 40%. De los datos de la ENGHo 2017/18 y tomando el umbral del 30%, se observa que el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años y gasto catastrófico asciende a 10.1%, disminuyendo a 6.0% si se considera el umbral del 40%. En este caso, también se presenta una tendencia decreciente en la relevancia de los hogares que incurren en gasto catastrófico en el período bajo estudio. Por ejemplo, tomando el umbral del 30%, la incidencia de gasto catastrófico en hogares con al menos un mayor de 65 años disminuye un 49% entre 1996/97 y 2017/18, pasando del 20.0% al 10.1%. Esta relación se identifica para todos los umbrales considerados. Por otro lado, la caída en la relevancia del gasto catastrófico, al igual que en el caso anterior, se da especialmente si se comparan los dos primeros períodos de implementación de la ENGHo y los dos últimos, aunque la caída es sostenida a lo largo de todos los años.

Gráfico 9. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

La **Tabla A. 8** del Anexo presenta la misma información que el gráfico anterior para el total de hogares y hogares sin presencia de mayores de 65 años. De la ENGHo 2017/18 y tomando el umbral del 30%, se observa que el total de hogares que incurren en gasto catastrófico asciende a 4.4%, bajando a 2.5% si se toma el umbral del 40%. No obstante, si se analizan los hogares sin mayores de 65 años el indicador baja a casi la mitad con el 2.2%, mientras que para los hogares con al menos un mayor sube a más del doble con el 10.1%. Igual conclusión se alcanza si se utilizan otros umbrales. La comparación con los resultados obtenidos en los períodos previos de la ENGHo indica que independientemente de la composición del hogar en cuanto a la edad de sus miembros, la incidencia del gasto catastrófico presenta una tendencia a la baja. Para el total de hogares y usando de corte el 30%, el indicador baja de 9.9% a 4.4% entre 1996/97 y 2017/18, es decir, una reducción del 56%. Alternativamente, para los miembros sin mayores la baja es del 65% en igual período, bajando de 6.4% a 2.2%.

Los resultados obtenidos son coincidentes con otros estudios que analizan la evolución de la protección financiera en el país considerando el total de hogares. Por ejemplo, utilizando el denominador de gasto total, Vidris et al. (2022) estima una baja cerca al 50%, entre 1996/97 y 2017/18, en el porcentaje de hogares con gastos catastróficos considerando un umbral del 15%, y Varco et al. (2022) calcula una reducción del 32% para mismo umbral, pero entre los períodos 2004/05 y 2017/18. Por otro lado, llegan a resultados similares utilizando el denominador de gasto no discrecional. En este caso, Vidris et al. (2022) obtiene estimaciones que también presentan una baja entre 2012/13 y 2017/18 en esta formulación del indicador tomando cortes del 25% y 40%.

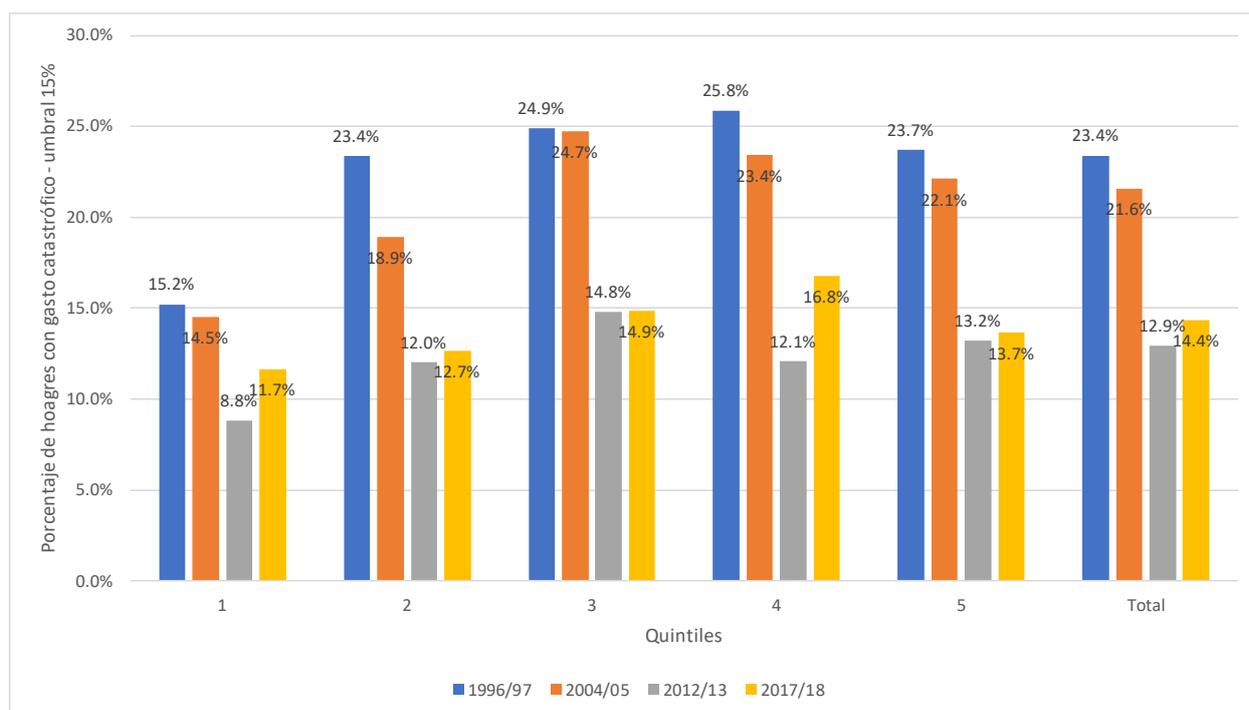
El **Gráfico 10** presenta, por quintil de ingreso per cápita, el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años que incurre en gasto catastrófico en salud tomando como denominador el gasto total del hogar y con un umbral del 15%. En el mismo se puede observar que la ocurrencia de los gastos catastróficos se da en todos los quintiles de ingreso, pero particularmente en el tramo medio de la distribución. Si se toman los datos del período 2017/18, el quintil con mayor porcentaje de hogares que incurren en gasto catastrófico es el cuatro, con el 16.8%, seguido del tercero con 14.9%. Por el contrario, en el primero se presenta el menor porcentaje con el 11.7%. Este resultado se puede correlacionar con el hecho que los quintiles más bajos de la distribución de ingreso utilizan menos los servicios de salud o pueden excluirse de su consumo por no poder afrontar los pagos (Cavagnero et al., 2006). Es por este motivo, que se recomienda complementar estos análisis con encuestas de utilización de servicios de salud (O'Donnell et

al., 2008; Varco et al., 2022), aunque la información disponible es escasa y está desactualizada para el contexto argentino.

En el **Gráfico 10** también se puede observar una tendencia decreciente en el porcentaje de hogares con gastos catastrófico en todos los quintiles de ingreso. En particular, la reducción se da en el tramo medio de la distribución del ingreso, con el segundo quintil con la mayor baja, pasando del 23.4% al 12.7% entre 1996/97 y 2017/18, es decir una variación porcentual del 45.7%. Por otro lado, en todos los quintiles la mayor variación negativa se da entre los dos primeros períodos de implementación de la ENGHo y los dos últimos, ya que se registra un incremento entre 2012/13 y 2017/18.

La **Tabla A. 9** del Anexo presenta la misma información del **Gráfico 10** para el total de hogares y hogares sin mayores, en donde se pueden identificar patrones similares de comportamiento, aunque se destaca también que la relevancia de los gastos catastróficos es menor en hogares sin presencia de mayores en todos los quintiles de ingreso.

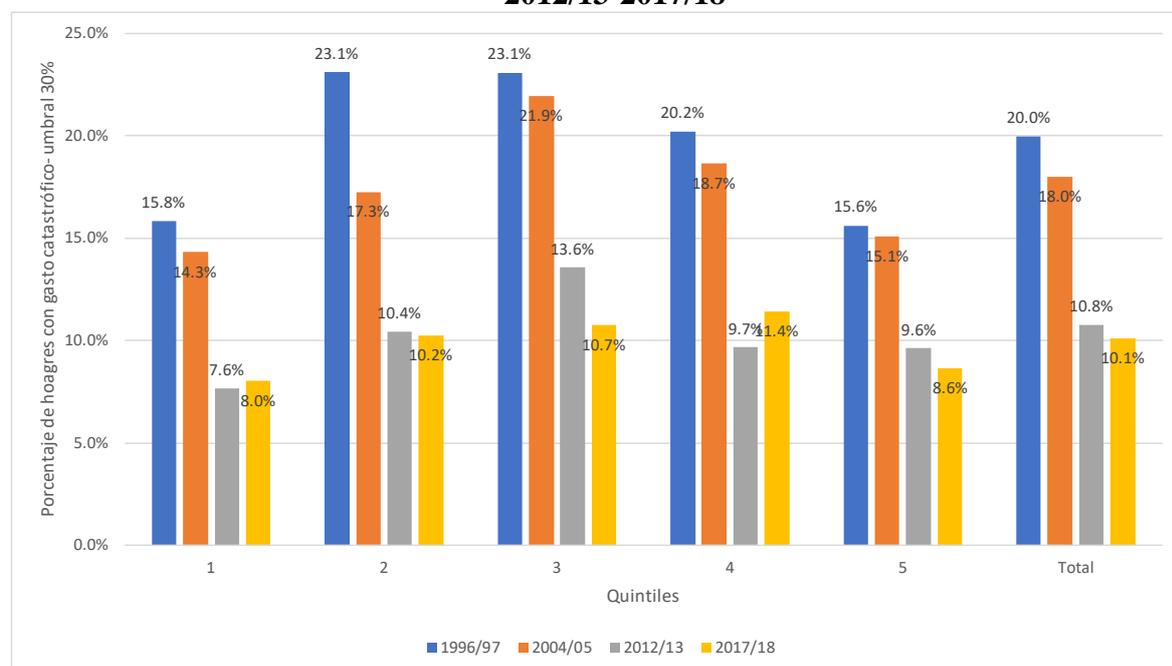
Gráfico 10. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar y un umbral del 15%. Hogares con al menos un mayor de 65 años por quintil de ingreso per cápita. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Alternativamente, el **Gráfico 11** presenta, por quintil de ingreso per cápita, el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años que incurre en gasto catastrófico en salud tomando como denominador el gasto no discrecional del hogar y con un umbral del 30%. Al igual que con el indicador anterior de protección financiera, la presencia de gastos catastróficos se registra en todos los quintiles de ingreso, y especialmente en el rango intermedio de la distribución. En el período 2017/18, el cuarto quintil es el que presenta el mayor porcentaje con 11.4%, seguido del tercer quintil con el 10.7% y el segundo con el 10.2%. En este caso también se observa que el primer quintil es el que presenta menor incidencia, aunque esto puede relacionarse con una menor utilización de servicios de salud. Por otro lado, esta estimación de gasto catastrófico presenta una tendencia decreciente en todos los quintiles de ingreso en el período 1996/97 y 2017/18. Esta reducción, se da especialmente en el segundo y tercer quintil con variaciones porcentuales negativas del 56% y 53%, respectivamente. Finalmente, la **Tabla A.10** presenta esta misma información para el total de hogares y hogares sin presencia de adultos mayores, mostrando que independientemente del quintil de ingreso, los hogares sin miembros mayores de 65 años tienen menor incidencia de gastos catastróficos y que los niveles de protección financiera han mejorado para todos los hogares.

Gráfico 11. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar y un umbral del 30%. Hogares con al menos un mayor de 65 años por quintil de ingreso per cápita. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

A modo de síntesis de la sección se destaca que los indicadores de gasto catastrófico estimados para los hogares con al menos un mayor de 65 años presentan una tendencia decreciente en el período bajo estudio, lo que está indicando una mejora en la protección financiera que brinda el sistema de salud. A su vez, esta mejora se da en todos los quintiles de ingreso. Algunas explicaciones de este resultado pueden tener que ver con el aumento de la cobertura formal de salud en el período bajo estudio, así como también, con la implementación de programas nacionales de provisión de bienes y servicios de salud, como el Remediar, de entrega gratuita de medicamentos (Gilardino, 2022). No obstante, se destaca también que la incidencia del gasto catastrófico en salud es mayor en hogares con al menos un adulto mayor que en aquellos donde todos sus miembros son menores de 65 años. Esto es coincidente con otros estudios que identifican mayor probabilidad de gastos catastróficos en salud ante la presencia de mayores en el hogar (Knaul, et al. 2012, Cavagnero et al., 2006).

Un punto para destacar de este análisis es que los datos disponibles permiten analizar la protección financiera hasta el 2018, ya que no existen encuestas más actualizadas que releven los gastos y gastos en salud de los hogares. No obstante, el sistema de salud argentino se ha visto afectado por la coyuntura económica del país que ha repercutido en reducción de prestaciones, reclamos de pagos adicionales y sobrecarga del subsistema público, a lo que se sumó la presión para brindar servicios durante la pandemia de COVID-19. En este contexto, contar con información más actualizada permitiría comprender si los logros en términos de protección financiera se han podido mantener aún en estas situaciones críticas.

5.3. Gasto empobrecedor en salud en hogares con mayores de 65 años

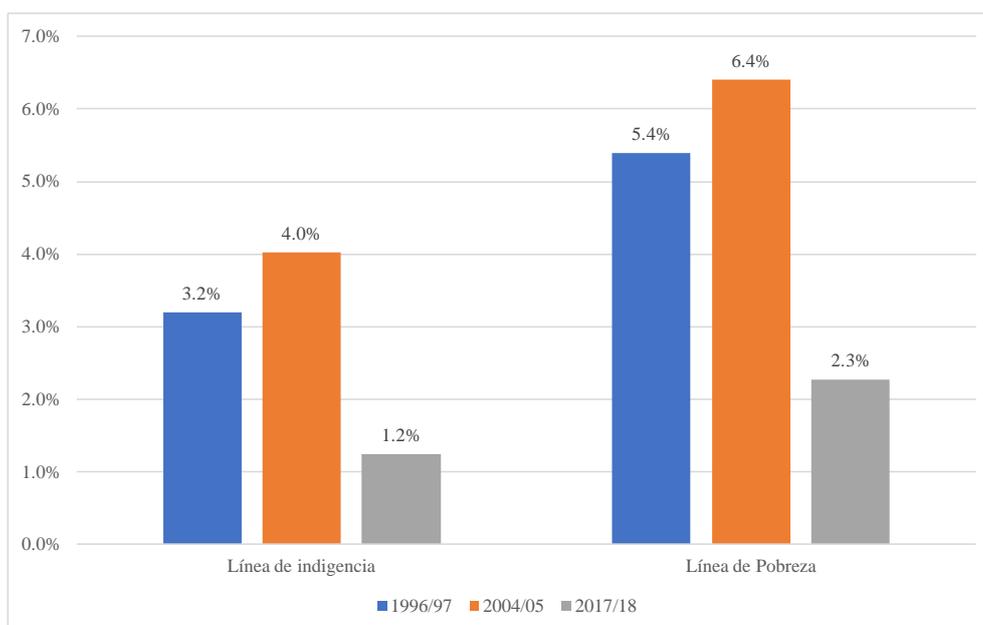
La siguiente sección expone los resultados alcanzados al estimar los indicadores de gasto empobrecedor en salud para los hogares con al menos un mayor de 65 años. A estos fines se utilizan dos medidas de consumo mínimo para comparar el ingreso del hogar antes y después de los gastos de bolsillo en salud: la línea de indigencia y la línea de pobreza. En este ejercicio no se realizan los cálculos para el período 2012/13 por no contar con información de calidad publicada por el INDEC para construir las líneas de pobreza e indigencia.

El **Gráfico 12** presenta la información del porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años que incurre en un gasto empobrecedor producto de un gasto de bolsillo en salud, utilizando la línea de pobreza e indigencia. Si se toma el período 2017/18, un 1.2% y 2.3% de los hogares incurre en un gasto empobrecedor si se toma la línea de indigencia y la línea de pobreza,

respectivamente. Por otro lado, ambas mediciones presentan una tendencia a la baja. Si bien entre 1996/97 y 2004/05 hay un incremento, luego entre 2004/05 y 2017/18 se produce una reducción del 69% para la medición a partir de la línea de indigencia y del 64% considerando la línea de pobreza, indicando una clara mejora de la protección financiera en el período mencionado.

La **Tabla A. 11** del Anexo muestra los resultados obtenidos para el total de hogares y hogares sin miembros mayores de 65 años. En especial, se destaca que siempre los indicadores de gasto empobrecedor son más altos para hogares donde hay presencia de adultos mayores. Por ejemplo, en 2017/18 el indicador es de 0.9% y 1.3% para hogares sin miembros mayores de 65 años utilizando la línea de indigencia y la de pobreza, respectivamente. Para el total de hogares los valores ascienden a 1.0% con indigencia y 1.6% con pobreza. Por otro lado, en todos los casos se observa una caída en el porcentaje de hogares que se ven afectados por gastos empobrecedores en salud, especialmente entre 2004/05 y 2017/18. En este punto, sin embargo, es de destacar que las reducciones en hogares con adultos mayores es casi el doble que la que se produce en hogares sin mayores.

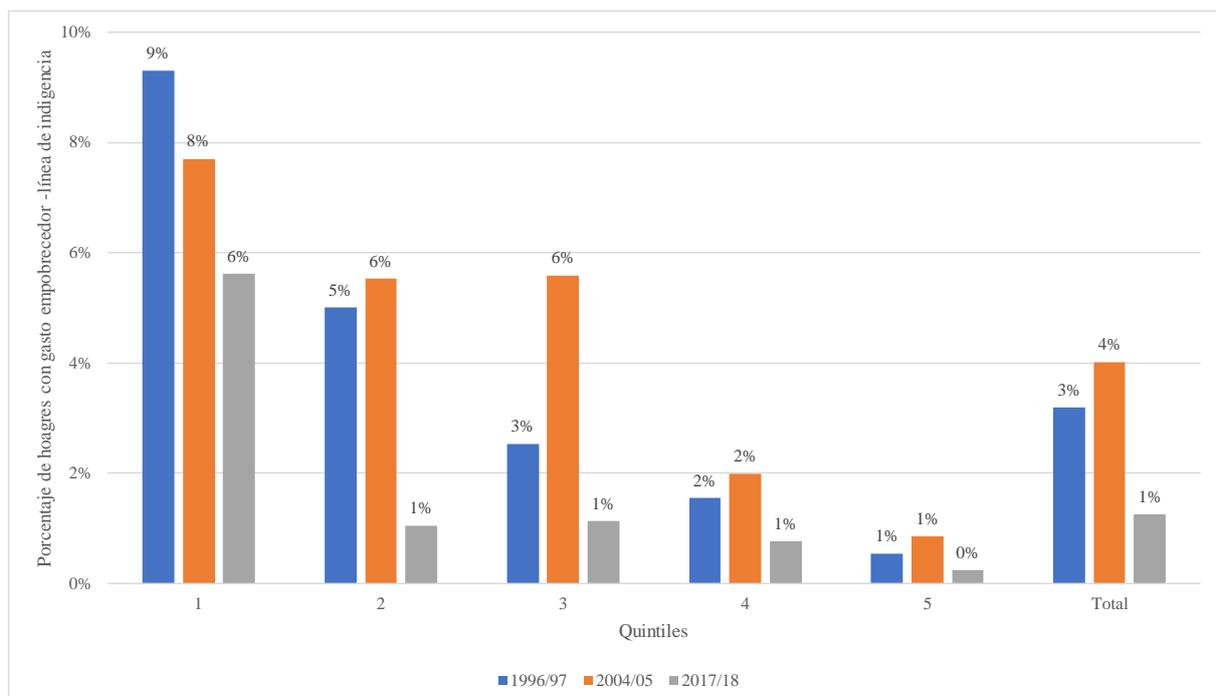
Gráfico 12. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia y la línea de pobreza, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

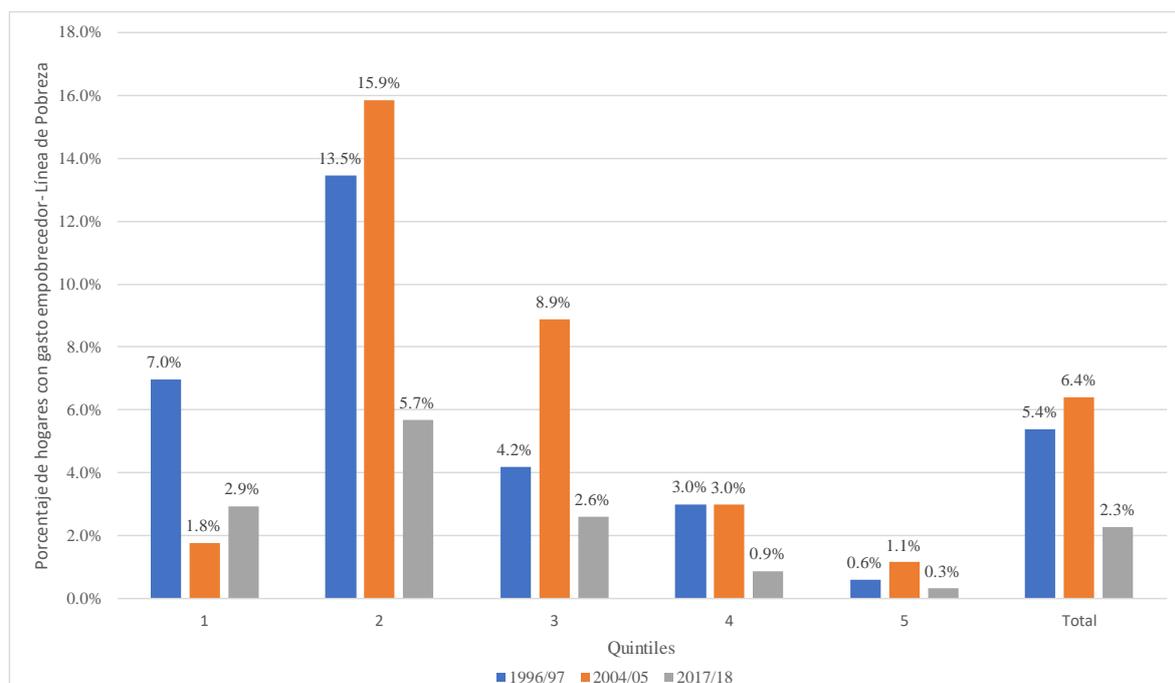
El **Gráfico 13** presenta el porcentaje de hogares con al menos un mayor de 65 años que incurre en un gasto empobrecedor considerando la línea de indigencia por quintil de ingreso per cápita familiar. De esta forma se observa que el gasto de bolsillo en salud tiene un efecto empobrecedor que tiene mayor impacto en el primer quintil en todos los períodos bajo estudio. Según los datos de la ENGHo 2017/18, si bien en el total de hogares el porcentaje es de 1.2%, para los hogares del primer quintil este porcentaje sube al 5.6%. Por el contrario, en el quinto quintil el porcentaje es casi cero. Por otro lado, también se manifiesta una tendencia decreciente en el indicador en todos los quintiles de ingreso, con una suba entre 1996/97 y 2004/05, para bajar a los menores niveles de la serie en 2017/18. Alternativamente, el **Gráfico 14** muestra el indicador considerando la línea de pobreza. En este caso, el segundo quintil es el que tiene mayor incidencia del gasto empobrecedor con 5.7% en 2017/18, cuando para el total de hogares es del 2.3%. También se presenta una tendencia a la baja en el período bajo estudio, con una suba en 2004/05.

Gráfico 13. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

Gráfico 14. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de pobreza por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Hogares con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

Por último, las **Tabla A. 12** y **Tabla A. 13** del Anexo presentan esta información para el total de hogares y hogares sin miembros mayores de 65 años, en donde se puede observar que independientemente del quintil de ingreso, el porcentaje de hogares que incurren en gasto empobrecedor siempre es mayor para los hogares con al menos una persona mayor de 65 años.

En resumen, los gastos de bolsillo en salud tienen un efecto empobrecedor en los hogares con al menos un mayor de 65, aunque los niveles son bajos, afectando en particular a los quintiles más bajos de la distribución del ingreso. También, se verifica que la protección financiera que brinda el sistema de salud ha mejorado con el tiempo, registrándose los niveles más bajos de hogares que incurren en gastos empobrecedores en el período 2017/18. Asimismo, y al igual que con los gastos catastróficos, la presencia de un mayor de 65 años incrementa el porcentaje de hogares que incurren en gastos empobrecedores.

5.4. Probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores en salud en hogares con mayores de 65 años

La siguiente sección presenta los resultados alcanzados al estimar los modelos logit para las cuatro variables dependientes seleccionadas: (i) especificación I (GCS-GT 15%): gasto catastrófico si el porcentaje de gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar es mayor al 15%, (ii) especificación II (GCS-GND 30%) gasto catastrófico si el gasto de bolsillo en relación al gasto no discrecional del hogar (gasto total menos gasto en alimentos), es mayor al 30%, (iii) especificación III (GES-LI): gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de indigencia, y (iv) especificación IV(GES-LP): gasto empobrecedor a partir de la línea de pobreza. Todas las regresiones se aplican al universo de hogares con al menos un mayor de 65 años. La **Tabla 4** presenta los resultados alcanzados expresados en razones de probabilidad u odd ratios (OR). Las **Tablas A.14 y A.15** del Anexo presenta la información correspondiente a los efectos marginales y coeficientes estimados, respectivamente.

Los resultados obtenidos para el caso de la conformación del hogar muestran que la presencia de adultos mayores, medido a partir del porcentaje de miembros mayores de 65 años, incrementa la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos en ambas especificaciones (GCS-GT 15% y GCS-GND 30%). Los OR estimados se encuentran en 1.506 para la especificación I ($P < 0.05$) y 2.066 para la especificación II ($P < 0.01$). Por el contrario, la única variable significativa de este grupo para el caso de gasto empobrecedor ha sido la cantidad de miembros del hogar, manifestando una menor probabilidad de ocurrencia de gastos empobrecedores cuantos más miembros tenga el hogar. Los OR son de 0.753 ($P < 0.1$) y 0.790 ($P < 0.05$) para la especificación III y IV, respectivamente. Esta variable también resultó significativa y con igual relación para la especificación I con un OR 0.909 ($P < 0.05$). Una hipótesis planteada en la literatura de este resultado es que la presencia de otros miembros en el hogar contribuye y favorece acciones de apoyo y cuidado que disminuyen los gastos en salud (Granados-Martínez & Nava-Bolaños, 2019). El porcentaje de miembros menores de 5 años en los hogares con presencia de al menos un adulto mayor no resultó significativo en ninguna especificación.

La capacidad de consumo del hogar, medido por medio de los quintiles de ingreso per cápita, no presentó un resultado significativo para explicar la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos. Sin embargo, si mostró que a mayor capacidad de consumo menor es la probabilidad de incurrir en gastos empobrecedores medido a partir de la línea de pobreza. Los OR estimados son de 0.229, 0.094, 0.072 y 0.040 para el segundo, tercer, cuarto y quinto quintil, respectivamente ($P < 0.01$). Una hipótesis de este resultado es que a mayor nivel de ingreso es esperable contar con una mayor protección frente a shocks en salud. Para el caso del gasto empobrecedor a partir de la línea de pobreza se identifica esta relación para el cuarto y

quinto quintil de ingreso con OR de 0.316 y 0.124, respectivamente ($P < 0.01$). Por el contrario, para el segundo quintil la probabilidad de incurrir en gastos empobrecedores a partir de la línea de pobreza es mayor, con un OR de 2.747 ($P < 0.01$).

En cuanto a las características del jefe de hogar, la jefatura de hogar por parte de una mujer se asoció a una mayor probabilidad de gastos catastróficos en ambas especificaciones y de gastos empobrecedores solo cuando se midieron tomando en consideración la línea de pobreza. Los OR estimados son de 1.198 ($P < 0.05$), 1.247 ($P < 0.05$) y 1.393 ($P < 0.1$) para las especificaciones I, II y IV, respectivamente. Respecto al nivel educativo, solo se encontraron parámetros estadísticamente significativos para los jefes de hogar con nivel primario completo, y categoría base jefe de hogar sin instrucción, para las especificaciones de gastos catastróficos. Los OR estimados son de 1.295 ($P < 0.05$) y 1.225 ($P < 0.1$) para la especificación I y II, correspondientemente. Las variables de las condiciones de empleo del jefe de hogar no resultaron significativas en ninguno de los modelos estimados.

Por último, en lo que tiene que ver con las condiciones de salud del adulto mayor del hogar, en todos los modelos estimados resultó significativa la variable de presencia de al menos un mayor de 65 años con alguna discapacidad de largo plazo como explicativa del incremento de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos y empobrecedores. Los OR estimados son de 1.485 ($P < 0.01$), 1.661 ($P < 0.01$), 1.903 ($P < 0.05$), y 1.998 ($P < 0.01$) para las especificaciones I, II, III y IV, respectivamente. Sin embargo, en lo que tiene que ver con cobertura de salud del adulto mayor del hogar, solo resultó significativa la cobertura de una obra social distinta al PAMI, indicando una mayor probabilidad de gasto catastrófico para la especificación I con un OR de 1.242 ($P < 0.1$) y de 1.387 ($P < 0.05$) para la especificación II. Como se plantea en la literatura, este resultado podría estar vinculado a que los seguros de salud dan lugar a una demanda inducida de servicios de salud especializados que deben financiarse con los recursos de las familias (Vidris et al, 2023; Maceira & Reynoso, 2012).

A modo de síntesis, los resultados obtenidos permiten concluir que la variable que más incide en la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico y empobrecedor en hogares con mayores de 65 años es la presencia de un adulto mayor con alguna dificultad de largo plazo. Los factores protectores son la presencia de más miembros en el hogar, el nivel de ingreso para el caso de gastos empobrecedores y el jefe de hogar de sexo masculino. En términos de la cobertura del PAMI, no se encontraron resultados significativos y la cobertura de obras social se asoció a un incremento de la probabilidad de gastos catastróficos, posiblemente asociados a demanda inducida.

Tabla 4. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Razón de probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores (odd ratios). Período 2017/18

Variables	Variables dependientes			
	GCS-GT 15%	GCS-GND 30%	GES-LI	GES-LP
Conformación del hogar				
Cantidad de miembros del hogar	0.909** (0.041)	0.922 (0.050)	0.753* (0.110)	0.790** (0.082)
Proporción de mayores de 65	1.506** (0.305)	2.066*** (0.509)	0.791 (0.549)	1.069 (0.510)
Proporción de menores de 5	0.298 (0.291)	0.740 (0.821)	0.361 (0.909)	8.129 (12.227)
Características económicas del hogar				
Quintil de ingreso per cápita 2	1.008 (0.179)	0.969 (0.200)	0.229*** (0.081)	2.747*** (0.930)
Quintil de ingreso per cápita 3	1.121 (0.190)	0.965 (0.192)	0.094*** (0.039)	0.941 (0.341)
Quintil de ingreso per cápita 4	1.148 (0.195)	0.987 (0.196)	0.072*** (0.031)	0.316*** (0.131)
Quintil de ingreso per cápita 5	0.963 (0.173)	0.801 (0.169)	0.040*** (0.023)	0.124*** (0.066)
Características del jefe de hogar (JH)				
JH desocupado	0.882 (0.326)	0.922 (0.409)	0.631 (0.675)	0.716 (0.545)
JH inactivo	1.038 (0.105)	1.090 (0.138)	1.058 (0.396)	1.066 (0.272)
JH mujer	1.198** (0.095)	1.247** (0.119)	1.363 (0.383)	1.392* (0.265)
JH con educación primaria completa	1.295** (0.135)	1.225* (0.148)	0.857 (0.275)	0.903 (0.206)
JH con educación secundaria completa	1.169 (0.137)	0.927 (0.130)	0.806 (0.313)	1.409 (0.357)
Características del adulto mayor (AM) del hogar				
AM con cobertura del PAMI	1.098 (0.131)	1.026 (0.147)	0.950 (0.387)	0.801 (0.232)
AM con cobertura de obra social distinta al PAMI	1.242* (0.148)	1.387** (0.197)	1.157 (0.516)	1.190 (0.357)
AM con cobertura de un seguro voluntario (prepaga)	0.838 (0.133)	0.778 (0.157)	0.877 (0.563)	0.614 (0.301)
AM con discapacidad	1.485*** (0.117)	1.661*** (0.156)	1.903** (0.514)	1.998*** (0.368)
Constante	0.085*** (0.026)	0.046*** (0.017)	0.111** (0.102)	0.029 (0.020)
Observaciones	5,811	5,811	5,811	5,811

Fuente: elaboración propia en base a la ENGHo 2017/18

Notas:

- Variables dependientes: (i) GCS-GT 15%: gasto catastrófico si el porcentaje de gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar es mayor al 15%, (ii) GCS-GND 30% gasto catastrófico si el gasto de bolsillo con relación al gasto no discrecional del hogar (gasto total menos gasto en alimentos), es mayor al 30%, (iii) GES-LI, gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de indigencia, (iv) GES-LP gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de pobreza.
- Desvió estándar entre paréntesis
- Parámetros expresados como relación de probabilidades (odd ratios-OR)
- *P<0.1; **P<0.05; ***P<0.01

6. Conclusiones

El concepto de protección financiera en salud ha tomado tal relevancia que las Naciones Unidas han seleccionado dentro de sus ODS uno específico para esta temática como condición necesaria para alcanzar la cobertura universal de salud. Este trabajo se planteó como objetivo indagar sobre la protección financiera frente a gastos en salud de los hogares con presencia de personas mayores de 65 años. Si bien existen estudios previos que han analizado la protección financiera para la Argentina, la evidencia específica para población adulta mayor es muy escasa, aun cuando es un grupo con mayor necesidad de servicios de salud que pueden exponer a las personas y/o hogares a enfrentar dificultades financieras. En este contexto, se estudió los componentes del gasto en salud de los hogares con al menos un mayor de 65 años, para luego estimar los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor que plantea la literatura para analizar el concepto de protección financiera. Las fuentes de información utilizadas fueron las ENGHo realizadas por el INDEC para cuatro períodos de tiempo (1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18), lo que permitieron analizar los cambios acontecidos a lo largo de los años.

El análisis realizado muestra que la relevancia del gasto en salud con relación al ingreso o gasto total del hogar es siempre superior en hogares con al menos un mayor de 65 años que en hogares sin adultos mayores, siendo esto consistente con la literatura que asocia el envejecimiento con una mayor demanda de servicios de salud.

Los resultados alcanzados muestran que el principal componente del gasto en salud de los hogares con al menos un mayor de 65 años es el gasto de bolsillo, compuesto fundamentalmente por las erogaciones en medicamentos que representan casi la mitad del gasto total en salud en el último período analizado (2017/18). También, el gasto en medicamentos muestra un patrón regresivo ya que es el que presenta la mayor participación en los quintiles 1 a 4. Sin embargo, a lo largo de los años se observa que la participación de los gastos de bolsillo en salud ha ido disminuyendo en todos los quintiles de ingreso per cápita del hogar. Parte de este resultado se asocia a un aumento de la cobertura formal de salud y a programas nacionales que han ampliado el acceso a servicios de salud. Sin embargo, el gasto en medicamentos sigue teniendo una incidencia importante dentro del gasto en salud, particularmente en los quintiles de ingreso más bajo, exponiendo a los hogares a situaciones de vulnerabilidad financiera.

Complementando lo anterior, y profundizando en el análisis de protección financiera, se estimaron los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor utilizando cuatro definiciones: (i) gasto catastrófico en salud considerando como denominador el gasto total del hogar con

cinco umbrales de 5%, 10%, 15%, 20% y 25%, (ii) gasto catastrófico en salud considerando como denominador el gasto no discrecional del hogar (gasto total del hogar menos gasto en alimentos y bebidas no alcohólicas) con cuatro umbrales de 25%, 30%, 35% y 40%, (iii) gasto empobrecedor utilizando una línea de indigencia, y (iv) gasto empobrecedor considerando una línea de pobreza. Las estimaciones alcanzadas revelar que el porcentaje de hogares que incurren en gastos catastróficos o empobrecedores es mayor en el subconjunto de hogares con al menos un mayor de 65 años que sin presencia de adultos mayores. A su vez, se observa una disminución en estos indicadores a lo largo del tiempo, y para todos los quintiles de ingreso, lo cual está mostrando que en el país se ha mejorado la protección financiera del sistema de salud. Esto podría relacionarse, como se mencionó anteriormente, con la ampliación de la cobertura explícita en salud y la implementación de programas nacionales que promovieron el acceso a servicios de salud.

Por último, se indagó sobre los factores que inciden en que un hogar con mayores de 65 años incurra en gastos catastróficos o empobrecedores. Utilizando datos de la ENGHo 2017/18 y estimando un modelo logit, se concluyó que el principal determinante de la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico o empobrecedor en hogares con mayores de 65 años es la presencia de al menos un adulto mayor con alguna discapacidad de largo plazo. Por el contrario, la presencia de más miembros en el hogar y la jefatura masculina del hogar son factores protectores. En igual sentido, el mayor nivel de ingreso disminuye la probabilidad de incurrir en gastos empobrecedores. No obstante, la hipótesis de que la cobertura explícita de salud, en particular del PAMI, disminuye la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores no fue confirmada por los datos. Aún más, la cobertura de salud por obra social distinta del PAMI se ha identificado con un incremento de la probabilidad de gasto catastrófico. Con relación a este último punto, se ha planteado la posibilidad de que el fenómeno se asocie a la presencia de una demanda inducida que podría ser un punto de análisis para futuros estudios.

Si bien el análisis se ha basado en las recomendaciones de la literatura publicada, esta no está exenta de limitaciones. Uno de los primeros puntos es que como el estudio se basa en gastos realizados, se desconoce si la inexistencia de estos es porque no se necesitaron o porque no se pudieron financiar. Sin embargo, no se cuenta con información sobre necesidad y uso de servicios de salud actualizada que permita indagar sobre la presencia de estas situaciones. A su vez, el gasto contemplado es solo el gasto en salud, excluyendo los costos indirectos como el costo de traslado al establecimiento de salud o el lucro cesante. Por otro lado, la información

es de corte transversal, lo que no permite evaluar otras estrategias que tienen las familias para enfrentar shocks en salud como, por ejemplo, endeudamiento, uso de ahorros o venta de activos. Complementariamente, las ENGHo no cuentan con datos sobre el estado de salud de los adultos mayores del hogar, salvo la presencia de discapacidad en la ENGHo 2017/18, lo que limita las conclusiones obtenidas.

Otra limitación es que los datos de gasto en salud de los hogares, disponibles actualmente, no se extienden más allá del 2018, quedando por fuera del análisis los efectos que pudo tener la pandemia de COVID-19 en la protección financiera de la población, en particular en el grupo de mayores de 65 años que fue identificado como uno de los grupos de mayor riesgo. Asimismo, la coyuntura macroeconómica del país de los últimos años ha afectado el desempeño del sistema de salud repercutiendo en reducción de prestaciones, reclamos de pagos adicionales y sobrecarga del subsistema público que podrían haber afectado los logros alcanzados en términos de protección financiera.

Los resultados y análisis expuestos en este trabajo pretenden aportar información relevante para la gestión sanitaria y el diseño de políticas públicas que promuevan la reducción de las barreras de acceso a los servicios de salud. En particular, se ha identificado que, si bien hubo mejoras en la protección financiera, aún la incidencia del gasto de bolsillo es alta para los hogares con al menos un mayor de 65 años, explicada fundamentalmente por la relevancia del gasto en medicamentos. A su vez, los esquemas de cobertura formal de salud, como el PAMI, no necesariamente elimina los riesgos de exponer a las familias a situaciones de vulnerabilidad financiera. En este sentido, políticas públicas que busquen ampliar el acceso a bienes y servicios de salud, en particular a medicamentos, podrían continuar mejorando los resultados obtenidos en protección financiera.

7. Referencias bibliográficas

- Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(5), 1631-1640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>
- Apella, I., & Rofman, R. (2019). *El sistema previsional argentino en una encrucijada*. Banco Mundial.

- Apella, I. (2009). Gasto de bolsillo en salud e impacto financiero sobre los adultos mayores en Argentina. *Anales de la Asociación Argentina de Economía Política, XLIV reunión anual*. Consultado el 15/02/2023 en: <https://docplayer.es/1222768-Xliv-reunion-anual-noviembre-de-2009-gasto-de-bolsillo-en-salud-e-impacto-financiero-sobre-los-adultos-mayores-en-argentina.html>
- Arsenijevic, J., Pavlova, M., Rechel, B., & Groot, W. (2016). Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. *PLoS one, 11*(7), e0157765. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157765>
- Azzani, M., Roslani, A. C., & Su, T. T. (2019). Determinants of Household Catastrophic Health Expenditure: A Systematic Review. *The Malaysian journal of medical sciences: MJMS, 26*(1), 15–43. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.1.3>
- Baeza C. & Packard T. (2006). *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. World Bank.
- Bähler, C., Huber, C. A., Brüngger, B., & Reich, O. (2015). Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. *BMC health services research, 15*, 23. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-0698-2>
- Banco Mundial (2017). *Argentina: Hacia una cobertura universal de salud. Desafíos y oportunidades*. Serie de informes técnicos del Banco Mundial en Argentina, Paraguay y Uruguay N° 12. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/757821516810031078/argentina-towards-universal-health-coverage-challenges-and-opportunities>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G. M. E. E., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S. (2016). The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet (London, England), 387*(10033), 2145–2154. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00516-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00516-4)
- Berki S. E. (1986). A look at catastrophic medical expenses and the poor. *Health affairs (Project Hope), 5*(4), 138–145. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.5.4.138>
- Bernardes, G. M., Saulo, H., Fernandez, R. N., Lima-Costa, M. F., & Andrade, F. B. (2020). Catastrophic health expenditure and multimorbidity among older adults in Brazil. *Revista de saude publica, 54*, 125. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054002285>

- Bitran, R. & Muñoz, R. (2012). Health Financing and Household Health Expenditure in Chile. En Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas (Eds.). *Financing Health in Latin America. Volume 1: Household Spending and Impoverishment*. (pp 129-151). Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation & International Development Research Centre.
- Bredenkamp, C., Mendola, M., & Gragnolati, M. (2011). Catastrophic and impoverishing effects of health expenditure: new evidence from the Western Balkans. *Health policy and planning*, 26(4), 349–356. <https://doi.org/10.1093/heapol/czq070>
- Cavagnero, E.; Carrin, G.; Xu, K; & Aguilar Rivera, A.M. (2006). *Health financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure*. Discussion Paper N°5/2006. World Health Organization.
- Cid, C., Flores, G., Del Riego, A., & Fitzgerald, J. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Revista panamericana de salud pública-Pan American journal of public health*, 45, e95. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) (2013). *Panorama Social de América Latina*. (pp 195-221). <https://www.cepal.org/es/publicaciones/35904-panorama-social-america-latina-2013>.
- Essue, B. M., Laba, M., Knaul, F., Chu, A., Minh, H. V., Nguyen, T. K. P., & Jan, S. (2017). Economic Burden of Chronic Ill Health and Injuries for Households in Low- and Middle-Income Countries. In D. T. Jamison (Eds.) et. al., *Disease Control Priorities: Improving Health and Reducing Poverty*. (3rd ed.). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Fan, L., Hou, X. Y., Liu, Y., Chen, S., Wang, Q., & Du, W. (2021). Catastrophic Health Expenditure Associated with Frailty in Community-Dwelling Chinese Older Adults: A Prospective Cohort Analysis. *Frontiers in public health*, 9, 718910. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.718910>
- Flores, G., Krishnakumar, J., O'Donnell, O., & van Doorslaer, E. (2008). Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty. *Health economics*, 17(12), 1393–1412. <https://doi.org/10.1002/hec.1338>
- Granados-Martínez, A., & Nava-Bolaños, I. (2019). Gastos catastróficos por motivos de salud y hogares con personas mayores en México. *Papeles de Población*, 25(99), 113-141. <https://doi.org/10.22185/24487147.2019.99.05>

- Gilardino, R. E., Valanzasca, P., & Rifkin, S. B. (2022). Has Latin America achieved universal health coverage yet? Lessons from four countries. *Archives of public health = Archives belges de sante publique*, 80(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s13690-022-00793-7>
- Grushka, C. (2014). Panorama demográfico en Argentina. En Gragnolati, M., Rofman, R., Apella, I., & Troiano, S. (Eds.), *Los años no vienen solos. Oportunidades y desafíos económicos de la transición demográfica en Argentina*. (pp55-90). Banco Mundial.
- Gwatidzo, S. D., & Stewart Williams, J. (2017). Diabetes mellitus medication use and catastrophic healthcare expenditure among adults aged 50+ years in China and India: results from the WHO study on global AGEing and adult health (SAGE). *BMC geriatrics*, 17(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0408-x>
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Santero, M., Prado-Galbarro, F. J., & Rosselli, Diego. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre condiciones de vida y pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 35(3), 390-399. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2018.353.3815>
- Hsu, J., Flores, G., Evans, D., Mills, A., & Hanson, K. (2018). Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *International journal for equity in health*, 17(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0749-5>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2023). Valores de la canasta básica de alimentos (CBA) y de la canasta básica total (CBT) para el adulto equivalente, en cada relevamiento de la EPH en el GBA. Consultado el 12/11/2023 en <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Institucional-Indec-InformacionDeArchivo-2>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019a). *4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo. Resultados definitivos*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018. Informe de gastos*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2019c). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2018*. Condiciones de vida. Vol. 3, n° 4. Informes Técnicos. Vol. 3, n° 59.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018a). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Primer semestre de 2018*. Condiciones de vida. Vol. 2, n° 12. Informes Técnicos. Vol. 2, n° 188.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2018b). *Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos. Segundo semestre de 2017*. Condiciones de vida. Vol. 2, n° 4. Informes Técnicos. Vol. 2, n° 63.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2016). *La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina. Metodología INDEC N° 22*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2013). *Estimaciones y proyecciones de población 2010-2040: total del país*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2006) *Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos. Resultados semestrales: 2° semestre año 2005*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2005a) *Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos. Resultados semestrales: 1° semestre año 2005*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2005b). *Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos. Resultados semestrales: 2° semestre año 2004*.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2002). *Incidencia de la pobreza en los aglomerados urbanos. Mayo 2021*.
- Kim, N., & Jacobson, M. (2022). Comparison of catastrophic out-of-pocket medical expenditure among older adults in the United States and South Korea: what affects the apparent difference?. *BMC health services research*, 22(1), 1202. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08575-1>
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., & Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET) (2012). Household Catastrophic Health Expenditures. A Comparative Analysis of Twelve Latin American and Caribbean Countries. En Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas (Eds.). *Financing Health in Latin America. Volume 1: Household Spending and Impoverishment*. (pp 51-79). Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation & International Development Research Centre.
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., & Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean (LANET) (2011). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud publica de Mexico*, 53 Suppl 2, s85–s95.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., Miranda, M., & Sesma, S. (2007). Las evidencias benefician al sistema de

salud: reforma para remediar el gasto catastrófico y empobrecedor en salud en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 1), s70-s87.

- Knaul F.M., Arreola-Ornelas H., Méndez-Carniado O., & Torres A.C. (2007). Impoverishing and catastrophic household health spending among families with older adults in Mexico: A health reform priority. En Angel, J.L. & Whitfield, K.E. (Eds.). *The Health of Aging Hispanics: The Mexican-Origin* (pp 237–262). Springer Publishing.
- Knaul, F. M., Arreola-Ornelas, H., Méndez-Carniado, O., Bryson-Cahn, C., Barofsky, J., Maguire, R., Miranda, M., & Sesma, S. (2006). Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. *Lancet (London, England)*, 368(9549), 1828–1841. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69565-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69565-2)
- Knaul, F.M., Arreola-Ornelas, H., & Méndez, Oscar. (2005). Protección financiera en salud: México, 1992 a 2004. *Salud Pública de México*, 47(6), 430-439.
- Maceira D. (2018). Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino. El Papel de la Seguridad Social. *Documentos de Trabajo CEDES* 142/2018.
- Maceira, D. & Reynoso, A. (2012). Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Argentina, 1997-2005. En Knaul, F., Wong, R. & Arreola-Ornelas (Eds.). *Financing Health in Latin America. Volume 1: Household Spending and Impoverishment*. (pp 82-107). Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation & International Development Research Centre.
- Medici, A. (2011). How age influences the demand for health care in Latin America. En Cotlear, D. (Ed.), *Population aging: Is Latin America Ready?* (pp. 135-189). World Bank.
- Ministerio de Salud. (2023). *Coberturas de Salud en Argentina. Año 2022*.
- Ministerio de Salud. (2021). *Gasto de los hogares en salud. Agosto 2021*.
- Naciones Unidas (2017). Labor de la Comisión de Estadística en relación con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Resolución aprobada por la Asamblea General el 6 de julio de 2017. Resolución A/RES/71/313 (pp. 7-8)
- O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow, Ma. (2008). *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. (pp 203-220). 10.1596/978-0-8213-6933-3.

- OECD, Eurostat & WHO (2017). *A System of Health Accounts 2011. Revised edition*. OECD Publishing, Paris (pp 178). <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
- OPS (2021). *La protección financiera de la salud en la Región de las Américas. Métodos para medir el gasto catastrófico y empobrecedor*. <https://doi.org/10.37774/9789275323823>
- Palladino, R., Tayu Lee, J., Ashworth, M., Triassi, M., & Millett, C. (2016). Associations between multimorbidity, healthcare utilisation and health status: evidence from 16 European countries. *Age and ageing*, 45(3), 431–435. <https://doi.org/10.1093/ageing/afw044>
- Peticara M. (2008). Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales N° 141*. CEPAL División de Desarrollo Social.
- PNUD (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros*. portes para el desarrollo Humano en Argentina 2011, no. 6.
- Quintal, C. (2019). Evolution of catastrophic health expenditure in a high income country: incidence versus inequalities. *Int J Equity Health* 18(1):145. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1044-9>
- Rofman R. & Apella I. (2021). *Cuando tengamos sesenta y cuatro. Oportunidades y desafíos para la política pública en un contexto de envejecimiento poblacional en América Latina y el Caribe*. El desarrollo internacional bajo la lupa. Washington, DC: Banco Mundial. doi: [10.1596/978-1-4648-1690-1](https://doi.org/10.1596/978-1-4648-1690-1)
- Valtorta, N. K., & Hanratty, B. (2013). Socioeconomic variation in the financial consequences of ill health for older people with chronic diseases: a systematic review. *Maturitas*, 74(4), 313–333. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2013.01.015>.
- van Doorslaer, E., O'Donnell, O., Rannan-Eliya, R. P., Somanathan, A., Adhikari, S. R., Garg, C. C., Harbianto, D., Herrin, A. N., Huq, M. N., Ibragimova, S., Karan, A., Ng, C. W., Pande, B. R., Racelis, R., Tao, S., Tin, K., Tisayaticom, K., Trisnantoro, L., Vasavid, C., & Zhao, Y. (2006). Effect of payments for health care on poverty estimates in 11 countries in Asia: an analysis of household survey data. *Lancet (London, England)*, 368(9544), 1357–1364. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(06\)69560-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)69560-3)
- Varco, M. J., Campodónico, I.M., de los Reyes, L., Laurenza, M., & Levcovich, Mónica. (2022). Gasto Catastrófico y Empobrecedor en Salud: un estudio para Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14:e71.

- Virdis, J.M., Elorza, M.E., Del Bianco, F. (2022). Financial Protection from Health Care Spending in Argentina: Evolution and Distribution (1985-2018). *Estudios de Economía Aplicada*, 40(2), 1-17. <https://doi.org/10.25115/eea.v40i2.7147>
- Wagstaff A. (2019). Measuring catastrophic medical expenditures: Reflections on three issues. *Health economics*, 28(6), 765–781. <https://doi.org/10.1002/hec.3881>
- Wagstaff A. (2008). Measuring Financial Protection in Health. *World Bank Policy Research Working Paper No. 4554*. World Bank.
- Wagstaff, A., Dmytraczenko, T., Almeida, G., Buisman, L., Eozenou, P., Bredenkamp, C., Cercone, J., Díaz, Y., Maceira, D., Molina, S., Paraje, G., Ruiz, F., Sarti, F., Scott, J., Valdivia, M., & Werneck, H. (2015). Assessing Latin America's Progress Toward Achieving Universal Health Coverage. *Health Affairs*. 34. 1704-1712. [10.1377/hlthaff.2014.1453](https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.1453).
- Wagstaff, A., Flores, G., Smitz, M. F., Hsu, J., Chepynoga, K., & Eozenou, P. (2018). Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global health*, 6(2), e180–e192. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30486-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30486-2)
- Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health economics*, 12(11), 921–934. <https://doi.org/10.1002/hec.776>
- Wagstaff, A., & Neelsen, S. (2020). A comprehensive assessment of universal health coverage in 111 countries: a retrospective observational study. *The Lancet. Global health*, 8(1), e39–e49. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30463-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30463-2)
- World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development (2021). *Global monitoring report on financial protection in health 2021*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040953>
- World Health Organization and the International Bank for Reconstruction and Development (2020). *Global monitoring report on financial protection in health 2019*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003958>
- World Health Organization (2018). *Public Spending on Health: A Closer Look at Global Trends*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-HGF-HFWorkingPaper-18.3>
- World Health Organization (2010). *The World Health Report 2010: Health Systems Financing; the path to universal coverage*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564021>

- World Health Organization (2000). *The World Health Report 2000: Health Systems; improving performance*. <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>
- Wyszewianski L. (1986). Financially catastrophic and high-cost cases: definitions, distinctions, and their implications for policy formulation. *Inquiry : a journal of medical care organization, provision and financing*, 23(4), 382–394.
- Xu, X., & Yang, H. (2022). Does Elderly Chronic Disease Hinder the Sustainability of Borderline Poor Families' Wellbeing: An Investigation From Catastrophic Health Expenditure in China. *International journal of public health*, 67, 1605030. <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605030>
- Xu, K., Saksena, P., Jowett, M., Indikadahena, C., Kutzin, J. & Evans, D. (2010). Exploring the thresholds of health expenditure for protection against financial risk. *World Health Report (2010) Background Paper, No 19*. World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting households from catastrophic health spending. *Health affairs (Project Hope)*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>
- Xu, K. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M. (2005). Designing Health Financing Systems to Reduce Catastrophic Health Expenditure. *Technical briefs for policy-makers*. N° 2. World Health Organization.
- Xu, K., Evans, D. B., Kawabata, K., Zeram dini, R., Klavus, J., & Murray, C. J. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet (London, England)*, 362(9378), 111–117. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)13861-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)13861-5)
- Xu, K, Klavus, J., Kawabata, K., Evans, D., Hanvoravongchai, P., Ortiz, J.P., Zeram dini, R., & Murray, C. (2003). Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges. En Murray, C & Evans, D. (Eds.) *Health systems performance assessment: debates, methods, and empiricism* (pp. 533-542). World Health Organization.

8. Anexos

Tabla A. 1. Distribución de hogares según la presencia de mayores de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Hogares	Período			
	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Sin mayores de 65 años	74.3%	73.5%	74.5%	72.5%
Con mayores de 65 años	25.7%	26.5%	25.5%	27.5%
<i>Con uno</i>	18.1%	18.6%	18.0%	19.0%
<i>Con dos o más</i>	7.6%	7.9%	7.5%	8.5%
Todos sus miembros mayores de 65 años	11.0%	11.9%	12.2%	12.9%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 2. Participación del gasto en salud en el gasto y el ingreso total de los hogares. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Hogares	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Gasto en salud en el gasto total del hogar (%)				
Con al menos un mayor de 65 años	13.5%	13.7%	9.3%	11.1%
Sin mayores de 65 años	7.0%	5.8%	4.7%	5.1%
<i>Total de hogares</i>	8.4%	7.5%	5.6%	6.4%
Gasto en salud en el ingreso total del hogar (%)				
Con al menos un mayor de 65 años	10.2%	11.1%	6.6%	7.3%
Sin mayores de 65 años	5.7%	5.1%	4.1%	4.1%
<i>Total de hogares</i>	6.7%	6.5%	4.7%	4.9%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 3. Composición del gasto total de salud de los hogares, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Tipo de gastos	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
Medicamentos	49.0%	52.5%	43.0%	38.0%
Consultas ambulatorias	15.0%	16.7%	24.5%	20.5%
Internación	3.0%	2.3%	1.8%	1.9%
Dispositivos médicos	4.7%	4.1%	5.5%	4.1%
Afiliación	28.2%	24.4%	25.2%	35.5%
Hogares sin mayores de 65 años				
Medicamentos	43.8%	46.1%	39.7%	32.1%
Consultas ambulatorias	17.1%	20.4%	28.0%	25.1%
Internación	3.4%	2.3%	1.8%	1.8%
Dispositivos médicos	5.1%	4.8%	6.4%	5.0%
Afiliación	30.6%	26.5%	24.0%	36.0%
Hogares con al menos un mayor de 65 años				
Medicamentos	58.9%	62.2%	49.7%	47.3%
Consultas ambulatorias	11.1%	11.0%	17.1%	13.3%
Internación	2.2%	2.3%	1.7%	1.9%
Dispositivos médicos	4.0%	3.2%	3.5%	2.7%
Afiliación	23.8%	21.2%	27.8%	34.8%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

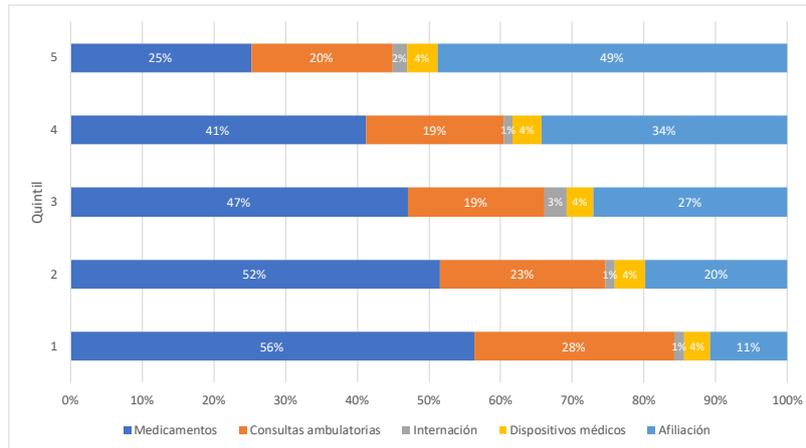
Tabla A. 4. Distribución del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y gasto en afiliación, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Tipo de gastos	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
Gasto de bolsillo	71.8%	75.6%	74.8%	64.5%
Afiliación	28.2%	24.4%	25.2%	35.5%
Hogares sin mayores de 65 años				
Gasto de bolsillo	69.4%	73.5%	76.0%	64.0%
Afiliación	30.6%	26.5%	24.0%	36.0%
Hogares con al menos un mayor de 65 años				
Gasto de bolsillo	76.2%	78.8%	72.2%	65.2%
Afiliación	23.8%	21.2%	27.8%	34.8%

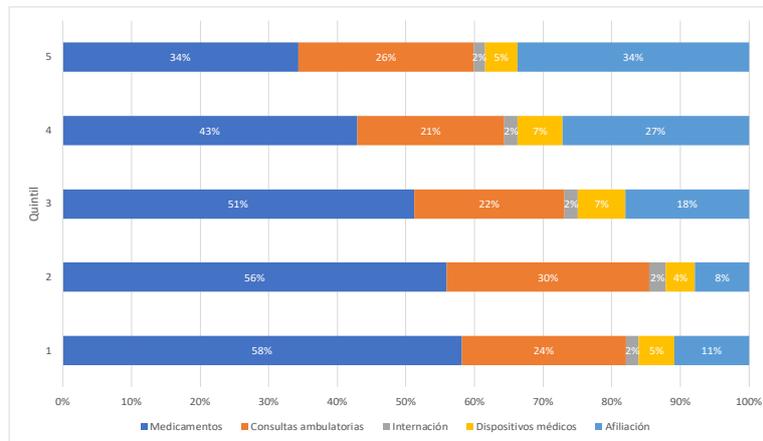
Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Gráfico A. 1. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

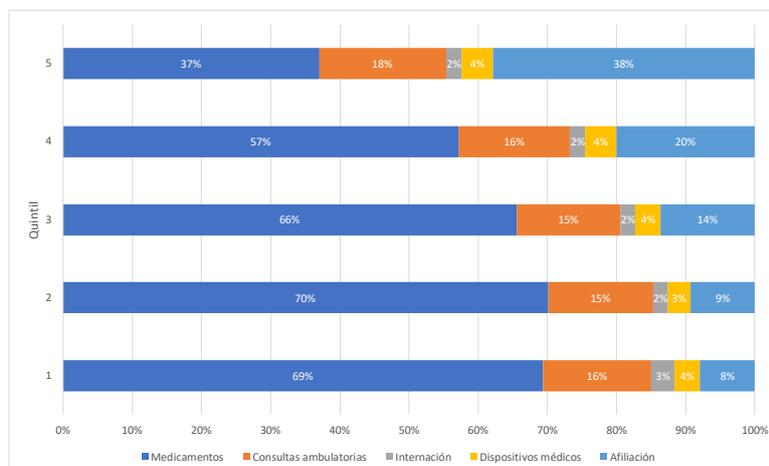
2017/18



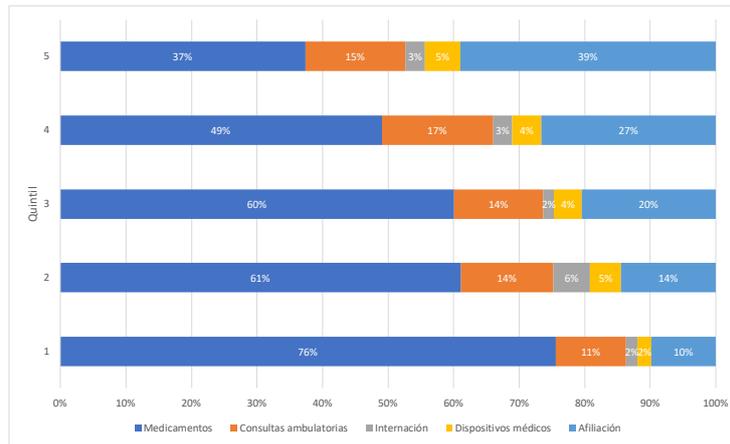
2012/13



2004/05



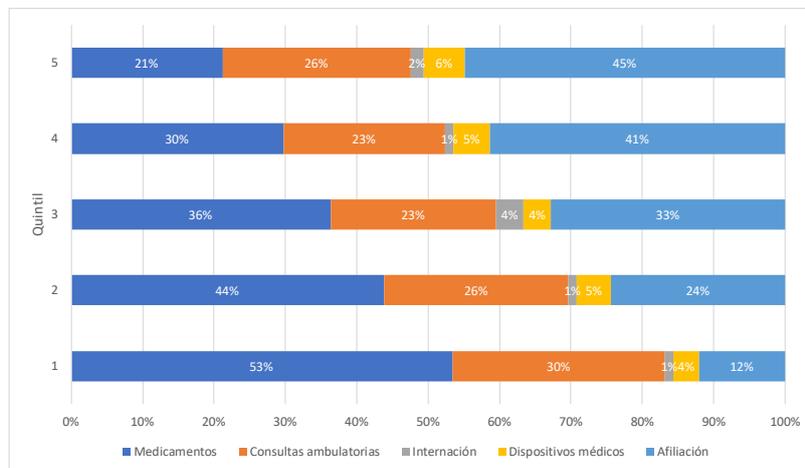
1996/97



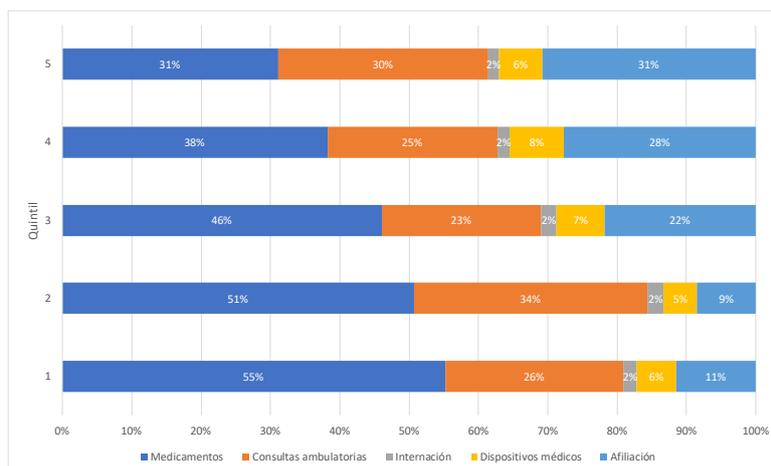
Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Gráfico A. 2. Composición del gasto en salud de los hogares, según quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares sin mayores. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

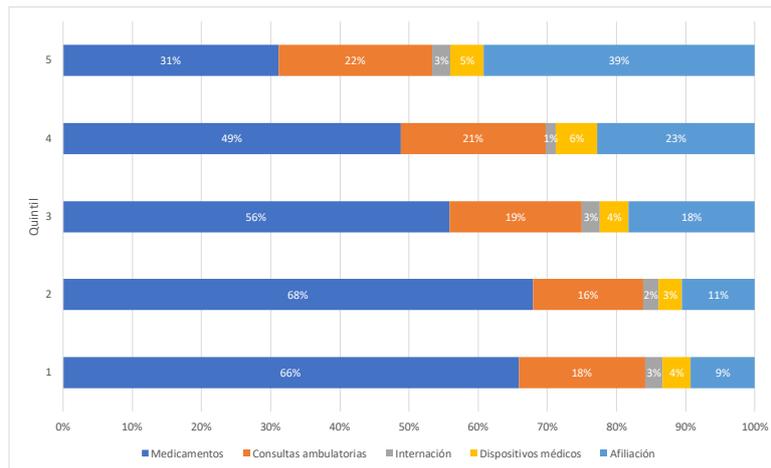
2017/18



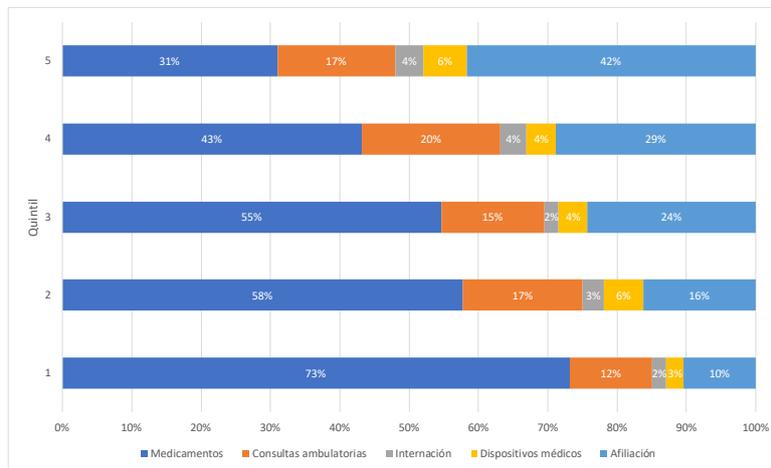
2012/13



2004/05



1996/97



Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 5. Participación del gasto de bolsillo en el gasto total en salud del hogar por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Quintiles	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
1	90.2%	92.0%	89.1%	89.2%
2	85.6%	90.7%	92.2%	80.2%
3	79.6%	86.4%	82.0%	72.9%
4	73.4%	80.0%	72.8%	65.7%
5	61.0%	62.1%	66.3%	51.2%
Total	71.8%	75.6%	74.8%	64.5%
Hogares <i>sin</i> mayores de 65 años				
1	89.6%	90.7%	88.5%	87.9%
2	83.8%	89.4%	91.5%	75.6%
3	75.7%	81.8%	78.2%	67.2%
4	71.2%	77.2%	72.3%	58.6%
5	58.3%	60.8%	69.2%	55.1%
Total	69.4%	73.5%	76.0%	64.0%
Hogares <i>con</i> al menos un mayor de 65 años				
1	95.7%	95.7%	93.0%	94.2%
2	92.8%	92.8%	95.0%	91.8%
3	91.9%	91.9%	88.6%	81.3%
4	83.8%	83.8%	73.7%	77.2%
5	64.1%	64.1%	61.4%	46.5%
Total	78.8%	78.8%	72.2%	65.2%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 6. Participación del gasto de bolsillo en el ingreso total del hogar por quintil de ingreso per cápita, en porcentajes. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Quintiles	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
1	5.8%	5.3%	4.6%	4.1%
2	7.2%	5.8%	4.5%	3.4%
3	7.0%	6.4%	3.5%	3.6%
4	7.8%	5.6%	3.4%	3.4%
5	6.1%	3.8%	3.2%	2.6%
Total	6.7%	4.9%	3.5%	3.2%
Hogares <i>sin</i> mayores de 65 años				
1	4.5%	4.5%	4.4%	3.8%
2	4.9%	4.6%	4.3%	3.0%
3	4.4%	4.5%	2.9%	2.7%
4	4.8%	4.2%	3.0%	2.6%
5	3.0%	3.0%	2.7%	2.1%
Total	3.9%	3.8%	3.1%	2.6%
Hogares <i>con</i> al menos un mayor de 65 años				
1	10.1%	10.4%	5.9%	6.2%
2	10.8%	10.7%	5.6%	4.7%
3	9.6%	12.1%	5.0%	5.5%
4	8.5%	9.9%	4.4%	5.7%
5	6.0%	6.3%	4.6%	3.8%
Total	7.8%	8.7%	4.8%	4.8%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 7. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Umbrales	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
5%	27.6%	24.8%	21.2%	21.2%
10%	18.0%	15.2%	11.3%	11.4%
15%	12.4%	10.3%	6.8%	7.0%
20%	9.0%	7.2%	4.4%	4.7%
25%	6.5%	5.4%	3.0%	3.3%
Hogares <i>sin</i> mayores de 65 años				
5%	23.3%	20.2%	18.3%	17.2%
10%	13.7%	10.8%	8.7%	7.9%
15%	8.6%	6.2%	4.7%	4.2%
20%	5.7%	3.7%	2.7%	2.5%
25%	3.9%	2.4%	1.7%	1.7%
Hogares <i>con</i> al menos un mayor de 65 años				
5%	40.1%	37.6%	29.7%	31.6%
10%	30.3%	27.8%	18.9%	20.7%
15%	23.4%	21.6%	12.9%	14.4%
20%	18.6%	17.2%	9.3%	10.5%
25%	14.1%	13.7%	6.7%	7.6%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 8. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Umbrales	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
25%	12.4%	9.8%	6.8%	5.7%
30%	9.9%	7.6%	5.2%	4.4%
35%	8.2%	6.1%	3.8%	3.2%
40%	6.6%	5.0%	3.0%	2.5%
Hogares <i>sin</i> mayores de 65 años				
25%	8.5%	5.6%	4.7%	3.0%
30%	6.4%	3.9%	3.3%	2.2%
35%	5.0%	2.9%	2.2%	1.6%
40%	3.7%	2.2%	1.6%	1.1%
Hogares <i>con</i> al menos un mayor de 65 años				
25%	23.5%	21.3%	13.2%	12.7%
30%	20.0%	18.0%	10.8%	10.1%
35%	17.4%	15.1%	8.3%	7.4%
40%	14.7%	12.8%	7.1%	6.0%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 9 .Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto total del hogar y un umbral del 15%. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Período 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18.

Quintiles	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
1	7.6%	6.2%	4.4%	5.4%
2	13.0%	9.4%	5.9%	6.7%
3	14.2%	13.1%	7.9%	8.3%
4	15.4%	11.8%	7.6%	8.2%
5	12.0%	10.9%	7.4%	6.6%
Total	12.4%	10.3%	6.8%	7.0%
Hogares sin mayores de 65 años				
1	6.2%	4.6%	4.0%	4.4%
2	9.3%	6.3%	4.6%	4.6%
3	9.7%	7.1%	4.1%	4.5%
4	10.9%	6.6%	5.5%	3.9%
5	7.6%	6.7%	5.3%	3.5%
Total	8.6%	6.2%	4.7%	4.2%
Hogares con al menos un mayor de 65 años				
1	15.2%	14.5%	8.8%	11.7%
2	23.4%	18.9%	12.0%	12.7%
3	24.9%	24.7%	14.8%	14.9%
4	25.8%	23.4%	12.1%	16.8%
5	23.7%	22.1%	13.2%	13.7%
Total	23.4%	21.6%	12.9%	14.4%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 10 Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud, usando como denominador el gasto no discrecional del hogar y un umbral del 30%. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2012/13-2017/18

Quintiles	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
Total de Hogares				
1	7.4%	5.7%	3.8%	3.7%
2	11.8%	7.8%	5.1%	4.5%
3	11.7%	10.4%	6.6%	5.1%
4	11.3%	8.5%	5.2%	5.0%
5	7.3%	5.8%	4.9%	3.8%
Total	9.9%	7.6%	5.2%	4.4%
Hogares sin mayores de 65 años				
1	5.9%	4.1%	3.4%	3.0%
2	7.7%	4.7%	3.9%	2.5%
3	7.0%	4.5%	2.9%	1.9%
4	7.5%	4.0%	3.1%	1.8%
5	4.2%	2.4%	3.1%	1.7%
Total	6.4%	3.9%	3.3%	2.2%
Hogares con al menos un mayor de 65 años				
1	15.8%	14.3%	7.6%	8.0%
2	23.1%	17.3%	10.4%	10.2%
3	23.1%	21.9%	13.6%	10.7%
4	20.2%	18.7%	9.7%	11.4%
5	15.6%	15.1%	9.6%	8.6%
Total	20.0%	18.0%	10.8%	10.1%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18

Tabla A. 11. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia y la línea de pobreza, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18

Gasto empobrecedor	1996/97	2004/05	2017/18
Total de Hogares			
Línea de indigencia	1.7%	2.1%	1.0%
Línea de Pobreza	2.9%	3.2%	1.6%
Hogares sin mayores de 65 años			
Línea de indigencia	1.2%	1.4%	0.9%
Línea de Pobreza	2.0%	2.1%	1.3%
Hogares con al menos un mayor de 65 años			
Línea de indigencia	3.2%	4.0%	1.2%
Línea de Pobreza	5.4%	6.4%	2.3%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

Tabla A. 12. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de indigencia por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18

Quintiles	1996/97	2004/05	2017/18
Total de Hogares			
1	4.5%	4.6%	3.3%
2	2.1%	2.6%	0.7%
3	1.0%	2.2%	0.5%
4	0.6%	0.8%	0.3%
5	0.2%	0.3%	0.1%
Total	1.7%	2.1%	1.0%
Hogares con al menos un mayor de 65 años			
1	9.3%	7.7%	5.6%
2	5.0%	5.5%	1.0%
3	2.5%	5.6%	1.1%
4	1.5%	2.0%	0.8%
5	0.5%	0.9%	0.2%
Total	3.2%	4.0%	1.2%
Hogares sin mayores de 65 años			
1	3.6%	4.0%	3.0%
2	1.1%	1.6%	0.6%
3	0.4%	0.5%	0.2%
4	0.2%	0.3%	0.0%
5	0.1%	0.2%	0.1%
Total	1.2%	1.4%	0.9%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

Tabla A. 13. Porcentaje de hogares con gasto empobrecedor en salud, usando la línea de pobreza por quintil de ingreso per cápita familiar, en porcentaje. Total de hogares, hogares sin mayores de 65 años y con al menos un mayor de 65 años. Períodos 1996/97-2004/05-2017/18

Quintiles	1996/97	2004/05	2017/18
Total de Hogares			
1	3.0%	0.9%	1.4%
2	7.8%	9.4%	4.6%
3	2.2%	4.0%	1.3%
4	1.2%	1.3%	0.4%
5	0.2%	0.4%	0.2%
Total	2.9%	3.2%	1.6%
Hogares con al menos un mayor de 65 años			
1	7.0%	1.8%	2.9%
2	13.5%	15.9%	5.7%
3	4.2%	8.9%	2.6%
4	3.0%	3.0%	0.9%
5	0.6%	1.1%	0.3%
Total	5.4%	6.4%	2.3%
Hogares sin mayores de 65 años			
1	2.3%	0.8%	1.2%
2	5.7%	7.3%	4.3%
3	1.3%	1.5%	0.6%
4	0.4%	0.5%	0.1%
5	0.1%	0.2%	0.1%
Total	2.0%	2.1%	1.3%

Fuente: elaboración propia en base a las ENGHo 1996/97, 2004/05, y 2017/18 e información de líneas de pobreza e indigencia publicadas por INDEC.

Tabla A. 14. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Efectos marginales de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores (dy/dx). Período 2017/18.

Variables	Variables dependientes			
	GCS-GT 15%	GCS-GND 30%	GES-LI	GES-LP
Conformación del hogar				
Cantidad de miembros del hogar	-0.011** (0.005)	-0.007 (0.004)	-0.003* (0.001)	-0.005** (0.002)
Proporción de mayores de 65	0.049** (0.024)	0.060*** (0.020)	-0.002 (0.007)	0.001 (0.010)
Proporción de menores de 5	-0.144 (0.116)	-0.025 (0.091)	-0.010 (0.025)	0.044 (0.032)
Características económicas del hogar				
Quintil de ingreso per cápita 2	0.001 (0.021)	-0.003 (0.017)	-0.014*** (0.004)	0.021*** (0.007)
Quintil de ingreso per cápita 3	0.014 (0.020)	-0.003 (0.016)	-0.023*** (0.005)	-0.001 (0.008)
Quintil de ingreso per cápita 4	0.016 (0.020)	-0.001 (0.016)	-0.026*** (0.005)	-0.024*** (0.009)
Quintil de ingreso per cápita 5	-0.004 (0.021)	-0.018 (0.017)	-0.032*** (0.007)	-0.044*** (0.012)
Características del jefe de hogar (JH)				
JH desocupado	-0.015 (0.044)	-0.007 (0.037)	-0.005 (0.011)	-0.007 (0.016)
JH inactivo	0.004 (0.012)	0.007 (0.010)	0.001 (0.004)	0.001 (0.005)
JH mujer	0.021** (0.009)	0.018** (0.008)	0.003 (0.003)	0.007* (0.004)
JH con educación primaria completa	0.031** (0.012)	0.017* (0.010)	-0.022 (0.003)	-0.002 (0.005)
JH con educación secundaria completa	0.019 (0.014)	-0.006 (0.012)	-0.002 (0.003)	0.007 (0.005)
Características del adulto mayor (AM) del hogar				
AM con cobertura del PAMI	0.011 (0.014)	0.002 (0.012)	-0.001 (0.004)	-0.005 (0.006)
AM con cobertura de obra social distinta al PAMI	0.026* (0.014)	0.027** (0.012)	0.001 (0.004)	0.004 (0.006)
AM con cobertura de un seguro voluntario (prepaga)	-0.021 (0.019)	-0.021 (0.017)	-0.001 (0.006)	-0.010 (0.010)
AM con discapacidad	0.047*** (0.009)	0.042*** (0.008)	0.006** (0.003)	0.015*** (0.004)
Observaciones	5,811	5,811	5,811	5,811

Fuente: elaboración propia en base a la ENGHo 2017/18

Notas:

- Variables dependientes: (i) GCS-GT 15%: gasto catastrófico si el porcentaje de gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar es mayor al 15%, (ii) GCS-GND 30% gasto catastrófico si el gasto de bolsillo en relación al gasto no discrecional del hogar (gasto total menos gasto en alimentos), es mayor al 30%, (iii) GES-LI, gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de indigencia, (iv) GES-LP gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de pobreza.
- Desvió estándar entre paréntesis
- Parámetros expresados como efectos marginales (dy/dx)
- *P<0.1; **P<0.05; ***P<0.01

Tabla A. 15. Modelo Logit para hogares con al menos un mayor de 65 años. Coeficientes estimados de la probabilidad de incurrir en gastos catastróficos o empobrecedores. Período 2017/18.

Variables	Variables dependientes			
	GCS-GT 15%	GCS-GND 30%	GES-LI	GES-LP
Conformación del hogar				
Cantidad de miembros del hogar	-0.095** (0.045)	-0.081 (0.055)	-0.284* (0.146)	-0.235** (0.104)
Proporción de mayores de 65	0.409** (0.203)	0.726*** (0.246)	-0.235 (0.694)	0.066 (0.477)
Proporción de menores de 5	-1.211 (0.977)	-0.301 (1.109)	-1.020 (2.521)	2.095 (1.504)
Características económicas del hogar				
Quintil de ingreso per cápita 2	0.008 (0.178)	-0.031 (0.207)	-1.475*** (0.352)	1.011*** (0.339)
Quintil de ingreso per cápita 3	0.114 (0.170)	-0.035 (0.199)	-2.362*** (0.412)	-0.061 (0.362)
Quintil de ingreso per cápita 4	0.138 (0.170)	-0.013 (0.198)	-2.635*** (0.434)	-1.151*** (0.415)
Quintil de ingreso per cápita 5	-0.038 (0.179)	-0.222 (0.212)	-3.230*** (0.581)	-2.085*** (0.534)
Características del jefe de hogar (JH)				
JH desocupado	-0.125 (0.369)	-0.081 (0.444)	-0.460 (1.070)	-0.334 (0.761)
JH inactivo	0.038 (0.102)	0.086 (0.127)	0.056 (0.374)	0.064 (0.255)
JH mujer	0.180** (0.079)	0.221** (0.095)	0.310 (0.281)	0.331* (0.190)
JH con educación primaria completa	0.258** (0.104)	0.203* (0.121)	-0.154 (0.321)	-0.102 (0.228)
JH con educación secundaria completa	0.156 (0.117)	-0.075 (0.140)	-0.216 (0.389)	0.343 (0.253)
Características del adulto mayor (AM) del hogar				
AM con cobertura del PAMI	0.094 (0.120)	0.026 (0.143)	-0.051 (0.407)	-0.221 (0.289)
AM con cobertura de obra social distinta al PAMI	0.217* (0.119)	0.327** (0.142)	0.146 (0.446)	0.174 (0.300)
AM con cobertura de un seguro voluntario (prepaga)	-0.177 (0.159)	-0.252 (0.201)	-0.132 (0.642)	-0.488 (0.491)
AM con discapacidad	0.395*** (0.079)	0.507*** (0.094)	0.644** (0.270)	0.692*** (0.184)
Constante	-2.469*** (0.311)	-3.080*** (0.373)	-2.202** (0.920)	-3.543*** (0.705)
Observaciones	5,811	5,811	5,811	5,811

Fuente: elaboración propia en base a la ENGHo 2017/18

Notas:

- Variables dependientes: (i) GCS-GT 15%: gasto catastrófico si el porcentaje de gasto de bolsillo con relación al gasto total del hogar es mayor al 15%, (ii) GCS-GND 30% gasto catastrófico si el gasto de bolsillo en relación al gasto no discrecional del hogar (gasto total menos gasto en alimentos), es mayor al 30%, (iii) GES-LI, gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de indigencia, (iv) GES-LP gasto empobrecedor estimado a partir de la línea de pobreza.
- Desvió estándar entre paréntesis
- Parámetros expresados como coeficientes estimados
- *P<0.1; **P<0.05; ***P<0.01