

Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino

El Papel de la Seguridad Social¹

Daniel Maceira²

2018

¹ Este documento es producto del convenio de cooperación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) y la Fundación Preservar Salud, y forma parte de la agenda de investigación que el autor mantiene como Investigador Independiente del CONICET. El autor agradece la colaboración de Natalia Espínola y Valeria Iñarra en la elaboración de este documento. Las opiniones vertidas son de exclusiva responsabilidad del autor y no representan necesariamente las de las instituciones mencionadas. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

² Ph.D. en Economía; Investigador Titular Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES); Investigador Independiente del CONICET; Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires; Miembro del Consejo Ejecutivo de Health Systems Global.

Resumen

El debate sobre las políticas necesarias para alcanzar la cobertura universal en salud en un sistema segmentado de aseguramiento y prestación como el argentino requiere analizar cuáles han sido las consecuencias de este modelo organizacional desde la perspectiva del/la usuaria/o. Para ello se propone un análisis de estática comparada de ocho indicadores clave sobre cobertura y gasto en salud, permitiendo una mirada de conjunto y por subsistema. Ellos son: (i) evolución de la cobertura por quintil de ingresos y por subsistema, (ii) determinantes de la percepción auto-reportada de salud, (iii) probabilidades de acceder al sistema sanitario, por subsistema, (iv) demanda efectiva de cuidados en el sistema sanitario (identificando percepción de necesidad y riesgos de inducción de demanda), (v) utilización del subsistema público por parte de la población con cobertura formal alternativa, como aproximación a la presencia de subsidios cruzados regresivos no planificados, y (vi) percepción acerca de la capacidad del hospital público de resolver las necesidades de salud, testeando la hipótesis sobre los mecanismos de autoselección en la búsqueda de cuidado en las instituciones públicas. Finalmente, el estudio analiza los determinantes del gasto de bolsillo en salud y la presencia de gasto financieramente catastrófico y empobrecedor, y su evolución a lo largo del tiempo, siguiendo la literatura internacional al respecto. La metodología de trabajo descansó en el análisis de seis encuestas de hogares producidas en Argentina: tres Encuestas de Gasto de los Hogares (ENGHo) para los períodos 1997/8, 2004/5 y 2012/3, desarrolladas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), y tres Encuestas de Utilización y Gasto de los Hogares (EUGHSS), generadas por el Ministerio de Salud de la Nación para los años 2003, 2005 y 2010. Acompañando la serie de estadísticas descriptivas de cada uno de los indicadores seleccionados, se estimaron modelos probit para identificar potenciales determinantes los indicadores presentados arriba, calculando posteriormente los coeficientes marginales medidos en la media de cada una de las variables seleccionadas. El análisis se completa con la estimación mediante mínimos cuadrados robustos de la variable “gasto en salud”. Entre los principales resultados se observa un sostenimiento de la cobertura de seguridad social, evolucionando de 58,4% en 1997/8 a 70,9% en 2012/3; un papel protagónico del hospital público para absorber riesgo financiero y epidemiológico, incluso de la población con cobertura formal, variando de 29% en 2003 a más de 38% de su cobertura en 2012; y una reducción del gasto de bolsillo entre quintiles y en el tiempo del 25% del ingreso familiar en los hogares más pobres, donde predominan los desembolsos en medicamentos. La población afectada por niveles de gasto empobrecedor en salud -ajustado por adulto equivalente- también disminuyeron a lo largo del tiempo, pasando del 4,2% de la población total al 0,6% entre 1997/8 y 2012/3.

Índice

1- Introducción	4
2- Marco Teórico	5
3- Preguntas de Investigación y Metodología	6
4- Resultados	8
4.1- Cobertura de Salud	8
4.2- Percepción de Estado de Salud	9
4.3- Enfermedad y Demanda de Atención	11
4.4- Atención Hospitalaria	14
4.5- Gasto de Bolsillo. Estructura y Determinantes	18
4.6- Gasto Financieramente Catastrófico	21
5- Conclusiones	23
6- Referencias	24
Anexo	26

1- Introducción

En un trabajo anterior (Maceira, 2018b) se discutió la estructura del sector salud argentino, su segmentación entre subsistemas, y las características de cada uno de ellos. Dentro de este marco, se observa cómo se ha mantenido, en términos generales, la participación de cada institución en el esquema de financiamiento sectorial a lo largo del tiempo, más allá de ciertos cambios en la intensidad de la inversión de algunas provincias con respecto a otras, y la aparición de un grupo de obras sociales nacionales dentro de aquellas con mayor nivel de afiliación de este subsector.

Se observa la consolidación de las tendencias identificadas en trabajos previos:

- (i) aumento del financiamiento público y de seguridad social sobre el total del gasto en salud del país;
- (ii) creciente protagonismo de los tesoros provinciales y una reducción en la brecha entre provincias, si se toma como denominador del gasto el total de la población de cada jurisdicción;
- (iii) preeminencia del PAMI como institución de seguridad social de amplio alcance a nivel nacional, tanto en términos de población a cargo, como de recursos;
- (iv) consistente relevancia de las Obras Sociales Nacionales en los espacios de protección financiera, y convergencia a la concentración de las instituciones de mayor escala en términos de beneficiarios;
- (v) subsistencia de instituciones de seguridad social de baja escala poblacional, más allá del nivel de recaudación per capita, que resulta altamente disímil entre ellas;
- (vi) creciente cobertura de las Obras Sociales Provinciales, particularmente en jurisdicciones de menor ingreso per cápita relativo;
- (vii) surgimiento de las compañías de Administración de Riesgos del Trabajo (ARTs) como contribuyentes de envergadura en la construcción del gasto en salud;
- (viii) niveles anticíclicos de cobertura de las empresas de medicina prepaga, en el entorno del 8-10% del total del país, concentrada en centros urbanos, y fundamentalmente en Buenos Aires y el conurbano.

Más allá del debate sobre potenciales líneas de intervención futura para alcanzar la cobertura universal en salud, el marco de análisis de protección financiera propone identificar cuáles han sido las consecuencias de este modelo de organización sectorial desde la perspectiva del/la usuario/a.

Para ello, se ha seleccionado una serie de indicadores que dan cuenta de la evolución de la cobertura teórica y efectiva de cada uno de estos subsistemas, y cómo ella ha influido en los niveles de gasto de los hogares.

El documento se concentra en una selección de trazadoras y su seguimiento en el tiempo, a partir de las encuestas de consumo y/o utilización y gasto de los hogares en salud de los últimos años, la cual es precedida por un breve resumen sobre la literatura vinculada con el financiamiento y el gasto en salud.

Posteriormente, se propone una serie de ejercicios econométricos para estimar los determinantes del gasto en salud, del uso de establecimientos públicos como primera fuente de cobertura, y de la valoración del estatus de salud de la población del país. Ello brinda herramientas para el debate sobre logros y desafíos del sistema de salud a futuro.

2- Marco Teórico

Inicialmente, la producción sobre financiamiento del gasto en salud y sus efectos sobre el gasto de bolsillo se originaba en instituciones multilaterales, orientada a identificar las necesidades y las características de la población, en ocasiones directamente orientada a la elaboración de proyectos institucionales de préstamos a países. Ellos continúan proveyendo de fuentes estandarizadas de datos para la comparación de los sistemas de salud entre países y su caracterización.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) por ejemplo, produce publicaciones periódicas informando sobre índices relevantes a la hora de evaluar sistemas (OPS: 2007), y establece perfiles por países con criterios homogéneos para analizar los sistemas de salud (OPS: 1998, y otros). El aporte de los indicadores generados por la OMS, el Banco Mundial (World Development Indicators), y el Banco Interamericano de Desarrollo han sido de constante ayuda para la generación de investigación sobre sistemas y servicios de salud.

Dentro de este espacio de la literatura, el análisis sistémico de los modelos de salud en América Latina proveen una mirada desde una perspectiva de financiamiento. Ellos se inician con el lanzamiento de dos estudios comparados, producidos por la Escuela de Salud Pública de Harvard y el Banco Mundial (Govindaraj, Murray y Chellaraj: 1995), y por la Organización Panamericana de la Salud (Suárez, Barillas, et al., 1995). El objeto de ambos fue investigar la composición del gasto nacional en salud entre subsectores, en el contexto del informe del Banco Mundial 1993 “Invertir en salud”.

Estos estudios permitieron abrir el debate metodológico sobre algunos factores relevantes para la determinación de la incidencia del gasto público sobre el total de las erogaciones en salud, el peso relativo de las instituciones de seguridad social y el papel desempeñado por el gasto de bolsillo.

Paralelamente, se inicia el desarrollo de una línea de trabajo vinculada con organización, incentivos institucionales y desempeño relativo de los sistemas de salud,

con estudios comparados a nivel regional latinoamericano (BID, 1996, Maceira 1998, entre otros).

Durante las últimas dos décadas, afortunadamente, el campo de investigación en sistemas y servicios de salud se ha desarrollado con gran ímpetu, favoreciendo el uso de encuestas de gasto de los hogares, con formatos estandarizados y comparables en algunos países, facilitando la generación de conocimiento.

Esta línea de trabajo se destina al análisis del gasto en salud de las familias, y el impacto progresivo o regresivo del mismo dentro del ingreso familiar. El marco teórico de esta literatura se origina en los trabajos de Becker et al (1972), y Lustig (2001) sobre mecanismos de protección social de las familias ante shocks de salud. A partir de este planteo se diseñaron metodologías e indicadores de medición uniforme entre países, y de donde surgen conceptos tales como umbrales de pobreza y gasto empobrecedor, entre otros (van Doorslaer, 1992, 2000; Wagstaff et al.: 2002; y Xu et al., 2003). Un correlato para el contexto latinoamericano se registra localmente a partir de Baeza y Packard (2006), posteriormente Knaul et al, (2012), y más recientemente Dmytraczenko, Almeida et al. (2014) y Wagstaff, Dmytraczenko et al. (2015) en el contexto del tránsito hacia la cobertura universal en salud.

El desafío en el análisis de estos patrones de gasto en salud, particularmente en sistemas de gran nivel de fragmentación requiere, por una parte, identificar las estructuras clave de protección financiera y sus efectos diferenciales, más allá de la capacidad de pago de los individuos y las familias, estableciendo los espacios de intervención de cada uno de los actores. Dentro de esta línea se encuentran las funciones definidas dentro de la dimensión vertical de los sistemas latinoamericanos mencionados previamente (Maceira, 2001) y los control-*knobs* propuestos por Hsiao (2008): pago, financiamiento, organización, regulación y comportamiento. En la misma dirección, Kutzin (2008) propone como funciones trazadoras del sistema de salud a las siguientes: generación de recursos, distribución y compra, y entrega de los servicios.

Por otra parte, los indicadores o trazadoras seleccionadas ameritan de una interpretación que se asocie a las características específicas del país o los países involucrados en el análisis. A modo de ejemplo, un gasto de bolsillo relativamente bajo puede expresar la incidencia positiva de seguros sociales o privados formales para contener los desembolsos familiares, o en la baja oportunidad de las familias usuarias de acceder a espacios de atención, postergando la resolución de sus necesidades de salud.

A su vez, un incremento en el gasto ante la presencia de seguros formales puede ser el síntoma de mayor inducción de demanda, más allá de la satisfacción de cobertura por parte de sus beneficiarios. Se desprende de ello que la lectura de los resultados alcanzados en estas investigaciones es sensible al contexto en el que se realizan, y el

análisis de su evolución en el tiempo permite afianzar las interpretaciones y conclusiones alcanzadas, o abrir el debate a nuevos espacios de investigación.

El presente documento propone un análisis de estática comparada de algunos indicadores clave sobre cobertura y gasto en salud en Argentina, permitiendo una mirada del conjunto, como también una observación específica por subsistema, ampliando el conocimiento sobre la capacidad de protección financiera de las instituciones de seguridad social y privada en salud en el país.

Este análisis aporta a la discusión mundial instalada recientemente en el país sobre los avances del sistema hacia un modelo de cobertura universal en salud (Banco Mundial, 2010, 2013), y los desafíos para diseñar un tránsito del modelo de organización actual a otro que capitalice los logros a la vez que favorezca la convergencia a un modelo más inclusivo y eficaz.

3- Preguntas de Investigación y Metodología

El objetivo del presente documento es el de medir un vector de variables que den cuenta de la capacidad de cobertura y protección financiera del sistema de salud argentino, dando seguimiento de cada una de ellas a lo largo del tiempo, e identificando la capacidad de respuesta de los subsistemas que lo conforman.

Con el fin de dar respuesta a este interrogante general, se seleccionó un grupo de trazadoras que fueran posibles de extraer de las fuentes de información disponibles, y que, a la vez, se contara con al menos dos puntos en el tiempo para visualizar su evolución.

Ellos son:

- **Evolución de la cobertura por quintil de ingresos y por subsistema:** se espera que la evolución del empleo formal durante los períodos de crecimiento económico avance en la cobertura de la seguridad social, al tiempo que disminuye aquella del subsistema público. Por otra parte, se testea la hipótesis anticíclica de la cobertura prepaga: como actor estratégico de mayor cobertura, los cambios en el mundo del trabajo afecta la calidad/cobertura de la seguridad social, que influye sobre el subsistema prepago en forma inversa. Así, a mayor exposición de las OS, las demandas de cuidados complementarios recaen en el sistema prepago, reduciéndose en períodos de crecimiento.
- **Percepción de salud,** proponiendo identificar potenciales determinantes de los niveles de satisfacción reportados. Se espera que la percepción de salud se vincule positivamente con el nivel de ingreso y cobertura formal, y sea por tanto procíclico con variables de crecimiento económico. Los niveles de educación, sin embargo, podrían brindar una explicación alternativa, hallando menor satisfacción relativa como percepción más exigente sobre el estatus percibido.
- **Demanda efectiva de cuidados en el sistema sanitario:** en línea con la hipótesis previa, la demanda de prestaciones de salud puede atribuirse tanto al acceso a

los servicios como a la percepción sobre la enfermedad y la capacidad/posibilidad de transformar esa necesidad en demanda. Asimismo, niveles de protección financiera mayor abren la posibilidad de mayor grado de consultas. Ello puede atribuirse tanto a la presencia de un espacio de cuidado continuo, como por la mayor probabilidad por parte de los prestadores de inducir la demanda de los beneficiarios de sistemas con mayor capacidad de pago, tanto propia como de sus espacios de protección financiera.

- **Percepción de la capacidad del hospital público** de resolver las necesidades de salud de la población: se testea la hipótesis sobre los mecanismos de autoselección en la búsqueda de cuidado en las instituciones públicas. El mismo considera que, si bien el sistema público fue diseñado para atender las demandas del conjunto de los habitantes del país, aquellos/as con mayor capacidad de pago y cobertura alternativa orientan su consulta hacia otros prestadores. Asimismo, se identifican los patrones de consulta (prevención, materno infantil, etc.) prevalentes en el hospital, y la estructura demográfica con mayor probabilidad de búsqueda de asistencia. Se inquiriere asimismo sobre los parámetros inter-temporales de consulta.
- **Análisis del Gasto de bolsillo en salud**, tanto en moneda constante en tres momentos en el tiempo, como en términos de porcentaje del ingreso total familiar. En tanto medida paradigmática de equidad en salud, el indicador de “gasto de bolsillo sobre el total del gasto familiar (o su ingreso)” refleja la capacidad del modelo sanitario de brindar protección financiera oportuna. La distribución de este indicador y su razón entre quintiles representa un factor clave para medir la respuesta sistémica a los requerimientos de su población. Asimismo, este análisis, bajo un planteo de estática comparada, muestra la presencia (o no) de una convergencia hacia la igualdad en la garantía de derechos.
- **Presencia de gasto financieramente catastrófico en salud**, y sus determinantes a lo largo del tiempo. Complementario al indicador anterior, éste permite, bajo un parámetro de ingreso y gasto en alimentación, exhibir el nivel de exposición financiera de la sociedad argentina ante eventos de enfermedad, y su evolución en el tiempo. Particularmente, se propone en ambos casos, identificar cómo influye la presencia de mecanismos de aseguramiento formal, tanto social como privados, en la mitigación del gasto y en la reducción del riesgo de caer bajo la línea de pobreza debido a desembolsos asociados con la atención de la enfermedad.

La metodología de trabajo descansó en el análisis de seis encuestas de hogares producidas en Argentina: tres Encuestas de Gasto de los Hogares (EGH) para los períodos 1997, 2005 y 2010, desarrolladas por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), y tres Encuestas de Utilización y Gasto de los Hogares (EUGSS), generadas por el Ministerio de Salud de la Nación para los años 2003, 2005 y 2010.

Como se verá en las siguientes secciones, el uso alternativo de una u otra fuente de información se origina en el indicador que desea analizarse. La fortaleza de las Encuestas de Utilización y Gasto reside en la información sobre uso del sistema de salud y perfil epidemiológico, y su apertura por nivel de ingreso. Asimismo, permite acceder a un indicador de calidad de salud percibida, auto-reportada, a partir de la cual es posible analizar sus eventuales determinantes. Por otra parte, para las variables de cobertura y -fundamentalmente- de gasto de bolsillo resulta más conveniente acudir a las Encuestas de Gasto de los Hogares.

Acompañando la serie de estadísticas descriptivas de cada uno de los indicadores seleccionados, se avanzó en el estudio de los determinantes de cuatro variables clave de desempeño sectorial: percepción de salud, consulta al hospital público, gasto en salud, y probabilidad de caer bajo la línea de pobreza ante un shock financieramente catastrófico en salud.

Tres de las cuatro variables toman valores dicotómicos (percepción de buena salud -o no-, consulta al hospital, y caída por debajo de la línea de pobreza). En todos los casos, se estima mediante modelos cualitativos probit, la probabilidad de ocurrencia de cada fenómeno, estimando posteriormente los coeficientes marginales medidos en la media de cada una de las variables seleccionadas.

Para el caso de la variable “gasto en salud”, la misma es positiva y continua, para lo cual se aplicaron estimaciones de mínimos cuadrados robustos.

4- Resultados

4.1- Cobertura de Salud

La Tabla 1, con fuente en las Encuestas Nacionales de Gasto de los Hogares para los años 1997/8, 2004/5 y 2012/3, permite observar los niveles de cobertura en salud de los distintos subsistemas, y su evolución en el tiempo por quintil de ingreso. La tercera columna refleja la cobertura del total de la población por subsistema y para cada año, expresado en porcentajes del total del país.

El rubro “sin cobertura” muestra el porcentaje de la población sin ningún sistema explícito de cuidado, y que acude al sector público (hospitales y centros de salud) como primera fuente de atención. Por su parte, el rubro “Obra Social” identifica a aquellos/as con algún mecanismo de protección social explícita, tales como Obras Sociales Nacionales (OSN), Obras Sociales Provinciales (OSPr) y el Programa de Asistencia Médica Integral (PAMI). Finalmente, las prepagas entran bajo la categoría de “Seguros privados”.

Más de la mitad de la población se encuentra bajo algún esquema de seguro solidario, expresando la relevancia del empleo formal como ámbito que combina el mundo del trabajo y el de la salud. Ello tiene su correlato en la ciclicidad de la cobertura: en períodos de alto desempleo o informalidad, estos porcentajes se ven afectados a la baja, produciendo un aumento de la cobertura pública y una huida de los grupos de mayores recursos a la cobertura prepaga, que oscila entre el 9 y el 11%.

La observación por quintil de ingresos permite reflexionar sobre la absorción de riesgo sanitario y epidemiológico del sector público, que reciben a aquellos/as pertenecientes a los grupos económicamente más rezagados, reduciendo su participación conforme se incrementan los ingresos familiares.

Por el contrario, las prepagas “descreman” el mercado sanitario desde esta mirada de financiamiento, recibiendo contingentes cercanos o superiores al 20% de la población más rica, y porcentajes poco significativos (2-4%) del primer quintil.

La evolución temporal muestra un incremento del espacio público puro en el primer quintil en 2004/5 con respecto al 1997/8, y una caída significativa entre 1997/8 / 2012/3: del 65,1% se evoluciona al 74,7%, pasando luego al 44%. Un efecto similar ocurre en el otro extremo de la distribución: la población con prepagas directas crece de 19,4% en 1997/8 a 25,2% en el 2004/5, para caer a valores inferiores que el año de origen en el 2012/3.

La contracara de ambos movimientos es la cobertura asociada con el empleo, particularmente en los dos quintiles más pobres. Por su parte, los grupos pertenecientes a los tres quintiles más ricos experimentan en este período un crecimiento continuo, pasando en el quintil 3, por ejemplo, de 61,4% de cobertura de la población total en 1997 a 65,2% en 2004/5 y finalmente 67% en 2012/3.

Tabla 1

Cobertura por tipo y quintil de Ingreso, ENGHO

Año	Tipo Cobertura	Total	Quintil de Ingreso				
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1997	Pública	31,2	65,1	36,2	27,1	19,8	10,8
	Obra Social	57,9	31,4	55,6	61,4	62,0	58,4
	Seguro privado	10,9	2,5	5,5	8,0	12,8	19,4
2005	Pública	33,5	74,7	45,0	27,5	18,3	8,6
	Obra Social	56,3	22,5	50,1	65,2	69,3	65,5
	Seguro privado	10,2	2,1	3,7	5,6	11,1	25,2
2013	Pública	24,8	44,0	33,5	24,1	16,1	11,2
	Obra Social	65,1	50,5	61,3	67,0	72,7	70,9
	Seguro privado	9,1	3,9	4,0	7,8	10,6	17,2

Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares

4.2- Percepción de Estado de Salud

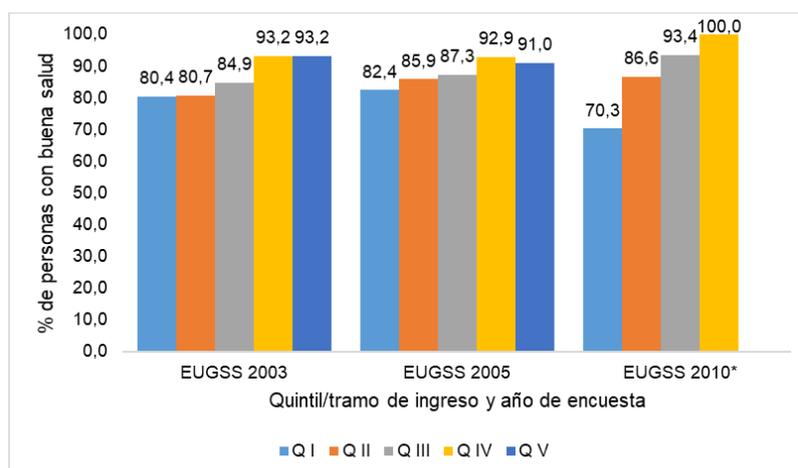
La variable dicotómica “buena salud” es recogida por las Encuestas de Utilización y Gasto de los hogares en los años 2003, 2005 y 2010. La mayoría de la población del país reporta contar con un buen estado de salud, con un desvío reducido, para los tres años bajo estudio.

La Figura 1 resume esta evolución por grupo de ingreso y por año. En general se identifica una trayectoria creciente en el auto-reporte de buena salud conforme el nivel

de ingreso se incrementa. Los quintiles relativamente más ricos muestran entre un 93,2% y 91% de satisfacción con su estatus sanitario entre 2003 y 2005, alcanzando un 100% en 2010 (donde la encuesta permite apertura en cuartiles de ingreso en vez de quintiles).

Sin embargo, se observan diferencias relativamente menores entre extremos de la distribución, con 12,2% de diferencia en el primer año, reduciéndose a 9,6% en el segundo período. La brecha se amplía en la comparación con la última encuesta, llegando a alcanzar aproximadamente el 30% entre niveles opuestos.

Figura 1
Auto-reporte de buena Salud, por Tramos de Ingreso
(2003-2005-2010)



Fuente: Elaboración propia en base a EUGHSS, varios años.

A fin de identificar aquellas variables que podrían incidir en tal reporte, se muestra en la Tabla 2 los resultados surgidos de la estimación de regresiones probit para cada año.

Las variables independientes utilizadas corresponden a los tramos de ingreso (tomando quintiles en las dos primeras encuestas y cuartiles en la última, lo que impide comparaciones precisas entre ellas. Se toman adicionalmente dos variables que reportan niveles educativos: “bajo”, para primarios completos o incompletos, y “medio”: para estudios secundarios parciales o completos.

Las variables “edad” y “hombre” representan dos vectores; continuo en el primer caso, y dicotómico -donde hombre=1- en el segundo, capturan perfiles demográficos del jefe/a de hogar. Un cuarto grupo de variables identifica la presencia de cobertura formal (social o prepaga) contra la ausencia de cobertura.

Finalmente, un conjunto de variables dicotómicas reportando enfermedades crónicas cierra el espacio de correlación.

Documentos de Trabajo CEDES 142/2018

Los resultados informan débiles relaciones entre percepción de salud y mayor nivel de ingreso -aunque significativas estadísticamente al 95% o 90% de confianza en cuatro casos, tres de ellos con espacios altos de remuneración-, en tanto que bajos niveles de instrucción formal explican reportes de salud no satisfactorio al 99% de confianza en 2005 y 2010, y al 90% en el primer período.

La variable de edad, obviamente, se encuentra negativamente correlacionada con un estatus de salud satisfactorio, siendo sus coeficientes estadísticamente representativos en los dos años extremos, en tanto que no se perciben diferencias de género para la explicación de la misma condición.

La presencia de cobertura formal mediante Obras Sociales resulta relevante en la asociación con buen estado de salud en la encuesta de hogares del tercer año bajo análisis, una vez corregido por efectos de ingreso y educación, en tanto que la variable “prepagas” no resulta significativa en ninguno de los tres períodos.

Finalmente, la representación de enfermedades crónicas disminuye, como era de esperar, la presencia de reportes satisfactorios de estatus de salud, aunque su significancia estadística no observa ser consistente en el tiempo entre patologías.

Tabla 2
Auto-reporte de Buena Salud

Probit			
Var. Dep.: P(Buena salud)			
VARIABLES	Año 2003 EUGSS	Año 2005 EUGSS	Año 2010 EUGSS
Quintil Ingreso 2	-0.284 (0.272)	0.654** (0.307)	
Quintil Ingreso 3	0.720 (0.472)	0.455 (0.299)	
Quintil Ingreso 4	0.0980 (0.327)	0.653* (0.360)	
Quintil Ingreso 5	1.088** (0.516)	0.512 (0.540)	
Tramo Ingreso 2			0.649 (0.451)
Tramo Ingreso 3			1.019* (0.528)
Nivel educativo bajo	-0.607* (0.353)	-4.432*** (0.684)	-4.780*** (0.694)
Nivel educativo medio	-0.303 (0.396)	-3.925*** (0.658)	-5.949*** (0.760)
edad	-0.0147* (0.00869)	-0.00554 (0.00780)	-0.0286** (0.0121)
hombre	-0.139 (0.224)	0.277 (0.233)	-0.245 (0.396)
Obra social ⁽¹⁾	0.236 (0.287)	0.169 (0.273)	1.282*** (0.410)
Prepaga ⁽¹⁾	-0.124 (0.323)	n.s.	n.s.
osea	-1.081*** (0.254)	-0.225 (0.363)	-0.304 (0.565)
hepatica	-0.242 (0.264)	0.270 (0.385)	-0.372 (0.303)
corazon	0.106 (0.423)	-0.392 (0.350)	-0.915*** (0.352)
cancer	-1.121*** (0.377)	-0.753 (0.617)	-0.987* (0.519)
respiratoria	-1.115*** (0.289)	-0.456 (0.387)	-0.567* (0.334)
diabetes	-0.436 (0.345)	-1.053*** (0.359)	-0.751 (0.497)
presion y colesterol alto	-0.162 (0.275)	-0.0529 (0.280)	1.132** (0.559)
Constante	3.846*** (0.446)	6.027*** (0.662)	9.202*** (1.067)
Observaciones	1,365	701	464
Pseudo R2	0,3857	0,2149	0,4948

Errores estándar robustos entre paréntesis

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

⁽¹⁾ Referencia: Sin cobertura de salud

4.3- Enfermedad y Demanda de Atención

El debate sobre acceso al sistema de salud puede diferenciar diversos estadios. El primero es aquel que permite capturar la necesidad de salud: el/la paciente identifica que tiene un motivo de consulta que debe ser resuelto en el sistema de atención. La falta de información perfecta sobre el propio estatus sanitario hace que un individuo no perciba tal factor, y no traduzca esa necesidad en consulta. Vinculado con lo discutido en la subsección previa, el estatus auto reportado constituye una percepción, que subestima o sobreestima el “verdadero” umbral de necesidad, por lo cual factores socioeconómicos, educativos, incluso de cobertura sanitaria pueden verse como elementos explicativos del auto reporte.

Un segundo estadio es aquel que reconoce la necesidad y la traslada al sistema. Allí, la presencia de cobertura juega un papel protagónico, en la medida que puede favorecer el tránsito desde la necesidad percibida a la consulta. A modo de ejemplo, población de bajos ingresos puede tener el mismo nivel de auto-identificación de estatus sanitario que otra con altos niveles sociales, pero postergar el momento de la consulta.

Ello puede atribuirse a que la persona entiende que el sistema no cubrirá sus necesidades (ya sea por baja calidad), o porque existen barreras económicas externas al sistema. Dentro de este segundo caso se incluye, por ejemplo, el hecho que recurrir al hospital implicaría perder horas de trabajo, o la adquisición de medicamentos no provistos por el prestador y que deben ser abonado directamente desde el bolsillo de las familias. La primera subsección de este título identifica en parte este fenómeno.

Este segundo estadio, sin embargo, no refleja la presencia de una demanda efectivamente realizada que es cubierta por el sistema, lo que constituye el vínculo entre la población y su sistema de salud.

Las Tablas 3.a y 3.b presentadas a continuación -originadas en el análisis de las EUGHSS de 2003 y 2010-, permiten identificar cómo las/os pacientes con enfermedades crónicas buscan atención en el sistema de salud. Cada tabla especifica el porcentaje del total que, reportando alguna de estas dolencias, efectivamente se vincularon con el sistema en el año bajo estudio. Las tres columnas siguientes brindan los mismos resultados por subsistema en base a la información sobre afiliación o primer espacio de cuidado.

En términos generales, y para el 2003, aproximadamente la mitad (48,5%) de las personas con enfermedades crónicas reportan haber consultado el sistema de salud. Estos valores son menores en aquellos/as que acceden al subsistema público (38,7%), y mayores en los casos que cuentan con cobertura formal: 52,7% de Obras Sociales y 59,5% de prepagas.

Estos montos se incrementan tanto en promedio como entre subsistemas en el 2010: 52,8% de quienes padecen enfermedades crónicas acuden a atenderse, siendo 43,4% y 55,8% la asistencia al subsistema público y de Obras Sociales, respectivamente. Los/as afiliadas a las empresas de medicina prepaga reducen marginalmente su presencia en el sistema en un 1,8%.

Sin embargo, la variación entre patologías es altamente significativa. En algunos casos, la búsqueda de cuidado se reduce a menos de un 30% de aquellos que conviven con estas enfermedades, mientras que en otros se verifican valores cercanos al 100%.

Los porcentajes más elevados se ubican en el sector prepago, particularmente en infartos, osteoporosis y epilepsia, mientras que en las Obras Sociales los principales motivos de consulta crónica son epilepsia, cáncer y enfisema o bronquitis crónica. Por su parte, en el sector público, aunque con valores relativamente menores, se destacan también epilepsia y cáncer, a los que se suman los casos de diabetes.

Los valores de adherencia en obras sociales y prepagas tienen a ser mayores en gran parte de las patologías, con excepción de enfermedades tipo hepatitis B o tuberculosis donde el sector público cuenta con mayor nivel de asistencia. Claramente, los espacios de atención se correlacionan con los tipos de enfermedad identificados.

La comparación con el 2010 muestra un aumento de los valores medios de adherencia en el sector público y de seguridad social, y un aplanamiento de las brechas de adherencia. Sólo los problemas de hígado se encuentran por debajo del 35% de asistencia al subsistema público, en tanto que asma y enfermedades transmisibles representan los niveles de consulta más bajos en las Obras Sociales, aunque por encima del 50%.

Más allá de las diferencias relativas entre enfermedades y subsistemas, la información provista por las encuestas permite identificar un crecimiento en los niveles de atención en general, y una convergencia a valores de consulta dada la presencia de diagnóstico, particularmente en el subsistema de seguros sociales.

Tabla 3-a

Enfermedad	Pacientes con Enfermedades Crónicas que Consultaron el Sistema de Salud, en %			
	Total	Tipo de cobertura, 2003		
		Sin Cobertura	Obra social	Prepaga
Artritis / Reumatismo	58,2	48,1	59,3	80,4
Cancer	84,3	70,1	92,2	66,5
Diabetes	63,3	66,4	60,6	71,6
Asma	50,2	48,9	64,9	28,5
Enfisema o Bronquitis Crónica	55,6	24,0	75,6	84,2
Presión alta	60,3	36,0	69,8	79,5
Enfermedades del Corazón / Ataques al corazón	60,0	35,7	66,8	66,8
Infartos	63,7	64,9	60,7	100,0
Osteoporosis	63,7	21,8	73,6	100,0
Epilepsia	89,9	86,8	100,0	100,0
Hepatitis B / Tuberculosis / etc.	32,7	41,7	17,3	32,9
Problemas de hígado / Vesícula biliar	46,7	30,9	56,5	27,7
Gastritis / Ulcera	54,6	49,3	57,5	63,2
Otra	50,6	41,8	53,6	62,6
Total	48,5	38,7	52,7	59,5

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares (EUGHSS)

Tabla 3-b

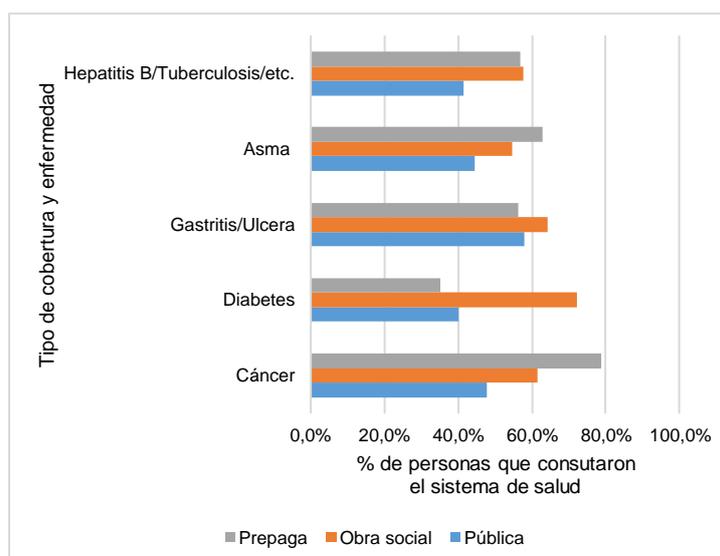
Pacientes con Enfermedades Crónicas que Consultaron el Sistema de Salud, en %

Enfermedad	Total	Tipo de cobertura, 2010		
		Sin Cobertura	Obra social	Prepaga
Artritis / Reumatismo	66,9	51,2	68,2	87,1
Cancer	60,7	47,7	61,6	78,9
Diabetes	66,5	40,0	72,1	35,2
Asma	52,0	44,6	54,6	62,9
Enfisema o Bronquitis Crónica	59,1	47,4	65,8	65,0
Presión alta	66,5	67,5	65,6	100,0
Colesterol alto	64,1	48,7	68,0	61,1
Enfermedades del Corazón / Ataques al corazón	60,0	56,1	59,3	71,3
Infartos	58,3	41,6	61,9	71,3
Osteoporosis	60,8	42,5	65,2	77,7
Epilepsia	63,0	50,9	64,6	75,5
Hepatitis B / Tuberculosis / etc.	53,6	41,5	57,7	56,8
Problemas de hígado / Vesícula biliar	53,1	34,7	58,9	63,5
Gastritis / Ulcera	62,0	57,9	64,2	56,3
Otra	62,8	38,4	70,8	66,2
Total	52,8	43,4	55,8	57,7

Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares (EUGHSS)

Por su parte, la Figura 2 resume para el año 2010, y con la misma fuente (EUGHSS, 2010) las diferencias existentes en consultas por tipo de enfermedad, separando el análisis por tipo de cobertura.

Figura 2
Prevalencia de Consultas por Enfermedades (2010)
por Tipo de Cobertura



Fuente: Encuesta de Utilización y Gasto de los Hogares (EUGHSS)

Se observa que el nivel de consulta es menor en aquellas familias sin cobertura formal, independientemente del tipo de enfermedad, en tanto que los/as beneficiarias/os de Obras Sociales lideran la solicitud de cuidado en tres de los cinco rubros (Hepatitis/Tuberculosis, Gastritis/Ulcera y Diabetes -significativamente más frecuente que los otros modos de cobertura-), siendo superados/as por los firmantes de seguros prepagos en los casos de Asma y Cáncer. Los casos de gastritis son los relativamente menos disímiles entre subgrupos, en tanto que la mayor brecha se identifica en cáncer, lo que constituye un desafío en términos de enfermedades de alto costo y gran exposición familiar en términos de efectos epidemiológicamente y financieramente catastróficos.

4.4- Atención Hospitalaria

La atención hospitalaria y en centros de primer nivel refleja la expresión más clara de protección financiera del sistema público de salud argentino, en la medida que -en teoría-, son los sectores de menores recursos quienes acuden buscando asistencia, aunque su ámbito formal de cobertura se extiende a toda la población.

Sin embargo, este argumento se relativiza al momento de observar los resultados de las distintas encuestas de hogares disponibles. Según la Tabla 4, y para los años 2003 y 2005, la atención de población de menores ingresos (primer y segundo quintil) constituye entre el 61,7% y el 55,2% de las familias que se atienden en instalaciones estatales. Este valor alcanza 55,8% en los dos cuartiles más rezagados económicamente en el 2010.

El esquema de subsidio a la oferta que caracteriza al modelo público de atención en Argentina -y en gran parte de las naciones de la región- facilita la garantía de derecho al cuidado sanitario desde hospitales y centros de salud. Como parte de este mecanismo, se requiere implementar eficazmente alguna instancia que permita el recupero de costos de los/as pacientes que contribuyen a otro subsistema y reciben cuidados en el espacio público. El peso de este grupo poblacional (contribuyentes a obras sociales y prepagos que recibieron cobertura pública) varía marcadamente entre períodos, variando del 30-33% de la población atendida en 2003 y 2005, y superando el 38% en el 2010 (Tabla 5).

Como fuera mencionado en otras oportunidades, el análisis de este fenómeno (atención de población con cobertura formal en el subsistema público) abre el debate y requiere la atención de autoridades sanitarias y regulatorias. En primer lugar, no se espera limitar el acceso a la población, sino facilitar que tal uso no tenga efectos negativos en términos de equidad y eficiencia asignativa. Ello implica evitar subsidios cruzados entre instituciones desde menor capacidad financiera hacia otras de mayor capacidad (y no a la inversa). Por tal motivo, los instrumentos financieros que se implementen buscan generar modos de recupero que no impidan la cobertura, al tiempo que limiten la transferencia de riesgo hacia los ministerios/secretarías de salud.

El objetivo final es articular los mecanismos institucionales para que este modelo de utilización no repercuta negativamente sobre el cuidado de aquellos/as sin alternativa de atención.

Tabla 4**Usuarios/as del Sistema Público por Quintiles de Ingreso Familiar (en %)**

Año	Ingreso					Total
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	
EUGSS 2003	41,3	20,4	22,1	11,2	5,1	100,0
EUGSS 2005	26,4	28,8	19,4	14,1	11,3	100,0
EUGSS 2010	31,1	24,7	21,0	13,9	9,3	100,0

Fuente: elaboración propia en base a EUGSS, varios años.

Tabla 5**Usuarios/as del Sistema Público por Tipo de Cobertura (en %)**

Cobertura	2003	2005	2010
Pública	66,26	71,24	61,96
Obra Social	30,79	27,73	33,54
Prepaga	2,95	1,02	4,50
Total	100,00	100,00	100,00

Fuente: EUGSS, varios años.

De acuerdo con la literatura nacional (Dabas, 2001; OPS, 2009; Maceira, Palacios y Urrutia, 2014; Maceira et al., 2014), el vínculo entre primer y segundo nivel de atención sigue siendo una deuda en materia de eficiencia asignativa en los recursos públicos destinados al sector, por lo cual la consulta en guardias y consultorios externos de estas instituciones refleja la capacidad de este subsistema de garantizar cobertura.

A fin de confirmar estos argumentos, se estimó un modelo logístico en base a la probabilidad de atenderse en estas instituciones públicas, poniendo énfasis en el tipo de grupos sociales y niveles de consulta recibidos. La disponibilidad de tres encuestas de hogares nos permite establecer paralelos en el tiempo, más allá de las diferencias metodológicas que cada una de ellas tienen para señalar los niveles de ingreso de los asistentes a este tipo de servicios.

La Tabla A1 muestra el ejercicio de regresión logística, cuyos efectos marginales se exhiben en la Tabla 6 a continuación. Los coeficientes se expresan en valores marginales, y se calculan sobre la media de la variable. En dicha tabla se observan cinco vectores de variables independientes consideradas: ingreso, educación, demografía, cobertura y tipo de consulta.

El primero de ellos es el ingreso, donde se estima la probabilidad de asistencia de cada uno de los quintiles con respecto al más pobre. Estas estimaciones se efectúan para los años 2003 y 2005 donde esta información se encuentra disponible, mientras que en el 2010 se toma la apertura por cuartil provista por el instrumento definido por el Ministerio de Salud. Como expresión alternativa, se creó una variable para explicitar el tercio de mayor ingreso de la población, como también un grupo de variables de gasto en salud, ordenadas por quintil, dada su relativamente alta correlación con los niveles de ingreso.

Una vez aislados los efectos de capacidad de gasto de los hogares, se incorpora el vector de formación, con las dos variables de educación baja y media, definidas en la explicación de la Tabla 2 sobre auto-reporte de salud. En tercer lugar, el vector demográfico incluye edad del/a respondente y su sexo (hombre=1). Las variables de cobertura de seguros sociales y prepagas se comparan contra la ausencia de afiliación formal.

Finalmente, el quinto vector de variables responde a tipos de consulta, identificando mediante dummies los casos de embarazos, chequeos, paciente enfermo/a, estudios (análisis clínicos, placas, etc.) y accidentes. Estas alternativas se contrastan con la opción de internación, la cual se identifica como prevalente.

Para cada año se implementaron tres especificaciones del modelo, tomando quintiles (cuartiles) de ingreso, una variable alternativa que señala los grupos de ingreso alto, y los niveles de educación como otra aproximación en la misma dirección. La Tabla se completa con una regresión pool donde las tres encuestas fueron consolidadas.

Los resultados confirman el sesgo hacia los sectores más desprotegidos económicamente, en las tres encuestas y bajo las diferentes especificaciones de variables. La Tabla verifica que a mayores niveles de ingreso los coeficientes son negativos y de mayor intensidad en comparación con el primer quintil o cuartil. Del mismo modo, las variables asociadas con ingreso alto en las segundas especificaciones de cada regresión son negativas y estadísticamente significativas al 99% de confianza.

Los niveles de educación presentes en las terceras especificaciones del modelo en cada uno de los años reflejan el mismo comportamiento, con signos negativos (menor probabilidad de asistencia a un hospital como fuente de atención) en la medida que aumenta el nivel de capacitación formal, con un 99% de confianza en los casos en que resulta significativa la variable.

Las variables de edad y sexo también muestran un patrón similar a lo definido por la literatura argentina sobre cobertura pública: la población atendida es relativamente joven y principalmente femenina (materno infantil, con mujeres en edad fértil menores a treinta años). Los coeficientes de las variables muestran signo negativo (menos edad mayor probabilidad de acudir al hospital, y menor probabilidad de un paciente hombre vs mujer), y la significancia estadística de sus coeficientes es confiable entre el 90% y el 99% de confianza en un tercio de las especificaciones del modelo.

Tabla 6
Probabilidad de Atenderse en un Hospital Público

VARIABLES	Efectos Marginales									
	Var. Dep.: Cambio en la probabilidad. dF/dX									
	Año 2003 EUGSS			Año 2005 EUGSS			Año 2010 EUGSS			Pool
	1	2	3	1	2	3	1	2	3	a
Quintil Ingreso 2	-0,033 (0.081)			0.041 (0.0950)						
Quintil Ingreso 3	-0.221*** (0.058)			-0.124* (0.064)						
Quintil Ingreso 4	-0.236*** (0.058)			-0.019 (0.084)						
Quintil Ingreso 5	-0.341*** (0.051)			-0.242*** (0.058)						
Tramo Ingreso 2							-0.373*** (0.108)			
Tramo Ingreso 3							-0.543*** (0.089)			
Tramo Ingreso 4							-0.462*** (0.046)			
Quintil Gasto en salud 2										-0.057 (0.037)
Quintil Gasto en salud 3										-0.085** (0.035)
Quintil Gasto en salud 4										-0.167*** (0.032)
Quintil Gasto en salud 5										-0.190*** (0.036)
Ingreso alto	-0.247*** (0.051)			-0.117* (0.063)			-0.355*** (0.0943)			
Nivel educativo medio			-0.074 (0.063)			-0.023 (0.059)			-0.005 (0.043)	
Nivel educativo alto			-0.199*** (0.063)			-0.200*** (0.056)			-0.227*** (0.049)	
edad	-0.003 (0.002)	-0.002 (0.002)	-0.005*** (0.002)	0.001 (0.002)	0.001 (0.002)	0.001 (0.002)	-0.006* (0.003)	-0.002 (0.003)	-0.002 (0.001)	-0.001 (0.001)
hombre	0.022 (0.063)	-0.004 (0.060)	-0.026 (0.058)	-0.090 (0.060)	-0.108* (0.062)	-0.138*** (0.049)	0.130 (0.087)	0.070 (0.085)	0.001 (0.038)	-0.030 (0.036)
Obra social ⁽¹⁾	-0.630*** (0.053)	-0.655*** (0.049)	-0.678*** (0.044)	-0.599*** (0.063)	-0.627*** (0.060)	-0.592*** (0.056)	-0.237** (0.103)	-0.373*** (0.087)	-0.327*** (0.042)	-0.464*** (0.052)
Prepaga ⁽¹⁾	-0.429*** (0.037)	-0.444*** (0.038)	-0.465*** (0.035)	-0.304*** (0.039)	-0.338*** (0.038)	-0.290*** (0.034)	-0.460*** (0.058)	-0.464*** (0.055)	-0.439*** (0.045)	-0.184*** (0.034)
consulta por embarazo	-0.050 (0.127)	-0.015 (0.138)	0.015 (0.141)	0.196 (0.248)	0.203 (0.241)	0.396* (0.232)			0.153 (0.110)	0.143 (0.127)
consulta por chequeo	-0.158* (0.083)	-0.143 (0.092)	-0.111 (0.090)	0.231 (0.188)	0.214 (0.191)	0.225 (0.163)	0.084 (0.223)	0.050 (0.200)	0.222*** (0.071)	-0.006 (0.056)
consulta por enfermedad	-0.128 (0.100)	-0.085 (0.105)	-0.060 (0.093)	0.174 (0.148)	0.174 (0.157)	0.226* (0.124)	-0.020 (0.218)	-0.036 (0.194)	0.213*** (0.071)	0.015 (0.049)
consulta por estudios	-0.210** (0.082)	-0.189* (0.106)	-0.173 (0.109)	0.160 (0.255)	0.184 (0.261)	0.302 (0.239)	0.514*** (0.136)	0.485*** (0.150)	0.332*** (0.073)	-0.040 (0.076)
Consulta por accidentes	0.218 (0.228)	0.280 (0.213)	0.233 (0.199)	0.489** (0.247)	0.430* (0.250)	0.577*** (0.209)	0.364 (0.235)	0.131 (0.327)	0.193* (0.105)	0.192 (0.172)

⁽¹⁾ Referencia: Sin cobertura de salud

Por su parte, la presencia de cobertura formal muestra signos negativos y también significativos al 99% de confianza en todas las estimaciones, tanto para seguros prepagos

como fundamentalmente de Obras Sociales, aunque la intensidad del coeficiente se reduce en 2010.

Estos valores convalidan los resultados esperados e identificados mediante variaciones de la cobertura formal vistos en la primera tabla. Ellos reflejan la caída de afiliación formal en épocas de crisis e incremento en tiempos de crecimiento y la posterior recuperación de la cobertura de las Obras Sociales, vinculadas con el mundo del trabajo.

Tales coeficientes de alguna forma explicitan los impactos cruzados de las variables macroeconómicas sobre el espacio de atención del sector salud, sugiriendo que un aumento de la cobertura de la seguridad social, más allá de los efectos directos sobre los afiliados del sector, libera capacidad de resolución en el subsistema público.

Finalmente, el último set de variables de la Tabla 6 refleja el sesgo curativo de los hospitales, rezagando la significancia de las consultas de embarazo, que resultan no relevantes estadísticamente (salvo en una especificación del segundo año). La información muestra un aumento de las consultas por chequeo en el último período, y asociado con ello, de estudios diagnósticos, a diferencia de la no-significancia estadística de los dos años previos.

Se señala particularmente, también en el 2010, el incremento de la relevancia de la atención por accidentes, con significancia estadística de sus coeficientes en el 99% de confianza.

4.5- Gasto de Bolsillo. Estructura y Determinantes

Esta sección y la siguiente proponen analizar los espacios de cobertura formal desde una perspectiva financiera. Para ello se toman en consideración dos variables: el gasto de bolsillo en salud y su peso sobre el total del ingreso del hogar, y la presencia de gasto financieramente catastrófico.

El primero de ellos muestra su evolución en las Figuras 3.a y 3.b, identificando en el eje horizontal los quintiles de ingreso (en ambos casos), y en el eje vertical el nivel de recursos destinados al gasto en salud como porcentaje del ingreso (3.a) o en moneda constante (3.b). La información disponible en las Encuestas de Gasto de los Hogares permite la comparación no sólo entre quintiles sino su trayectoria en el tiempo.

De las gráficas se identifican dos elementos tradicionales en el análisis del gasto en salud surgido de los desembolsos directos de bolsillo de los hogares. En primer lugar, que los pagos son crecientes con el nivel de ingreso, y, en segundo lugar, que ellos, en proporción a las rentas familiares, definen una relación regresiva, en tanto la participación de tales desembolsos, si bien menores en moneda corriente, representan una proporción relativamente mayor en las familias más pobres que en aquellas menos expuestas económicamente.

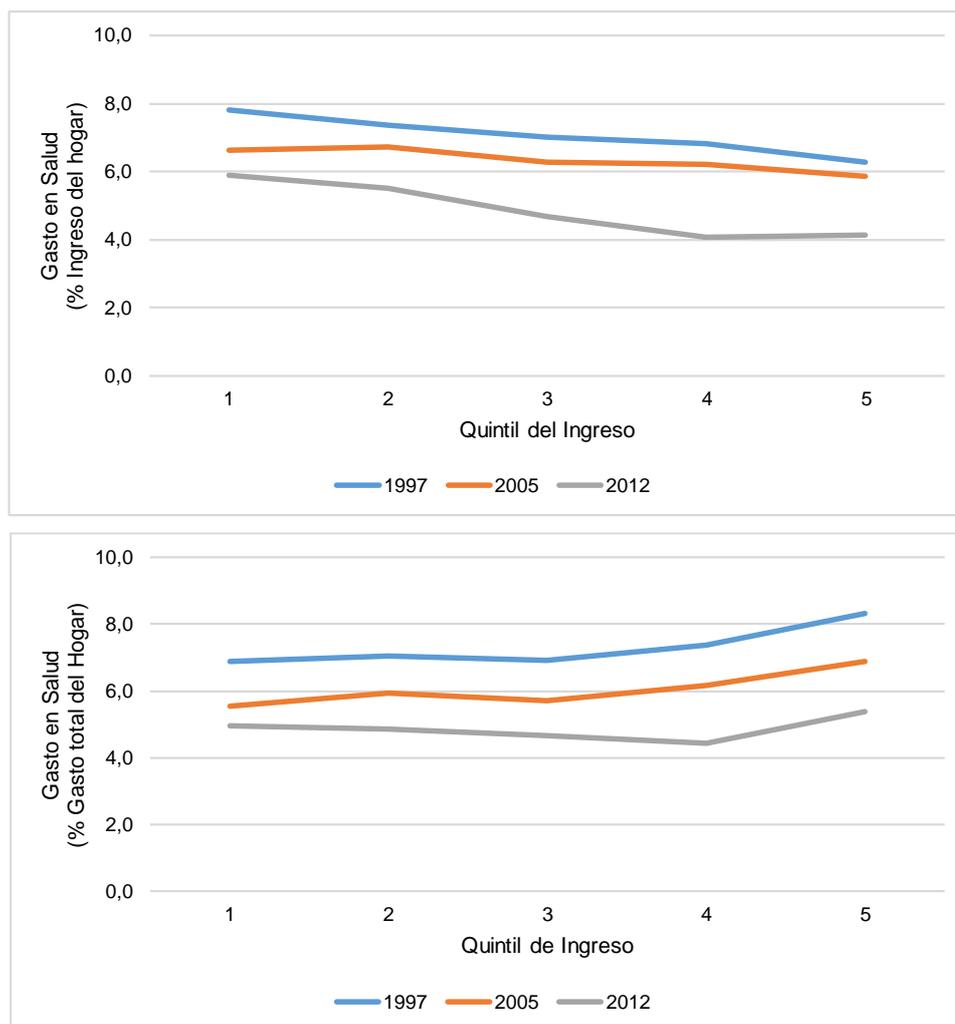
Este vínculo regresivo, sin embargo, refleja una reducción sistemática en el tiempo. Mientras que en 1997 las estimaciones de gasto para el primer quintil se encuentran en el entorno del 8%, y del 6% para las del quinto quintil, los valores se vuelven relativamente más homogéneos en el año 2005, en el entorno del 6,5% y el 6% para los

quintiles extremos. En 2010 la brecha vuelve a ampliarse, pero el gasto de bolsillo de se reduce para todos los quintiles, alcanzando el 6% en el primero y 4% en los dos quintos más ricos. En términos constantes, los niveles de gasto se reducen, como se desprende de la Figura 3.b.

De este modo, si bien el nivel de regresividad se mantiene, la incidencia del nivel de pagos directos para toda la sociedad se reduce.

Desde una perspectiva de análisis de políticas sanitarias recientes, la reducción del gasto de bolsillo en medicamentos, que reporta dos tercios del gasto directos de las familias en salud, puede constituir uno de los determinantes de este cambio, de la mano del Programa Remediar. Más allá de ello, es posible identificar algunas políticas complementarias de reducción de copagos, y coberturas más comprehensivas de líneas de cuidado y tratamientos de enfermedades crónicas, que requieren de un análisis de mayor profundidad.

Figura 3 a-b



Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, INDEC

A fin de aportar a este debate, la Tabla 7 propone analizar, mediante regresiones de mínimos cuadrados robustos, los determinantes del gasto de bolsillo en salud para tres años con los que se cuenta con información relevante: las encuestas de gasto de los hogares de 2005 y 2010, y la encuesta de utilización y gasto del 2003.

Para cada período se ensayan tres estimaciones. La primera de ellas, utilizando variables por quintil de ingreso dentro del espacio de las explicadoras, mientras que en un segundo modelo ellas se sustituyen por proxies de nivel educativo. La tercera regresión para cada período combina ambos argumentos.

La disponibilidad de información sobre enfermedades crónicas reportadas por la población (óseas, hepáticas, corazón, cáncer, etc.) agrega un set de variables dummy adicionales en el año 2003.

Adicionalmente a las variables de ingreso, educación y enfermedades prevalentes de la familia, se incluyen dos vectores adicionales. El primero, que procura identificar la relevancia de la cobertura formal de Obras Sociales y prepagas en la definición del gasto. El segundo, incorpora la presencia de menores de edad y población de adultos mayores en la carga de gasto de bolsillo de salud en las familias.

Los resultados muestran que los niveles de gasto cuentan con una correlación positiva estadísticamente significativa al 99% de confianza en gran parte de los casos con los ingresos familiares, pudiendo ello estar vinculado con una mayor capacidad de satisfacer las necesidades de salud de las familias, como también con perfiles sanitarios que requieren de mayor nivel de desembolso para sostener la salud de su población. La sustitución y/o la complementación de las variables ingreso por aquellas asociadas con niveles educativos llevan a similares resultados, todos ellos con niveles de significancia estadística de sus coeficientes relevantes al 99% de confianza.

Tabla 7
Gasto de Bolsillo en Salud, Determinantes

Variables	Var. Dep.: Log(Gasto de bolsillo en salud per cápita)								
	Año 2003 EUGSS			Año 2005 ENGHO			Año 2010 ENGHO		
	1	2	3	1	2	3	1	2	3
Quintil Ingreso 2	0.639** (0.294)		0.618** (0.291)	0.318*** (0.0516)		0.313*** (0.0514)	0.141 (0.107)		0.122 (0.107)
Quintil Ingreso 3	1.379*** (0.329)		1.347*** (0.325)	0.484*** (0.0511)		0.463*** (0.0514)	0.344*** (0.105)		0.306*** (0.105)
Quintil Ingreso 4	1.559*** (0.288)		1.482*** (0.283)	0.824*** (0.0507)		0.773*** (0.0515)	0.523*** (0.104)		0.449*** (0.105)
Quintil Ingreso 5	2.413*** (0.270)		2.276*** (0.277)	1.284*** (0.0518)		1.181*** (0.0543)	0.941*** (0.108)		0.806*** (0.110)
menor14				-0.201*** (0.0116)	-0.284*** (0.0113)	-0.203*** (0.0116)	-0.232*** (0.0256)	-0.301*** (0.0247)	-0.231*** (0.0254)
mayor65	0.883*** (0.233)	1.167*** (0.257)	0.957*** (0.242)	0.373*** (0.0226)	0.365*** (0.0236)	0.402*** (0.0230)	0.148*** (0.0483)	0.193*** (0.0496)	0.200*** (0.0489)
Obra social	-0.0763 (0.216)	0.346 (0.231)	-0.104 (0.218)	0.234*** (0.0345)	0.437*** (0.0334)	0.211*** (0.0345)	0.175** (0.0729)	0.287** (0.0679)	0.145** (0.0732)
Prepaga	1.623*** (0.201)	2.240*** (0.223)	1.578*** (0.204)	1.219*** (0.0438)	1.523*** (0.0429)	1.170*** (0.0439)	1.052*** (0.0925)	1.177*** (0.0930)	0.962*** (0.0952)
Nivel educativo medio		0.377 (0.243)	0.103 (0.221)		0.238*** (0.0324)	0.0785** (0.0326)		0.219*** (0.0633)	0.150** (0.0632)
Nivel educativo alto		1.069*** (0.273)	0.315 (0.276)		0.583*** (0.0366)	0.268*** (0.0380)		0.578*** (0.0709)	0.362*** (0.0715)
Constante	0.198 (0.250)	0.589** (0.252)	0.137 (0.287)	2.260*** (0.0453)	2.650*** (0.0340)	2.225*** (0.0459)	4.019*** (0.0911)	4.193*** (0.0726)	3.935*** (0.0966)
Observaciones	746	800	746	16,310	16,310	16,310	11,014	11,021	11,013
R2	0.380	0.274	0.383	0.264	0.229	0.268	0.180	0.163	0.187

Robust standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

La presencia de integrantes de la población menores de catorce años reduce, manteniendo otras variables constantes, el gasto de bolsillo con respecto al promedio de las familias, en tanto la participación de mayores de 65 años se correlacionan con gastos significativamente más altos. Del mismo modo que se observó -no incluidas las variables en esta tabla por simplicidad- en tablas anteriores, las enfermedades infecciosas, capturando perfiles epidemiológicos más rezagados, muestran signos negativos, reflejando pautas de consumo y gasto en salud por debajo de sus pares con enfermedades crónicas no transmisibles y de alto costo.

Finalmente, se observa que las familias con afiliación a seguros sociales de salud cuentan con niveles de gasto relativamente mayores que aquellos que acceden al subsistema público como primera fuente de atención. Esta diferencia podría ser interpretada de tal modo que, corregido por niveles de ingreso, educación y composición etarea del hogar, las familias con Obras Sociales acceden a niveles de cuidado más sistemáticos, que se traducen en desembolsos adicionales, incluso ante la probabilidad de inducción de demanda.

Sin embargo, estos coeficientes (positivos, significativos y crecientes, al 99% de confianza en gran parte de las especificaciones), son marcadamente más reducidos que aquellos asociados con la afiliación a empresas prepagas, cuyos valores llegan a superar desde cuatro veces aquellos de los seguros solidarios, corrigiendo por todos los factores educativos, de ingreso y demográficos ya especificados.

4.6- Gasto Financieramente Catastrófico

Finalmente, en esta sección se calcula el indicador tradicional de gasto financieramente catastrófico, medido como el porcentaje de la población que cae por debajo de la línea de pobreza en salud.

Para los tres años con los que se cuenta con información disponible (1997/8, 2004/5 y 2012/3) se calcula en la Tabla 8 esta trazadora internacional y se mide contra una línea de pobreza de 2,5 dólares diarios de 2004/5 y alternativamente con igual valor de este indicador, correspondiente a 1,9 dólares diarios de 2011³.

La Tabla muestra el porcentaje de la población total que debido a su gasto de bolsillo en salud puede caer en pobreza (columna 3), desagregando posteriormente por quintil de ingreso del hogar, para lo cual debió establecerse un desembolso promedio para cada integrante de la familia.

La tercera columna convalida la presencia de un movimiento a la reducción del gasto de bolsillo en salud, argumento ya mostrado párrafos arriba, como también una reducción de la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza. Ello permite considerar no sólo una transición hacia un menor desembolso de los hogares en el sector, sino en un cambio de precios relativos que facilita la mitigación del riesgo financieramente catastrófico de las familias.

Bajo cualquier especificación de línea de pobreza, el riesgo financiero cae de 4,2% de la población total en 1997/8 a 2,8% en 2005 y 0,6% en el 2012/3 utilizando los valores de 2004/5. Aplicando la línea de medición alternativa, esta transición es algo menos pronunciada, variando de 2,8% a 0,4% entre años extremos.

El análisis por quintil de ingreso observa asimismo alteraciones en las brechas relativas de gasto en salud entre grupos sociales. Tomando la línea de 2,5 dólares por persona, el escenario 2012/3 produjo una caída promedio de 86.16% en las erogaciones familiares en el sector, lo que se traduce en 82,2% menos gasto en el primer quintil y 84% en el quinto.

³ Definición: Se define como gasto empobrecedor cuando el gasto en no comida es mayor al de subsistencia (calculado en base a la línea de pobreza internacional) y el gasto menos el gasto en salud es menor al gasto de subsistencia, pasando esas personas a ser pobres

Tabla 8**Gasto Empobrecedor Ajustado por Adulto Equivalente**

Año	Variable	Total	Quintil de Ingreso Total del Hogar				
			Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
1997	LPI 2.5 USD por día (PPP 2005)	4,2	8,65	6,41	4,63	1,67	0,25
2005		2,8	5,12	4,62	2,91	1,64	0,30
2012		0,6	1,54	1,08	0,47	0,14	0,04
1997	LPI 1.9 USD por día (PPP 2011)	2,8	6,75	4,45	2,26	0,70	0,16
2005		2,0	4,71	3,14	1,70	0,95	0,11
2012		0,4	1,39	0,38	0,46	0,10	0,01

Fuente: Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares, INDEC

Estudiando los determinantes de caer bajo la línea de pobreza, y utilizando como variable dependiente una dicotómica que toma valor “1” en caso de que tal caída suceda, se estimaron diversas especificaciones probit para tres años. Las regresiones se presentan en la Tabla A2 del Anexo y sus efectos marginales en la media de cada variable se reportan en la tabla a continuación.

Claramente el nivel de riqueza, medido por las variables de quintiles se correlacionan negativa y con significancia estadística de 99% de confianza -en 2005 y 2010 y en los quintiles más ricos de las encuestas 2003-, con la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza debido a un shock financieramente catastrófico en salud.

Por su parte, y como se observó en los determinantes del gasto, la presencia de mayores de edad aumenta el riesgo financiero de los hogares, aunque el mismo podría ser más reducido en los últimos períodos. Al contrario, menores de edad ofrecen el efecto inverso en los niveles de desembolso del hogar.

Tabla 9
Probabilidad de caer bajo la línea de pobreza

VARIABLES	Var. Dep.: DF/dX (Cambio de Probabilidad de que caigan por debajo de la línea de pobreza (2.5USD))			
	Año 2003	Año 2003	Año 2005	Año 2010
	EUGSS 1	EUGSS 2	ENGHO	ENGHO
Quintil de Ingreso 2	-0.0188 (0.0129)	-0.0184 (0.0129)	-0.00203 (0.00292)	-0.00531*** (0.00112)
Quintil de Ingreso 3	-0.0161 (0.0148)	-0.0151 (0.0150)	-0.0218*** (0.00232)	-0.00635*** (0.00121)
Quintil de Ingreso 4	-0.0303** (0.0128)	-0.0288** (0.0127)	-0.0343*** (0.00250)	-0.00961*** (0.00154)
Quintil de Ingreso 5	-0.0490*** (0.0141)	-0.0467*** (0.0143)	-0.0570*** (0.00271)	-0.0149*** (0.00157)
menor14			-0.00434*** (0.000962)	-0.00142** (0.000578)
mayor65	0.104** (0.0448)	0.0879** (0.0439)	0.0186*** (0.00164)	0.00536*** (0.00107)
Obra social ⁽¹⁾	0.000418 (0.0153)		0.00658** (0.00256)	-0.00267 (0.00174)
Obra social sin PAMI ⁽¹⁾		-0.00649 (0.0150)		
PAMI ⁽¹⁾		0.0294 (0.0406)		
Prepaga ⁽¹⁾	0.118** (0.0591)	0.109* (0.0575)	0.0196*** (0.00675)	0.000771 (0.00285)
% Gasto en servicios de salud	0.0787** (0.0316)	0.0722** (0.0311)	-0.000730 (0.00545)	-0.00145 (0.00226)
% Gasto en medicamentos	0.0831*** (0.0298)	0.0786*** (0.0301)	0.0335*** (0.00290)	0.000849 (0.00148)
Observaciones	734	734	16310	11014

⁽¹⁾ Referencia: Sin cobertura de salud

Los gastos en medicamentos han incidido significativamente más en el riesgo financiero que aquellos asociados con los servicios de salud, aunque los resultados obtenidos de los análisis probabilísticos muestran una disminución relativa de este rubro sobre el total.

Finalmente, el peso de la seguridad social es marginal para exponer a sus beneficiarios a la línea de pobreza, en menos del 1% en el año 2005, pero sin efectos adicionales en el 2010. Por su parte, la cobertura de prepagas supo influir positiva y significativamente en el gasto catastrófico en salud, con porcentajes de 10% estimados en los valores medios de las variables. Esta significancia se redujo, sin embargo, en el último año estudiado.

5- Conclusiones y Debate

Del análisis de las últimas seis encuestas de hogares con información sobre cobertura y financiamiento de la salud en Argentina, este trabajo ha logrado identificar siete argumentos a testear y su evolución temporal mediante la comparación estática de al

menos tres momentos. Las variables seleccionadas cubren cobertura, satisfacción del estado de salud, tratamiento de enfermedades crónicas por quintil, rol desempeñado por el hospital público, gasto de bolsillo en salud de las familias y su incidencia en la generación de pobreza en los hogares.

De este set de variables se han extraído algunas conclusiones que reflejan una evolución positiva del sector, y permite identificar algunos ejes de investigación y gestión para la mejora del desempeño sectorial.

Como primera conclusión, el sistema de salud argentino se apoya profundamente en su subsistema de seguridad social, donde descansa la protección financiera de aproximadamente el 60% de la población. Esta característica organizacional permite una alianza entre el mundo del trabajo y la cobertura sanitaria de la fuerza laboral y su familia. Por tanto, los vaivenes en el espacio de la estructura del empleo derraman sobre la atención sanitaria.

Por su parte, el subsistema público retiene un papel protagónico en la absorción de riesgo financiero y sanitario de proteger la salud de los quintiles más pobres, especialmente el primero. La cobertura prepaga, en el entorno del 10% en las últimas décadas, sin embargo, refiere a la presencia de subsidios cruzados entre instituciones de la dimensión horizontal del sistema de salud, lo que amerita un debate sobre sus efectos en la sustentabilidad y la gobernabilidad sectorial.

Dentro del espacio público de prestación de servicios, el hospital muestra atender a poblaciones específicas, incluso concentradas en niños y mujeres jóvenes, principalmente, quienes reciben atención curativa, crecientemente asociada con estudios complementarios y salud vial y accidentes.

En este marco, el tipo de enfermedades atendidas por cada subsistema es amplio, con prevalencia de enfermedades transmisibles en el sector público. En general se observa mayor homogeneidad en el tratamiento del/la paciente cuya patología crónica fue identificada, y cierta convergencia a la homogeneidad en la adherencia a tratamientos crónicos, en particular dentro del subsistema de Seguridad Social.

En general, la población reporta satisfacción por su estado de salud, aunque con diferencias por quintiles de ingreso, educación y patología crónica reportada. Desde una mirada sistémica, la segmentación lleva a una especialización del prestador público en grupos poblacionales de menores recursos, al tiempo que la seguridad social ha mostrado, dependiendo del contexto macroeconómico de la hora, liberar recursos sociales para los más necesitados. Este fenómeno de sinergias estratégicas entre subsistemas debe ser cuidadosamente considerado al momento de establecer una agenda consistente y sustentable de cambio.

Asimismo, se concluye de los valores de desembolso familiar en salud mediante gastos de bolsillo, que la tendencia se dirige hacia espacios más protegidos financieramente, aunque manteniendo las brechas entre ingresos. El gasto de bolsillo es menor, tanto en términos del ingreso como en valores absolutos, variando del 6% al 4% del ingreso según el grupo social.

Documentos de Trabajo CEDES 142/2018

En la misma dirección, la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza debido a un shock financieramente catastrófico ha caído significativamente, llegando a un promedio del 86% entre quintiles. Persisten de todos modos espacios de inducción de demanda de los pacientes con mayor capacidad de pago, contemporáneos a diferenciales de atención dado el síntoma de una enfermedad.

En conclusión, se evidencian logros en el período 1997-2010 tanto en tratamiento como en financiamiento del sistema. Se infiere de los resultados obtenidos que aún existen espacios de eficiencia en el uso de los recursos que pueden ser abordados: desde el funcionamiento de redes para jerarquizar la consulta hospitalaria, hasta mecanismos de cambios de conducta para aumentar la adherencia de los/as pacientes a tratamientos de enfermedades crónicas.

Consolidar y potenciar estos logros implica profundizar en espacios de gestión de recursos y seguimiento de nuevas iniciativas de gestión de los resultados disponibles. Entre estos recursos se cuenta el acceso a fuentes de información más recientes que orienten la agenda de transformación sectorial.

6- Referencias

- Baeza, C. y T. Packard, (2006) Beyond survival. Protecting household from health shocks in Latin America. Washington, Standford University Press - The World Bank.
- Becker G. and Ehrlich I. (1972), Market insurance, self insurance and self protection. Journal of Political Economy; 80(4).
- Dabas, E. (2001) “Redes sociales, niveles de abordaje en la intervención y organización en red. Panorama.
- Dmytraczenko T, Almeida G, editors. (2014) “Toward Universal Health Coverage in Latin America and the Caribbean: Measuring Results of Programs to Extend Financial Protection and Access to Healthcare for the Poor”. Washington DC: The World Bank.
- Govindaraj, R., C.J.L. Murray y D. Chellaraj (1995). “Health Expenditures in Latin America”, World Bank Technical Paper Nro. 274.
- Hsiao, W.C. and P.R. Shaw (2008) “Social Health Insurance for Developing Nations.” Washington DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- Knaul, F.; Wong, R.; Arreola-Ornelas, H. (2012) “Financiamiento de la Salud en América Latina, Volume 1: gasto de hogares y empobrecimiento” (Colaborador), Ed., Global Equity Initiative, Harvard University.
- Kutzin, J. (2008). “Health financing policy: a guide for decision-makers”. WHO.
- Lustig, N. (2001), Shielding the poor. Social protection in the Developing World. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Lustig, N. (2001), Shielding the poor. Social protection in the Developing World. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (2018a) “Cobertura de Enfermedades de Alto Costo, y el Accionar del Sistema Único de Reembolso en Argentina. Pautas para un análisis de equidad asignativa”, Documento de Trabajo no.128, CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D. (2018b) “Morfología del Sistema de Salud Argentino. Descentralización, Financiamiento y Gobernanza”. Documento de Trabajo CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D. (2014) “Cuadrantes de análisis en los sistemas de salud de América Latina”, Documento de Trabajo Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), no.122.
- Maceira, D. (2001) “Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe.”, Iniciativas Latinoamericanas (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), Edición Especial 3.
- Maceira, D. (1998) "Distribución de Ingresos y Mix Público-Privado en la Provisión de Servicios de Salud: El Caso Latinoamericano.", Documento de Trabajo No.391,

Documentos de Trabajo CEDES 142/2018

Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, Noviembre.

- Maceira, D. (1996) "Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de Latinoamérica y el Caribe." Documento de Trabajo No.335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, Diciembre.
- Maceira, D. et al. (2014) "Capacidad Resolutiva y Desempeño de Redes Hospitalarias en Líneas de Cuidado Prevalentes. El Caso del Hospital Posadas y su Área de Influencia en la Zona Oeste de la Provincia de Buenos Aires". Documento de Trabajo no.127, Area de Economía, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), septiembre.
http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Doc_t/Doc_t127.pdf
- Maceira, D. y Espínola, N. (2017) "Garantía de Derechos, Protección Financiera y el Papel de las Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. Aportes para el Caso Argentino", Documento de Trabajo CEDES-Preservar Salud.
- Maceira, D., Palacios, A. y Urrutia, M. (2014) "Desempeño de Cabeceras de Redes Perinatales en la Provincia de Salta", Documento de Trabajo no.120, Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).
http://www.cedes.org/publicaciones/documentos/Doc_t/Doc_t120.pdf
- Ministerio de Salud Argentina - FESP (2011) "El acceso a la salud en Argentina. III Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, 2010".
- Organización Panamericana de la Salud (2007e): "Salud en las Américas", Publicación Científica y Técnica, nº 622, vol I- Regional.
- Organización Panamericana de la Salud (2007f) "Salud en las Américas", Publicación Científica y Técnica, nº 622, vol II - Países.
- Organización Panamericana de la Salud (2007g). "La cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma sectorial". OPS, Washington D.C.
- Organización Panamericana de la Salud (2008d): "Perfil del Sistema de Salud Paraguay: monitoreo y análisis de los procesos de cambio y reforma", Washigton D.C., tercera edición.
- OPS (2009) "Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en APS", 49 Consejo Directivo, 28 Septiembre- 2 Octubre, mimeo.
- Roberts, M.J., W. Hsiao, P. Berman y M.R. Reich (2008). "Getting Health Reform Right: a guide to improving performance and equity." Oxford University Press, Nueva York.
- Suárez, R., P. Henderson, E. Barillas y C. Vieira (1995). "Gasto en Salud y financiamiento: América Latina y el Caribe. Desafíos para la década de los noventa". Washington, D. C: Organización Panamericana de la Salud.
- van Doorslaer E, Wagstaff A. (1992) "Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons". Journal of Health Economics 1992;11 4:389-411.

Documentos de Trabajo CEDES 142/2018

- van Doorslaer E. (2000) "Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US". *Journal of Health Economics* 2000;19 5:553-83.
- Wagstaff, A. y Van Doorslaer; E. (2002) "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98."
- Wagstaff, A., T. Dmytraczenko, G. Almeida, C. Bredenkamp, L. Buisman, J. Cercone, D. Maceira, F. Mori-Sarti, G. Paraje, F. Ruiz, J. Scott M. Valdivia (2015) "Analizando los Progresos en América Latina para Alcanzar la Cobertura Universal en Salud", (coautor) *Health Affairs*, vol.34-no.10.
- World Health Organization (2010) "The World Health Report - Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage". Geneva: World Health Organization.
- World Bank, (1993) *Investing in Health. World Development Report*.
- World Bank, World Health Organization (2013) "Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels: A Framework". Joint WHO / World Bank Group Discussion Paper.
- World Bank, "World Development Indicators".
- World Health Organization (2000) "Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño en los sistemas de salud."
- Xu, K., D. Evans, K. Kawabata, R. Zeramdini, J. Klavusy C. Murray, (2003) "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis". *The Lancet*, 362.

Anexo A1**Probabilidad de Atenderse en un Hospital Público**

VARIABLES	Probit										
	Var. Dep.: P(atenderse en un hospital)										
	Año 2003			Año 2005			Año 2010			Pool	
	EUGSS			EUGSS			EUGSS			a	b
	1	2	3	1	2	3	1	2	3		
Quintil Ingreso 2	-0.101			0.136							
	(0.252)			(0.304)							
Quintil Ingreso 3	-0.798***			-0.482*							
	(0.257)			(0.286)							
Quintil Ingreso 4	-0.852***			-0.065							
	(0.260)			(0.296)							
Quintil Ingreso 5	-1.304***			-1.084***							
	(0.244)			(0.377)							
Tramo Ingreso 2							-0.991***				
							(0.313)				
Tramo Ingreso 3							-1.627***				
							(0.357)				
Tramo Ingreso 4							-2.137***				
							(0.515)				
Quintil Gasto en salud 2											-0.390
											(0.245)
Quintil Gasto en salud 3											-0.752***
											(0.271)
Quintil Gasto en salud 4											-1.193***
											(0.299)
Quintil Gasto en salud 5											-1.676***
											(0.302)
Ingreso alto	-0.756***			-0.385*			-1.137**			-0.715***	
	(0.165)			(0.213)			(0.459)			(0.110)	
Nivel educativo medio			-0.221			-0.086				-0.011	
			(0.191)			(0.217)				(0.108)	
Nivel educativo alto			-0.625***			-0.841***				-0.579***	
			(0.215)			(0.277)				(0.128)	
edad	-0.008	-0.007	-0.014***	0.003	0.004	0.002	-0.016*	-0.005	-0.005	-0.002	-0.003
	(0.005)	(0.005)	(0.005)	(0.007)	(0.007)	(0.007)	(0.008)	(0.007)	(0.003)	(0.003)	(0.006)
hombre	0.064	-0.011	-0.076	-0.316	-0.355*	-0.535***	0.328	0.176	0.002	-0.036	-0.088
	(0.185)	(0.177)	(0.170)	(0.219)	(0.214)	(0.206)	(0.221)	(0.215)	(0.096)	(0.108)	(0.183)
Obra social ⁽¹⁾	-2.041***	-2.131***	-2.200***	-2.029***	-2.050***	-2.063***	-0.602**	-0.974***	-0.866***	-1.712***	-1.984***
	(0.199)	(0.192)	(0.178)	(0.235)	(0.233)	(0.221)	(0.270)	(0.248)	(0.123)	(0.116)	(0.205)
Prepaga ⁽¹⁾	-2.279***	-2.385***	-2.511***	-2.392***	-2.464***	-2.543***	-1.933***	-1.904***	-1.293***	-2.219***	-1.671***
	(0.257)	(0.258)	(0.256)	(0.355)	(0.335)	(0.326)	(0.679)	(0.579)	(0.190)	(0.193)	(0.275)
consulta por embarazo	-0.157	-0.046	0.0436	0.570	0.568	1.107*			0.398	0.325	0.379
	(0.414)	(0.419)	(0.401)	(0.651)	(0.623)	(0.608)			(0.305)	(0.296)	(0.417)
consulta por chequeo	-0.522*	-0.461	-0.342	0.715	0.635	0.730	0.211	0.125	0.578***	0.105	-0.210
	(0.313)	(0.330)	(0.298)	(0.545)	(0.542)	(0.493)	(0.563)	(0.504)	(0.196)	(0.237)	(0.332)
consulta por enfermedad	-0.375	-0.248	-0.170	0.602	0.562	0.826*	-0.050	-0.09	0.539***	0.103	-0.007
	(0.288)	(0.305)	(0.267)	(0.528)	(0.524)	(0.472)	(0.551)	(0.490)	(0.184)	(0.226)	(0.294)
consulta por estudios	-0.856	-0.716	-0.616	0.474	0.517	0.866	1.678*	1.521*	0.986***	0.304	-0.372
	(0.534)	(0.577)	(0.517)	(0.687)	(0.679)	(0.615)	(0.916)	(0.867)	(0.300)	(0.345)	(0.549)
Consulta por accidentes	0.582	0.736	0.612	1.331*	1.149*	1.612**	0.999	0.329	0.514*	0.819**	0.533
	(0.572)	(0.540)	(0.501)	(0.708)	(0.690)	(0.677)	(0.823)	(0.836)	(0.309)	(0.362)	(0.501)
Constante	2.203***	1.832***	2.099***	0.253	0.222	0.163	2.028***	0.861	0.686***	0.984***	1.658***
	(0.390)	(0.367)	(0.388)	(0.538)	(0.525)	(0.502)	(0.684)	(0.561)	(0.247)	(0.252)	(0.469)
Dummies años											si
Observaciones	505	505	544	294	294	355	195	195	906	999	482
Seudo R2	0,514	0,491	0,474	0,442	0,413	0,443	0,256	0,177	0,124	0,352	0,449

Errores estándar robustos

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

⁽¹⁾ Referencia: Sin cobertura de salud

Anexo A2**Probabilidad de caer bajo la línea de pobreza**

Variables	Probit			
	Var. Dep.: Probabilidad de que caigan por debajo de la línea de pobreza (2.5USD)			
	Año 2003 EUGSS	Año 2003 EUGSS	Año 2005 ENGHO	Año 2010 ENGHO
Quintil de Ingreso 2	-0.287 (0.222)	-0.284 (0.223)	-0.0347 (0.0511)	-0.429*** (0.0916)
Quintil de Ingreso 3	-0.243 (0.251)	-0.228 (0.253)	-0.467*** (0.0570)	-0.536*** (0.0967)
Quintil de Ingreso 4	-0.513* (0.265)	-0.489* (0.266)	-0.833*** (0.0660)	-0.930*** (0.128)
Quintil de Ingreso 5	-0.947*** (0.344)	-0.903*** (0.343)	-1.473*** (0.0981)	-1.492*** (0.233)
menor14			-0.0727*** (0.0159)	-0.0849** (0.0331)
mayor65	0.795*** (0.235)	0.714*** (0.248)	0.312*** (0.0249)	0.320*** (0.0517)
Obra social ⁽¹⁾	0.00545 (0.200)		0.112** (0.0445)	-0.148* (0.0855)
Obra social sin PAMI ⁽¹⁾		-0.0876 (0.208)		
PAMI ⁽¹⁾		0.303 (0.334)		
Prepaga ⁽¹⁾	0.932*** (0.344)	0.891** (0.350)	0.269*** (0.0783)	0.0440 (0.156)
% Gasto en servicios de salud	1.027** (0.464)	0.954** (0.466)	-0.0122 (0.0911)	-0.0866 (0.137)
% Gasto en medicamentos	1.085** (0.435)	1.039** (0.446)	0.560*** (0.0481)	0.0508 (0.0887)
osea	0.160 (0.293)	0.181 (0.293)		
hepatica	-0.0981 (0.217)	-0.114 (0.218)		
corazon	-0.623 (0.460)	-0.642 (0.479)		
cancer	0.375 (0.545)	0.417 (0.547)		
diabetes	-0.0940 (0.355)	-0.100 (0.342)		
presion y colesterol alto	-0.00608 (0.242)	-0.00350 (0.245)		
Constante	-2.448*** (0.489)	-2.393*** (0.499)	-1.672*** (0.0626)	-1.711*** (0.0999)
Observaciones	734	734	16310	11014
Seudo R2	0,1152	0,1193	0,1646	0,1126

Errores estándar robustos entre paréntesis:

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

⁽¹⁾ Referencia: Sin cobertura de salud