

Estimación del Gasto Privado en Salud en la provincia de Buenos Aires

Noviembre 2019

MINISTERIO DE ECONOMÍA

SUBSECRETARÍA DE POLÍTICA Y COORDINACIÓN ECONÓMICA

Dirección Provincial de Estudios Económicos

Dirección de Análisis de Gasto Público

Autoridades

Gobernadora

María Eugenia Vidal

Vicegobernador

Daniel Salvador

Jefe de Gabinete de Ministro

Federico Salvai

Ministro de Economía

Damián Bonari

Subsecretario de Política y Coordinación Económica

Juan Sanguinetti

Directora Provincial de Estudios Económicos

María José Suárez Villabona

Director de Análisis de Gasto Público

Nicolás Epele

Autores

Damián Bonari (Coordinador General)

Martin Langsam

Florencia Hutter

Agustín Casarini

Rocío Navaridas

Se agradecen los aportes que hicieron Nicolás Epele, Juan Sanguinetti y Mariana Quarteroni, y a todos los organismos que generaron la información necesaria para que este trabajo fuera posible.

El presente trabajo es el resumen del informe final del proyecto “Estudio para la Estimación del Gasto en Salud en la provincia de Buenos Aires” financiado por el Consejo Federal de Inversiones (Expediente Nro. 18532 00 01) y ejecutado por la Fundación GESICA entre los meses de junio y octubre de 2019.

Índice general

Resumen ejecutivo	9
1. Introducción.....	12
2. Marcos metodológicos para la estimación del Gasto Privado en Salud	14
2.1. Sistema de Cuentas de Salud	14
2.2. Las estimaciones mediante encuestas.....	15
3. Antecedentes para la estimación del Gasto Privado en Salud	16
3.1. Literatura sobre determinantes del Gasto Privado en Salud	16
3.2. Mediciones del Gasto Privado en Salud en la Argentina.....	18
3.3. Mediciones del Gasto de Bolsillo en Salud para la Argentina	21
4. Metodología.....	23
4.1. Fuentes de información.....	23
4.2. Modelos de estimación.....	26
5. Resultados para la provincia de Buenos Aires.....	29
5.1. Análisis descriptivo del Gasto Privado en Salud de los hogares.....	29
5.2. Determinantes del Gasto Privado en Salud	32
5.3. Determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud	36
5.4. Determinantes del Gasto en Medicamentos	38
5.5. Proyecciones del Gasto Privado en Salud de los hogares	40
5.6. Proyecciones Gasto de Bolsillo en Salud.....	45
5.7. Proyecciones del Gasto en Medicamentos.....	50
6. Conclusiones	55
7. Limitaciones del presente estudio	57
8. Bibliografía	58

Índice de cuadros

Cuadro 1. Indicadores del Gasto Privado en Salud mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires resultantes de la Encuesta de Gastos de los Hogares (2004/2005). En pesos constantes de 2018	30
Cuadro 2. Indicadores del Gasto Privado en Salud per cápita mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires resultantes de la Encuesta de Gastos de los Hogares (2004/2005). En pesos constantes de 2018	31
Cuadro 3. Estimación de los factores determinantes del Gasto privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires (de bolsillo + seguros de afiliación voluntaria)	33
Cuadro 4. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto Privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes. En pesos constantes de 2018.....	35
Cuadro 5. Predicciones del Gasto Privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2018	36
Cuadro 6. Estimación de los factores determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires	37
Cuadro 7. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto de Bolsillo en Salud por hogar de la Provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes. En pesos constantes de 2018.....	38
Cuadro 8. Estimación de los factores determinantes del Gasto en Medicamentos por hogar de la provincia de Buenos Aires	39
Cuadro 9. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto en Medicamentos por hogar de la provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes. En pesos constantes de 2018.....	40
Cuadro 10. Gasto en Salud público y privado como porcentaje del Producto Bruto Geográfico. Modelo MCO	44
Cuadro 11. Gasto en Salud público y privado como porcentaje del Producto Bruto Geográfico. Modelo M2P.....	45

Índice de gráficos

Gráfico 1. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos corrientes.....	41
Gráfico 2. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2004.....	41
Gráfico 3. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2018.....	42

Gráfico 4. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos corrientes.....	43
Gráfico 5. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2004.....	43
Gráfico 6. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2018.....	44
Gráfico 7. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos corrientes	46
Gráfico 8. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2004	46
Gráfico 9. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2018	47
Gráfico 10. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos corrientes	48
Gráfico 11. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2004	48
Gráfico 12. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2018.....	49
Gráfico 13. Participación Gasto de Bolsillo en Salud en el Gasto Privado en Salud de la provincia de Buenos Aires. En porcentajes	50
Gráfico 14. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos corrientes	51
Gráfico 15. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2004	51
Gráfico 16. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2018	52
Gráfico 17. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos corrientes.....	52
Gráfico 18. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2004.....	53
Gráfico 19. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires. En miles de millones de pesos constantes de 2018.....	54
Gráfico 20. Participación del Gasto en Medicamentos en el Gasto de Bolsillo en Salud de la provincia de Buenos Aires. En porcentajes	54

Siglas y abreviaturas

ACAMI	Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas
ADECRA	Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina
ADEMP	Asociación de Entidades de Medicina Prepaga
AMBA	Área Metropolitana de Buenos Aires
APE	Administración de Programas Especiales
CAES	Cámara de Empresas de Salud
CCIF/COICOP	Clasificación de Consumo Individual por Finalidad
CEDES	Centro de Estudios de Estado y Sociedad
CENOC	Centro Nacional de Organizaciones de la Comunidad
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CFG/COFOG	Clasificación de Funciones de Gobierno
CFSIL/COPNI	Clasificación de las Finalidades de las Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares
CGPF/COPP	Clasificación de los Gastos de los Productores por Finalidades
CIIU	Clasificación Industrial Internacional Uniforme
CIMARA	Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de Medicina Prepaga
CIPPEC	Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento
CONFELISA	Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales
CPC	Clasificación Central de Productos
CPDH	Cuentas de Producción Doméstica de los Hogares
CSS	Cuenta Satélite de Salud
CSSSM	Cuenta Satélite del Sector Salud de México
DAGPyPS	Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales
DEIS	Dirección de Estadísticas e Información de Salud
DNCN	Dirección Nacional de Cuentas Nacionales
EMP	Empresas de Medicina Prepaga
ECV	Encuesta de Condiciones de Vida
EDS	Encuesta de Desarrollo Social
ENGHo	Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares
EUT	Encuestas de Uso del Tiempo

EUyGSS	Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud
FP	Clasificación de los Factores para la Provisión de Servicios de Salud
GAV	Gasto en Afiliación Voluntaria
GBA	Gran Buenos Aires
GBS	Gasto de Bolsillo en Salud
GM	Gasto en Medicamentos
GPrSa	Gasto Privado en Salud
HC	Clasificación de las Funciones de Atención de Salud
HF	Clasificación de los Esquemas de Financiamiento
HP	Clasificación de los Proveedores de Atención de Salud
IBGE	Instituto Brasileño de Geografía y Estadísticas
ICHA	Clasificación Internacional de Cuentas de Salud
INAES	Instituto Nacional de Asociativismo y Economía Social
INDEC	Instituto Nacional de Estadísticas y Censos
INDH	Informe Nacional de Desarrollo Humano
INSSJyP	Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados
IPC	Índice de Precios al Consumidor
ISCO	Clasificación Internacional de Ocupaciones
ISFLH	Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares
MCO	Mínimos Cuadrados Ordinarios
MECON	Ministerio de Economía de la Nación
MEFP 2001	Manual de Estadísticas de Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional
MGyF	Matriz de Gasto y Financiamiento
MIPar97	Matriz Insumo Producto Argentina 1997
MSAL	Ministerio de Salud de la Nación
MU	Matriz de Utilización
NBI	Necesidades Básicas Insatisfechas
OCDE	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
OSN	Obras Sociales Nacionales
OSP	Obras Sociales Provinciales

PBA	Provincia de Buenos Aires
PD	Pagos Directos
PIB	Producto Interno Bruto
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PUCO	Padrón Único Consolidado Operativo
SCN	Sistema de Cuentas Nacionales
SCS	Sistema de Cuentas de Salud
SSS	Superintendencia de Servicios de Salud
TNRS	Trabajo No Remunerado en Salud
UCA	Universidad Católica Argentina

Resumen ejecutivo

La medición del Gasto en Salud en cada país está condicionada, en parte, por la organización de su sistema sanitario. En el caso de los sistemas mixtos, como el argentino, se plantean las mayores dificultades tanto para la medición como para la formulación de políticas de reordenamiento del Gasto en Salud.

En la Argentina se desarrollaron diversos estudios de Gasto en Salud realizados a través de iniciativas gubernamentales y de centros de investigación a partir de los datos disponibles del sistema de administración financiera gubernamental, de las encuestas de gasto de los hogares, de la encuesta de utilización y gasto en servicios de Salud, y de las estadísticas de la Seguridad Social. Entre los primeros antecedentes de estudios de este tipo en el país, se encuentra el documento “Salud, Financiamiento y Solidaridad” (1973), publicado por la Dirección de Economía Sanitaria, que dependía de la entonces Subsecretaría de Salud Pública. Otro documento que intenta sistematizar esta información fue elaborado por el Ministerio de Salud y Acción Social en el año 1985. En el año 1987 el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) publica otro documento que tiene como objetivo la medición del gasto en salud y en medicamentos, y cuya intención es medir la totalidad del GPrSa, incluyendo no solo el que realizan los individuos sino también el de las empresas. Utiliza la Encuesta de Gasto de los Hogares (ENGHo 1985/86) desarrollada para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) como fuente principal para la medición. Durante la década del 90 se realizan diversos esfuerzos por sistematizar estos análisis con mayor grado de intensidad. El Ministerio de Salud de la Nación publica un estudio comparando los resultados de las Encuestas de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUyGSS) de los años 1969, 1980 y 1989 y el trabajo realizado por el CEDES. La EUyGSS de 1989 se realizó como un módulo adicionado a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), en acuerdo con el INDEC, experiencia que se replicó en Rosario a fines de 1993. Esta última fue utilizada como referencia durante muchos años. En 1996 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación publicó los resultados de una encuesta de utilización y gasto realizada en el área metropolitana. Pero tal vez, el mayor avance a nivel de las fuentes de información sobre el GPrSa lo constituya la Encuesta de Gasto de los Hogares realizada en 1997 por el INDEC, sobre una muestra representativa del país en su conjunto, con más de 30 mil casos (Tobar et al, 2000). El estudio de la Fundación ISALUD (2000) destacaba la necesidad de contar con estimaciones del Gasto de Bolsillo en Salud y diez años después, el diagnóstico es similar de acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano (INDH) realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD, 2011). Por su parte, el estudio “Estimaciones del Gasto en Salud. Argentina. Año 1997 y proyecciones” realizado por los Ministerios de Salud y de Economía (2001) calculó de manera sistematizada, por primera vez, el gasto de las empresas destinado a la adquisición de cobertura de seguros médicos (seguros voluntarios) para sus empleados (éste se engloba en el gasto de seguros voluntarios) y en medicina laboral, así como el gasto de las ISFLH. El gasto de las familias surgió, como en otros

estudios, de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) (1996/97), que tuvo una amplia cobertura de los aglomerados más importantes del país y fue ajustada para alcanzar el 100% de la población (Levcovich, 2002).

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) y la Dirección de Economía de la Salud (DES) ha realizado diversos esfuerzos en pos de sistematizar la información sobre utilización y gasto en servicios de salud en nuestro país. Este sentido durante el año 2013 la DES encargó una estimación a partir de los datos aportados por la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) que debería ser actualizada y ajustada a partir de los datos de las sucesivas ondas de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Este trabajo (Bonari, 2014)¹ se puede tomar como la principal referencia conceptual y metodológica del presente documento, aplicado en esta ocasión a la provincia de Buenos Aires.

Desde el punto de vista metodológico, -estos trabajos permitieron conocer el nivel de Gasto según financiadores y su asignación a determinados bienes y servicios (medicamentos en particular o gasto desagregado de los hogares). Sin embargo, aún no han alcanzado reconocimiento unánime en lo que respecta al método de cálculo del Gasto Privado en Salud (GPrSa).

El GPrSa se define como la sumatoria de gastos relativos al cuidado de la Salud financiados por todos los residentes y unidades institucionales que no pertenezcan al gobierno o a la Seguridad Social². Esta definición la proponen de manera conjunta la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y Eurostat, e incluye los hogares, las empresas (que no son aseguradoras de Salud), las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH) y los seguros privados de Salud.

En este contexto el presente documento aplica una metodología de estimación del GPrSa que permite aportar una herramienta de cuantificación del mismo para la toma de decisiones en materia de política de Gasto en Salud, en especial para el ámbito de la provincia de Buenos Aires (PBA).

A partir de la ENGHo (2004/05) se estimaron los determinantes del GPrSa a través de distintos modelos econométricos, lineales y no lineales. A partir de las pruebas de robustez aplicadas, este trabajo propone utilizar como metodología el modelo en 2 partes como mejor forma de estimación de los determinantes del GPrSa para PBA. Los modelos estimados fueron proyectados en un panel de datos construido a través de las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) para el período correspondiente a los segundos trimestres de los años 2004-2018. Con dichas proyecciones, se

¹ Las estimaciones realizadas en el marco del proyecto realizado para la DES del Ministerio de Salud de la Nación en el año 2013 y el consecuente documento final no fueron finalmente publicadas. El modelo econométrico y los resultados de dicho trabajo fueron luego presentadas en congresos y publicados por parte del equipo de trabajo original en un informe técnico de la Universidad Isalud (Monteverde, Jorgensen, s/f). Para el presente trabajo hemos utilizado como referencia el documento final del proyecto original, citado como Bonari, (2014) mimeo.

² Esta definición responde a la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA-HF) del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. Para más detalle consultar el documento de RaviRannan-Eliya y Luca Lorenzoni (2010) y los documentos de la OCDE sobre Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

obtuvo el GPrSa promedio de los hogares urbanos de la PBA, el cual fue expandido considerando proyecciones poblacionales provenientes de datos censales, provistos por INDEC.

De manera resumida los principales resultados son:

- La proyección del Gasto en Salud promedio mensual de los hogares para el año 2018 es de \$2.406 (en pesos de 2018), un 36% más alto que el proyectado para 2004 en términos constantes.
- El GPrSa resultó un 3,4% del Producto Bruto Geográfico de la Provincia en el año 2017.
- El GPrSa en términos del Producto Bruto Geográfico de la Provincia creció 24,1% durante el periodo 2004-2017.
- Los desembolsos privados en materia de afiliación voluntaria alcanzaron un 23,6% del Gasto Total en Salud en el año 2018.
- Los desembolsos privados en materia de afiliación voluntaria aumentaron un 6% en términos del gasto total en Salud durante el período 2004-2018.
- El gasto en medicamentos se mantuvo estable con respecto al total de Gasto en Salud alcanzando el 56% del gasto del hogar en Salud en el año 2018.
- Las estimaciones de la elasticidad ingreso del GPrSa, calculada para distintos niveles de ingreso resulta, en todos los casos, con un valor menor a 0, lo cual indica el hecho intuitivo de que los gastos en Salud son bienes de primera necesidad.
- Las variables que explican en términos estadísticamente significativos el GPrSa en la PBA son: la edad del jefe de hogar, el nivel educativo (alto) del jefe de hogar, el sexo del jefe de hogar, el ingreso total familiar, el acceso a cobertura médica del jefe de hogar (indicador proxy del ingreso permanente del hogar), la proporción de adultos mayores de 65 años en el hogar y, por último, la pertenencia a la región geográfica GBA.

1. Introducción

En la evolución reciente de los sistemas sanitarios se destaca el aumento constante del gasto en Salud, producto de los cambios demográficos y epidemiológicos, los continuos avances tecnológicos y su difusión masiva, la mejora en el ingreso per cápita de la población y la mayor conciencia de la población sobre sus derechos.

Desde mediados de la década del 70 del siglo pasado, los presupuestos de Salud de los países desarrollados ingresaron en una espiral inflacionaria superior a la registrada en los demás sectores. Este fenómeno, motivó el desarrollo de un amplio y vasto conjunto de medidas para contener el gasto en Salud por parte de los gobiernos. En este contexto, también comienza el desarrollo de la economía de la Salud, en tanto disciplina capaz de dar respuestas a esta problemática: a nivel macro, estableciendo los niveles de gasto adecuados al país; y a nivel micro, analizando qué modelos de asignación de recursos resultarían más adecuados.

Estas cuestiones alertaron sobre la necesidad creciente de disponer de un sistema de información que releve y procese datos económico-financieros y físicos del sector Salud en forma sistemática, periódica, homogénea, con una estructura de desagregación adecuada para su utilización en distintos niveles de gestión y que permita analizar la utilización de los recursos de manera transparente y consistente.

Sin embargo, la medición del Gasto Privado en Salud (GPrSa) es una tarea compleja que involucra un conjunto de definiciones. Durante las últimas cuatro décadas, expertos de diversos ámbitos han propuesto mediciones del gasto sanitario con distintas metodologías y con resultados dispares.

La medición del gasto en Salud en cada país estará condicionada, en parte, por la organización de su sistema de Salud. En aquellos países donde predomine un modelo universalista, los esfuerzos deberán concentrarse en la exactitud del registro del Gasto Público. Mientras que en los países que impere un sistema de seguros sociales, la atención recaerá sobre el gasto de las instituciones prestatarias o aseguradoras, mayoritariamente financiado mediante contribuciones y aportes sociales. Por último, en los países donde predomine el mercado de aseguradoras privadas, el foco estará puesto sobre el componente privado del gasto, el cual está integrado por el gasto en primas y por el denominado desembolso directo de las familias (en medicamentos, pago directo por los servicios, copagos y tickets moderadores, etc.).

Los sistemas de Salud mixtos, como el argentino, son aquellos donde no existe subsector hegemónico. Estos sistemas plantean las mayores dificultades tanto para la medición como para el uso posterior de los resultados obtenidos: la formulación de políticas de reordenamiento del gasto.

Una de las dificultades de medición que surgen en este tipo de sistemas radica en el registro de los subsidios indirectos que se plantean entre subsectores³.

En la República Argentina se desarrollaron diversos estudios de gasto en Salud, realizados a través de iniciativas gubernamentales y de centros de investigación a partir de los datos disponibles del sistema de administración financiera gubernamental, de las encuestas de gasto de los hogares, de la encuesta de utilización y gasto en servicios de Salud, y de las estadísticas de la Seguridad Social. Desde el punto de vista metodológico, si bien estos trabajos permitieron conocer el nivel de gasto según financiadores y su asignación a determinados bienes y servicios (medicamentos en particular o gasto desagregado de los hogares), aún no han alcanzado reconocimiento unánime en lo que respecta al método de cálculo del Gasto Privado en Salud (GPrSa).

El GPrSa se define como la sumatoria de gastos relativos al cuidado de la Salud financiados por todos los residentes y unidades institucionales que no pertenezcan al gobierno o a la Seguridad Social⁴. Esta definición la proponen de manera conjunta la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico), la OMS (Organización Mundial de la Salud) y Eurostat, e incluye los hogares, las empresas (que no son aseguradoras de Salud), las instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLH) y los seguros privados de Salud.

El presente documento elabora y aplica una metodología de estimación del GPrSa de los hogares para la provincia de Buenos Aires. En esta dirección, el informe de avance se organiza de la siguiente manera.

El capítulo 2 describe los marcos metodológicos para la estimación del GPrSa, esto es, el sistema de Cuentas de Salud (SCS) y la estimación mediante encuestas. En el capítulo 3, se presente una revisión de los antecedentes en materia de estimación del GPrSa, tanto en el contexto internacional como para el caso argentino. El capítulo 4 describe la metodología aplicada en el presente trabajo, fuentes de información y modelos de estimación explorados. En el capítulo 5 se presentan los resultados obtenidos para la estimación del GPrSa para la provincia de Buenos Aires. El capítulo 6, a modo de síntesis, presenta las conclusiones sobre el proceso de elaboración realizado y los resultados obtenidos, para culminar en el capítulo 7 con las reflexiones sobre las limitaciones del presente estudio.

³ Tobar, Federico, coordinador (2002): "EL gasto en Salud en Argentina y su método de cálculo". Ediciones ISALUD. Buenos Aires.

⁴ Esta definición responde a la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA-HF) del Sistema de Cuentas Nacionales de Salud. Para más detalle consultar el documento de RaviRannan-Eliya y Luca Lorenzoni (2010) y los documentos de la OCDE sobre Sistema de Cuentas de Salud (SCS).

2. Marcos metodológicos para la estimación del Gasto Privado en Salud

En los últimos 15 años, los estudios de gasto en Salud elaborados en diversos países se desarrollaron dentro del marco de Sistemas de Cuentas de Salud (SCS), basados en recomendaciones y propuestas metodológicas de la OCDE, de la OMS y Eurostat. Estos sistemas, por definición, persiguen reflejar el conjunto de transacciones y flujos que se verifican dentro de ciertos límites de la economía que definen al sector Salud de cada país.

2.1. Sistema de Cuentas de Salud

Estos sistemas de contabilidad requieren un previo análisis del sistema de Salud al cual se aplicará la identificación de los esquemas de financiamiento, las fuentes de ingreso y las unidades institucionales financiadoras o gestoras de esos esquemas.

El GPrSa es un recorte de estos análisis generales, que identifica cuatro grandes instituciones que producen este gasto: los hogares, las empresas (que no son aseguradoras de Salud), las ISFLH y los seguros privados de Salud. Estos últimos canalizan los fondos recibidos de los hogares y de las empresas que adquieren seguros de manera voluntaria para sus empleados, por lo tanto, se consideran financiadores indirectos.

Sin embargo, la definición de GPrSa es operativa y depende, en parte, de cuál sea el interés por conocer este agregado, siempre que se expliciten claramente los criterios adoptados.

Dentro de este marco se encuentran las metodologías de Cuenta Satélite de Salud (CSS) y de Sistema de Cuentas de Salud (SCS). La CSS utiliza como marco de referencia el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), que permite desglosar las actividades clasificadas en el Sistema de Cuentas con la finalidad de estudiar un área determinada, en este caso Salud. El SCS proporciona un estándar para la clasificación de los gastos en Salud de acuerdo con tres ejes (de consumo, provisión y financiamiento), y brinda orientación y apoyo metodológico en la elaboración de las cuentas de Salud.

El SCS 2011 delimita la frontera de la atención de Salud de acuerdo a una clasificación funcional en el marco del sistema de Salud, descrito por la OMS, que lo define como el conjunto de todas las organizaciones, instituciones, recursos y personas cuyo propósito principal es mejorar la Salud. En este marco son esenciales para alcanzar el propósito, cuatro componentes o funciones (rectoría, generación de recursos, financiamiento y provisión de servicios) que sirven también como las normas por las que, en última instancia, se miden sus rendimientos.

2.2. Las estimaciones mediante encuestas

Las Cuentas Nacionales de Salud habitualmente usan aproximaciones mediante encuestas para la estimación de los gastos de bolsillo de los hogares (Ravi Rannan-Eliya, 2010). En algunos casos, la misma se complementa con estimaciones de consumo de las cuentas y/o con información de registros o de encuestas a empresas que capturan el GBS desde el lado de los oferentes y prestadores de los bienes y servicios de Salud.

En la práctica muchos países utilizan una combinación de métodos y fuentes en la medida de que disponen de datos confiables para componentes específicos del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS), más allá de las encuestas de gastos de los hogares. Esta perspectiva de realizar estimaciones basadas en fuentes y metodologías combinadas, sería la más recomendada, dados los problemas de las estimaciones basadas en las encuestas a hogares (Ravi Rannan-Eliya, 2010).

3. Antecedentes para la estimación del Gasto Privado en Salud

3.1. Literatura sobre determinantes del Gasto Privado en Salud

Debido a la importancia del ingreso como determinante del gasto en Salud, existe un cuerpo importante de la literatura que se centra en la medición de la elasticidad ingreso de dicho gasto (Joseph Newhouse, 1977; Thomas Getzen, 2000; Carlos Cruz Rivero et al., 2006; Karina Temporelli y Germán Gonzales, 2008; Joan Costa-Font et al., 2009; y Marwa Farag, et al. 2012, entre otros).

La literatura específica de la elasticidad ingreso, a su vez, se divide en dos grupos: los trabajos que intentan medir la relación entre los agregados del gasto e ingreso (o PIB de los países) y aquellos que se centran en la relación entre el gasto y el ingreso de los individuos o de las familias.

Los trabajos de Thomas Getzen (2000) y de Joan Cota-Font et al (2009), buscan resumir y conciliar la discusión sobre la naturaleza de la relación, y encuentran que, dependiendo del nivel de agregación del análisis, los cuidados de Salud se comportan como un bien de lujo o un bien necesario, con elasticidades mayores que 1 cuando se trata de agregados macroeconómicos (regiones, países) y entre 0 y 1 a nivel microeconómico (de individuos y familias).

Sin embargo, estudios más recientes sobre la elasticidad ingreso agregada, que se basan en datos de panel, concluyen que aún desde la perspectiva macroeconómica los cuidados de Salud se comportan como un bien necesario y no como un bien de lujo, con elasticidades ingreso entre 0,8 y 0,9. Las diferencias de elasticidades observadas entre los modelos clásicos de mínimos cuadrados ordinarios con series transversales o series de tiempo y los modelos basados en datos de panel, podrían obedecer al hecho de que el ingreso de los países está correlacionado con factores como el cambio tecnológico, los niveles de cobertura de los seguros de Salud y la estructura etaria de las poblaciones, cuyos efectos sobre el gasto en Salud no pueden ser correctamente separados del efecto ingreso con los modelos clásicos (MarwaFarag, et al. 2012).

La comparación entre resultados de estimaciones a nivel micro realizadas en diversos estudios muestra, además, la existencia de comportamientos de la elasticidad ingreso del gasto diferentes, cuando se trata de individuos asegurados (es decir, con seguros de Salud) y de individuos no asegurados:

Entre los asegurados la elasticidad es cercana a 0 o incluso negativa, como muestran los trabajos de Newhouse y Phelps, 1976; Sunshine y Dicker, 1987; Wagstaff et al. 1991; Hann y Lefkowits, 1992 y T Getzen, 2000).

Entre los no asegurados o donde los GBS son más significativos, la elasticidad ingreso es mucho mayor (de 0,2 a 0,7) según muestran los trabajos de Falk et al., 1933; Anderson et al., 1960; y Weeks, 1961 (en Getzen, 2000).

Otra diferencia fundamental según el nivel de agregación del análisis (individuos, familias o regiones, y países) son los propios determinantes del gasto. Mientras que a nivel de los individuos y las familias la mayor variación del gasto se asocia con diferencias individuales en el estado de Salud (entre el 50% y el 90%), los estudios tanto transversales como de series de tiempo para períodos relativamente largos a nivel macro muestran que las mayores variaciones se deben a diferencias en el ingreso per cápita y que las diferencias en el estado de Salud de las poblaciones tiene efectos despreciables (Getzen, 2000).

Por último, las diferencias en la elasticidad ingreso del gasto en Salud, así como en la importancia de los otros determinantes de dicho gasto según el nivel de análisis, dependen de la unidad que efectúa la decisión y de las restricciones presupuestarias que enfrentan las diferentes unidades de observación. Para algunos tipos de cuidados (o tipos de gastos en Salud), la decisión del gasto se realiza a nivel individual y está sujeta estrictamente al presupuesto de las familias, cuando las mismas no cuentan con seguros de Salud o no tienen acceso a servicios públicos gratuitos. Para las familias con seguros, por su parte, el presupuesto para Salud está dado por la media de ingreso del grupo, y por lo que éste colectivamente está dispuesto a gastar en cuidados médicos (aunque la necesidad sea individual), afectando de esta manera a la restricción presupuestaria de todos los del grupo y relajando la restricción impuesta por el ingreso de cada paciente de forma individual. Por su parte, el gasto público es decidido y está sujeto a las restricciones presupuestarias que imponen los presupuestos públicos, y ello está directamente relacionado con el nivel de ingresos agregado o el PIB, al menos en el mediano y largo plazo. Por ello, la unidad de observación del análisis se debe corresponder con la unidad que toma la decisión, lo cual a su vez depende del tipo de gasto en Salud (público, privado, privado de las empresas, privado de las familias, etc.).

En el caso del GBS, la unidad de decisión es la familia (y con algún peso mayor el jefe de la misma) y, por lo tanto, más allá de que el objetivo sea la estimación agregada del GBS para la provincia, la unidad de análisis relevante para sus determinantes es la familia/hogar.

De acuerdo a la literatura y evidencia empírica específica sobre los determinantes del GBS (Susan Parker y Rebeca Wong, 1997; Charles Phelps, 1997; Deanna Sharpe, Jessie Fan and Gong-Soog Hong, 2001; y Ana Torres y Felicia Knaul, S/F; Felicia Knaul, Rebeca Wong y Héctor Arreola-Ornelas, 2012), los principales determinantes de este tipo de gasto incluyen, además del ingreso, otras variables que se pueden agrupar en:

- Factores socio-económicos: ingresos, educación y empleo
- Factores demográficos: edad y sexo
- Composición del hogar: tamaño del hogar, lugar de residencia (urbano-rural), cantidad de niños y cantidad de mayores (a 64 años)
- Cobertura de Salud: del jefe del hogar y de los otros miembros
- Presencia de enfermedad

- Información y preferencias

Los trabajos empíricos que buscan medir los determinantes del GBS generalmente se realizan sobre la base de información transversal proveniente de encuestas a hogares y, por ello, no abordan el efecto de las variaciones en el tiempo en los precios de los bienes y servicios de Salud sobre el mismo. El trabajo de Susan Parker y Rebeca Wong (1997) aborda el tema precios, aunque no lo hace desde una perspectiva temporal, sino reconociendo que debido a la complejidad del sistema de Salud (en ese caso en México, aunque es extrapolable a la Argentina) las familias tienden a enfrentar diferentes precios por bienes y servicios en Salud similares, lo que intentan capturar a través de la inclusión de variables dummies de áreas geográficas y de cobertura de seguros de Salud, asumiendo que las diferencias en los precios obedecen en gran parte a diferencias geográficas y a la condición de aseguramiento de las familias.

Sin embargo, la evolución temporal de los precios de los bienes y servicios de Salud cobra especial relevancia, en la medida que este trabajo busca estudiar, entre otros aspectos, los determinantes del GBS con el objetivo específico de que sirva como herramienta de proyección. A pesar de ello, no es posible cuantificar la elasticidad precio del GBS, debido a que no se cuenta con series o datos de panel suficientemente largos en el tiempo como para medir la evolución del GBS.

En particular, la importancia del análisis de la elasticidad precio del gasto en Salud parecería explicarse por el hecho de que los precios de estos bienes y servicios tienden a incrementarse a una tasa superior al del nivel general de precios y de salarios y, por tanto, podrían tener una influencia importante sobre la demanda de los cuidados de Salud. La evidencia en este sentido parece ser clara para países desarrollados como EE.UU., donde el ritmo de crecimiento del nivel general de precios es relativamente bajo mientras que los precios de los bienes y servicios de Salud aumentan a una tasa mayor.

3.2. Mediciones del Gasto Privado en Salud en la Argentina

Entre los primeros antecedentes donde se presentan resultados para este tipo de mediciones en el país, se encuentra el documento “Salud, Financiamiento y Solidaridad” (1973), publicado por la Dirección de Economía Sanitaria, que dependía de la entonces Subsecretaría de Salud Pública. Otro documento que intenta sistematizar esta información fue elaborado por el Ministerio de Salud y Acción Social en el año 1985. Ambos presentan los resultados de las primeras encuestas que relevan aspectos del GPrSa en la Argentina, y comparan el Gasto Directo en Salud con el resto de los componentes del gasto en Salud (público y Seguridad Social). Allí señalan que para 1970 el GPrSa representaba el 52% del Gasto Total, y que caía al 34% para 1980. Resultados similares obtienen Isuani y Mercer (1985), cuando estiman el GPrSa para 1980 (35% del Gasto Total).

En el año 1987 el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) publica otro documento que tiene como objetivo la medición del gasto en Salud y en medicamentos, y cuya intención es medir la totalidad del GPrSa, incluyendo no solo el que realizan los individuos sino también el de las empresas.

Utiliza la Encuesta de Gasto de los Hogares (ENGHo (1985/86)) desarrollada para el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) como fuente principal para la medición. Los resultados de ese estudio muestran dos aspectos salientes. Por un lado, varía la participación del Gasto Directo en Salud sobre el Gasto Total de los Hogares con respecto a las encuestas de los años 70 y 80. Esta relación alcanza el máximo valor en 1970 (9,4%), para luego descender a 6,2% en 1980 y mantenerse estable para 1985 (6,4%). Por otro lado, varía también la composición de ese gasto, donde la participación de los medicamentos pasa de cerca del 40% a casi el 60% (40% en 1970, 34% en 1980 y 57% en 1985). Asimismo, el estudio estima que el 34% del gasto en Salud es privado.

El estudio de Diéguez y otros (1991) estimó el Gasto Directo en Salud partiendo de la misma encuesta -aunque con otro nivel de procesamiento-. Utilizando otra metodología para expandir los datos obtenidos para el conglomerado del Gran Buenos Aires, ambos estudios llegaron a un resultado similar (Levcovich et al, 2002).

Durante la década del 90 se realizan diversos esfuerzos por sistematizar estos análisis con mayor grado de intensidad. El Ministerio de Salud de la Nación publica un estudio comparando los resultados de las Encuestas de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUyGSS) de los años 1969, 1980 y 1989 y el trabajo realizado por el CEDES. La EUyGSS de 1989 se realizó como un módulo adicionado a la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), en acuerdo con el INDEC, experiencia que se replicó en Rosario a fines de 1993. Esta última fue utilizada como referencia durante muchos años. En 1996 el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación publicó los resultados de una encuesta de utilización y gasto realizada en el área metropolitana. Pero tal vez, el mayor avance a nivel de las fuentes de información sobre el GPrSa lo constituya la Encuesta de Gasto de los Hogares realizada en 1997 por el INDEC, sobre una muestra representativa del país en su conjunto, con más de 30 mil casos (Tobar et al, 2000).

El estudio de la Fundación ISALUD (2000) destacaba la necesidad de contar con estimaciones del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) y diez años después, el diagnóstico es similar de acuerdo al Informe Nacional de Desarrollo Humano (INDH) realizado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD).

Por su parte, el estudio “Estimaciones del Gasto en Salud. Argentina. Año 1997 y proyecciones” realizado por los Ministerios de Salud y de Economía (2001) calculó de manera sistematizada, por primera vez, el gasto de las empresas destinado a la adquisición de cobertura de seguros médicos (seguros voluntarios) para sus empleados (éste se engloba en el gasto de seguros voluntarios) y en medicina laboral, así como el gasto de las ISFLH. El gasto de las familias surgió, como en otros estudios, de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) (1996/97), que tuvo una amplia cobertura de los aglomerados más importantes del país y fue ajustada para alcanzar el 100% de la población (Levcovich, 2002).

Por su parte, el INDH del año 2010 (publicado en el año 2011) sostiene que en Argentina un 49,2% del gasto en Salud es financiado por las propias familias a través del GBS y menciona como fuente datos de la OMS para el año 2007 (PNUD, 2011).

Al no existir estimaciones oficiales de GPrSa desde 2001 (cuando representaba 4% del PIB), en algunos estudios se ha citado la estimación realizada por la OMS (aunque la misma menciona tomar como referencia fuentes oficiales). En los informes de los últimos años de “Estadísticas Sanitarias Mundiales”, publicados por la OMS el GPrSa alcanza un valor de 44%. Según datos del Banco Mundial, el GPrSa alcanzaría aproximadamente el 50% del Gasto Total en Salud (World Bank Data Bank), para el 2010.

Según Tobar, Olaviaga y Solano (2012), el gasto privado para el año 2010 representaba una cifra similar, el 36% del Gasto Total en Salud; y se componía 30,5% GBS y 5,6% de gasto en seguros. Este estudio refiere haber seguido la misma metodología utilizada para el estudio del año 2002 por Tobar et al.

El Ministerio de Salud a través de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (DEIS) ha realizado diversos esfuerzos en pos de sistematizar la información sobre utilización y gasto en servicios de Salud. Esto se manifiesta en el informe de la Encuesta del 2005 donde se señala que la misma integra una corriente de encuestas a población sobre utilización y gastos en servicios de Salud, siendo el segundo relevamiento nacional sobre el tema. Encuestas anteriores, básicamente sobre el Área Metropolitana de Buenos Aires u otros aglomerados urbanos, tuvieron lugar en 1969, 1980, 1989, 1993, 1995, 2001 y 2003.

Por otra parte, en el trabajo de la Dirección de Economía de la Salud (Pippo Briant, 2009) se estima y proyecta el Gasto de los Hogares en Salud (GHS) para el período 1997-2007, utilizando los datos de la ENGHo (1996/97). Allí se aplica un modelo de regresión que asume que dicho gasto es una función lineal, que depende del consumo privado y de los precios. En este marco, el estudio de la DES estima un GHS anual para la Argentina en 1997 de 8.757 millones de pesos (a precios corrientes), cifra que representaría el 2,99% del PBI (Pippo Briant, 2009). En este trabajo se presenta además una estimación del GHS con y sin los gastos de afiliación voluntaria para el año 2004/2005, a partir de los datos de la EUyGSS. Estas estimaciones corresponden a promedios mensuales (no anuales) y se encuentran desagregadas para cada uno de los rubros que componen dicho gasto. El valor correspondiente al GHS sin los gastos de afiliación voluntaria, sería el que mejor aproxima el GBS. Según dicha estimación, el gasto medio mensual en Salud de los hogares (sin afiliación voluntaria) en 2004/2005 para la Argentina habría sido de 1.062 millones de pesos (Pippo Briant, 2009).

Los diversos estudios analizados muestran fluctuaciones en los resultados obtenidos a lo largo de los años, pero éstas se profundizan en los últimos años. Algunos estudios siguen tomando como valor apropiado el correspondiente al estudio conjunto del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía debido a la envergadura del mismo, mientras que en los últimos años fueron publicados análisis de

menores dimensiones y que muestran un cambio sustantivo en la composición del gasto en Salud. Esta consideración no es menor, en tanto que los primeros se hallarían en un valor cercano al 50% del gasto total, mientras que los segundos se aproximarían al 35%.

La revisión expuesta muestra que en la Argentina no existe una única metodología que arroje el valor del GPrSa. Se han hecho diferentes intentos que tienen por finalidad estimarlo, pero, a excepción del elaborado por los Ministerios de Salud y Economía, ninguno obtiene un reconocimiento unánime. A continuación, se presentan los aspectos salientes de las metodologías utilizadas en cada uno de los estudios relevados.

La metodología utilizada en el estudio conjunto de los Ministerios de Salud y Economía es considerada la de mayor robustez técnica. Los datos que provienen de la Encuesta de Hogares son validados con los de la Cuenta de Consumo del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN). Esto permitió, no solo medir la participación del GPrSa en el total del gasto, sino además describir con grado de detalle su financiamiento y utilización. Requirió un importante esfuerzo de articulación entre instituciones del sector público (ambos ministerios e INDEC, entre otros) y la participación de una amplia red de instituciones sectoriales. Esto último aumenta la complejidad de la tarea, debido a la considerable atomización del sector Salud en términos de financiadores y proveedores.

Las metodologías utilizadas en los estudios de González García et al (1985), Isuani y Mercer (1985), Diéguez y Petrecolla (1991) y Tobar et al (2002 y 2012) requieren del acceso a encuestas de hogares y la definición de criterios para poder ajustar los valores que de allí surgen, y proyectarlos a la totalidad del país.

Es importante señalar que las encuestas de hogares no relevan el componente vinculado a gasto de las empresas, ni de las ISFLH. No se hace mención sobre este aspecto en el estudio de Isalud, pero sí en el de González García, tal como se señaló más arriba.

Las EUyGSS son publicadas con frecuencia, por lo que existe disponibilidad de información actualizada proveniente de las mismas. Sin embargo, limitaciones en su tamaño y las metodologías empleadas para expandirla al total del país, podrían causar errores significativos.

Finalmente cabe mencionar que cualquier metodología que tenga como fuente la utilización de encuestas permitirá, con diferentes niveles de riesgo (de acuerdo al tamaño de la muestra y el área geográfica de referencia), estimar la composición del GBS. Sin embargo, será necesario contar con la Cuenta de Consumo del SCN al momento de hacer las estimaciones, para establecer si la agregación de los datos obtenidos es compatible.

3.3. Mediciones del Gasto de Bolsillo en Salud para la Argentina

Se considera GBS al desembolso directo y neto de los reembolsos que se reciban del sistema de Salud o del seguro al que se esté afiliado, que realicen los hogares. El documento de la OCDE, Unión

Europea y OMS (2011) provee un amplio detalle de los rubros que deberían incluirse dentro del concepto de “Bienes y Servicios de Cuidado de la Salud”, y establece un criterio para determinar en qué casos se deben incluir o excluir determinadas actividades que se encuentran en el límite. Del mismo modo, en el documento de la Dirección de Economía de la Salud (DES) del Ministerio de Salud de la Nación (DES, 2009) se enumeran algunos de los rubros que típicamente se consideran dentro del gasto en Salud, como son hospitalizaciones, procedimientos ambulatorios y medicamentos.

El capítulo correspondiente a “Atención Médica y Gastos en Salud” de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) incluye los productos medicinales y accesorios terapéuticos (medicamentos, elementos para primeros auxilios, aparatos y accesorios) y los servicios para la Salud (sistema prepago de asistencia médica, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos). Si bien el capítulo incluye los gastos en seguros médicos, estos últimos pueden identificarse y excluirse fácilmente del cálculo. Asimismo, la ENGHo establece que los gastos deben valorizarse a los precios de contado neto de descuentos, es decir que se debe registrar el precio que resulte una vez efectuado el descuento obtenido, sea de la obra social, la prepaga o mutual, etc. En este sentido, la Encuesta busca captar los GBS netos de los reembolsos, aunque en la práctica no queda claro que tales reembolsos queden siempre descontados.

Las mediciones más rigurosas del GBS a nivel nacional existentes para la Argentina son las correspondientes a los trabajos de Tobar et al (2000), Bonari et al (2001) y Pippo Briant et al (2009). Dichos trabajos se realizaron a partir de dos fuentes de datos: la Encuesta de Utilización y Gastos en Servicios de Salud (EUyGSS) que en la actualidad cuenta con tres ondas (2003, 2005 y 2010), y la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) también con tres ondas (1996/97, 2004/05 y 2012/13).

4. Metodología

El objetivo principal de este capítulo es describir la metodología de medición y actualización del GPrSa para la provincia de Buenos Aires siguiendo las mejores prácticas internacionales, a partir de la información disponible en la actualidad en el país y la provincia.

Es importante señalar que el GBS constituye el componente más importante del GPrSa. Se estima que, en países de ingresos medios como la Argentina, el GBS constituye alrededor del 80% de GPrSa (RaviRannan-Eliya, 2010).

De acuerdo a la OMS, los GBS engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de Salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Es importante señalar que al GBS debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro (KeXu, 2005).

De aquí en más, se utilizará la abreviatura GPrSa para hacer referencia al concepto de “GBS más Cuotas de Seguros de Afiliación Voluntaria” de los hogares, que se utilizará como proxy del GPrSa total (de hogares, empresas e ISFLH). Es importante resaltar que el GPrSa contabilizaría el 94% del GPrSa total del país según estimaciones para los años 1997-2000 (Ministerio de Economía y Ministerio de Salud, 2001).

4.1. Fuentes de información

Si bien han existido en el país distintas encuestas diseñadas para conocer las disparidades socioeconómicas de la población y su vinculación con el acceso y el gasto asociado a la utilización de los servicios de Salud, su comparabilidad es relativa, debido principalmente a las diferencias de objetivos específicos, metodologías de abordaje, consistencia de la cobertura geográfica y periodicidad de relevamiento. Esto ha cambiado en los últimos años, a partir de la existencia de series o encuestas continuas, como lo son las últimas versiones de la Encuesta de Utilización y Gasto de Servicios de Salud (EUyGSS), discontinuada en 2010 luego de tres ondas, o la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo).

Para los años 1996, 2005 y 2012, se cuenta con la ENGHo desarrollada por el INDEC. Su cobertura es nacional, y también presenta estimaciones para las seis regiones del país (Metropolitana, Pampeana, NEA, NOA, Cuyo y Patagonia). La información recogida abarca datos de cobertura de los servicios de Salud y gasto en Salud efectuado por las personas. Releva, además, información sobre gastos e ingresos de los hogares; aspectos demográficos, educacionales y ocupacionales de sus miembros; y características de las viviendas y su equipamiento. Asimismo, contiene datos sobre la percepción de transferencias en especie por parte de los hogares, entre las que se incluyen alimentos, medicamentos y vacunas, consultas y estudios médicos, internaciones y otros bienes brindados por el sector público e instituciones sin fines de lucro. Los gastos de bolsillo de los hogares (GBS) contemplados por la encuesta incluyen: productos medicinales y accesorios terapéuticos

(medicamentos, elementos para primeros auxilios, anteojos, nebulizadores, etc.) y los servicios para la Salud (cuotas de seguros de afiliación voluntaria, consultas médicas y odontológicas, internaciones, parto, fisioterapia, análisis clínicos y radiológicos).

La ENGHo (2004/05) (INDEC, 2007) se realizó entre los meses de octubre de 2004 y diciembre de 2005 bajo el siguiente diseño:

- Muestra probabilística, polietápica y estratificada.
- Tamaño inicial de la muestra: 45.326 viviendas, seleccionadas a partir del Marco de Muestreo Nacional de Viviendas (MMNV).
- Tamaño de la muestra efectiva: 29.138 hogares. De los 40.516 hogares clasificados como encuestables inicialmente, 4.018 no pudieron ser contactados por ausencia y 7.360 no respondieron (4.142 por rechazo de campo, 2.898 por rechazo de gabinete y 320 por otras causas).
- Cobertura urbana y rural.
- Unidades de observación de la encuesta: hogares particulares del país (no se detalla cuáles fueron las unidades de selección de cada etapa).
- Ponderadores: calculados tomando en cuenta la inversa de la probabilidad de selección de cada observación y ajustados por la falta de respuesta de la vivienda y por un factor de calibración.
- La información de gastos se obtiene usando una combinación de dos métodos de captación. Para los gastos habituales (alimentación, transporte público, cigarrillos, medicamentos, elementos de primeros auxilios y otros, etc.) se solicita a los miembros del hogar que durante la semana de la encuesta realicen anotaciones en los cuestionarios. En el caso de otros gastos, se realizan entrevistas en las cuales los hogares informan por recordación los gastos efectuados durante distintos períodos de referencia: en el último mes, dos meses, seis meses o en el último año, según el tipo de gasto (incluye cuotas de seguro de afiliación voluntaria, adicional a la obra social obligatoria, compras de chequeras y órdenes, cuota de emergencia, seguros temporarios de Salud por viajes y otros, servicios de residencias y geriátricos, consultas médicas, odontológicas, análisis laboratorio, estudios radiológicos, otros análisis y otros servicios o tratamientos para la Salud, internaciones, equipos terapéuticos, cirugías con y sin internación, partos, internación no quirúrgica, e internación diurna).

El presente trabajo, utiliza una metodología de estimación y actualización del GBS y de los gastos en seguros voluntarios de los hogares, a partir del capítulo “Atención Médica y Gasto en Salud” de la ENGHo (2004/05), denominando a este concepto “GBS más Cuotas de Seguros de Afiliación Voluntaria”, para distinguirlo del concepto estricto de GBS de la OMS.

Se ha optado por la presentación de los resultados obtenidos a partir de la ENGHo (2004/05) como encuesta base. Si bien existe una ronda más moderna de la misma (ENGHo (2012/13)), para la cual

se replicaron todas las estimaciones y pruebas realizadas para los datos provenientes de la ENGHo (2004/05), las limitaciones observadas fueron consideradas importantes debido a los potenciales problemas a la hora de obtener estimaciones representativas. Algunas de las limitaciones encontradas son, en primer término, la cantidad de observaciones para la PBA en la ENGHo (2012/13) resulta ser un 71% menor que en su ronda 2004/05. En segundo lugar, al igual que se hizo para la ENGHo (2004/05), se realizaron test de diferencia de medias para la comparación de las diferentes variables explicativas según ENGHo (2012/13) y EPH (2012) y el resultado fue que las medias de ambas encuestas podrían no ser iguales. Este resultado es relevante y no deseable, pues es un supuesto necesario para que las proyecciones sean válidas. Por último, Pizarro (2017) esgrime algunas limitaciones metodológicas adicionales relativas al relevamiento de la ENGHo (2012/13); una elevada tasa de no respuesta y falta de documentación técnica adecuada que permita evaluar los procedimientos de imputación de gasto de los hogares.

En este punto vale la pena aclarar que los microdatos de la ENGHo (2017/18), cuyos resultados parciales han sido publicados parcialmente, no son accesibles al momento de realizarse el presente trabajo.

Dada la necesidad de desarrollar una metodología de proyección plurianual del GPrSa para los períodos que transcurren entre la realización de las ENGHos, se propone hallar el modelo econométrico que permita estimar los efectos parciales de las variables determinantes del GBS y pagos a la Seguridad Social de las familias en la PBA y así, conjuntamente con las proyecciones de hogares y población, proyectar la evolución anual del GPrSa para la provincia de Buenos Aires en los períodos entre encuestas de gasto, utilizando los valores de las variables explicativas de la EPH. Para todas las estimaciones de este trabajo se utiliza el software Stata (versión 14).

La muestra sobre la cual se realizan las estimaciones del GPrSa incluye los hogares pertenecientes a la PBA en la ENGHo. Con el fin de realizar las proyecciones del mismo, se construye la muestra de hogares de la PBA a partir de los aglomerados de la provincia de Buenos Aires de la EPH. Hasta el segundo trimestre de 2006, que incluían los aglomerados de Gran La Plata, Bahía Blanca - Cerri, Partidos del GBA y Mar del Plata – Batán. Sin embargo, desde el 3º trimestre de 2006 se incorporaron a la EPH continua tres aglomerados, de los cuales dos pertenecen, en parte, a la PBA (San Nicolás-Villa Constitución y Viedma-Carmen de Patagones)⁵. Al respecto, se decidió seguir el criterio aplicado en el Documento de trabajo CEDLAS – Ministerio de Economía PBA (2019) en el cual se incluye el aglomerado conjunto San Nicolás-Villa Constitución de la EPH, debido a que la población de la ciudad bonaerense de San Nicolás casi triplica la de la santafesina Villa Constitución y, por otro lado se ignora el aglomerado Viedma-Carmen de Patagones, ya que ésta más que duplica en población a la ciudad del sur bonaerense, y tiene características significativamente distintas.

⁵ INDEC. Encuesta Permanente de Hogares - Diseño de Registro y Estructura para las bases de Microdatos. 2013.

4.2. Modelos de estimación

Con el objetivo de obtener estimaciones actualizadas del GPrSa se propone utilizar modelos econométricos que permitan estimar los efectos parciales de las variables determinantes del GBS y pagos a la Seguridad Social de las familias en la PBA y así, conjuntamente con las proyecciones de hogares y población, proyectar la evolución anual del GPrSa para la provincia de Buenos Aires en los períodos entre encuestas de gasto.

La especificación del modelo econométrico elegido se basa en los siguientes criterios:

- Las variables explicativas sugeridas por la literatura y la evidencia empírica internacional sobre determinantes del GPrSa.
- Del conjunto de variables sugeridas en la literatura, se seleccionan las que se miden con la ENGHo disponible.
- De las variables seleccionadas, se trabaja especialmente con las cuales su evolución pueda ser observada de acuerdo a la información que se obtiene de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) y aquella que proviene de proyecciones censales.
- Se analiza y discute las consecuencias de la omisión de variables específicas en el modelo (por falta de información) y que se mencionan como determinantes importantes en la literatura.

La selección de las variables obedece a las siguientes razones:

- Como variable dependiente (y), se seleccionó el GPrSa mensual del hogar en niveles y en logaritmo, como resulta habitual en la literatura (Manning & Mullahi, 2001).
- Se introduce la variable relativa a la cantidad de personas del hogar con el fin de controlar por tamaño. Específicamente se utiliza esta variable en su expresión cuadrática, asumiendo una relación potencialmente no lineal.
- Las variables asociadas a factores socio-económicos identificados en la literatura:
 - El ingreso corriente del hogar, variable que se incluye en logaritmos.
 - Proxy del ingreso permanente, que toma valor 1 si el hogar vive en una vivienda precaria, no tiene agua potable ni cloacas y 0 en otro caso (Alfonso M. (2009)). Más específicamente, se asume que una vivienda es precaria si los materiales de construcción del piso son precarios (ladrillo flojo o tierra, u otros), si es un tipo de vivienda inadecuado (piezas de inquilinato, ranchos, casillas, hogares en casa de inquilinato, locales no construidos para habitación y viviendas móviles) o si la vivienda se encuentra en una villa o asentamiento⁶. Para el caso de acceso a agua potable, el indicador vale 1 si el aprovisionamiento del agua en el hogar es por cañería dentro de la vivienda o fuera de la vivienda pero dentro del terreno. Por último, se

⁶ Para más detalles sobre el criterio seguido para construir el indicador de vivienda precaria, se pueden consultar las series históricas de condiciones de hábitat urbano de las estadísticas sociales generadas por la Encuesta de la Deuda Social Argentina (EDSA) del Observatorio de Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (UCA).

considera que el hogar tiene acceso a red cloacal si el desagüe del inodoro del baño es a red pública o cloaca.

- Variable dicotómica que indica si el nivel educativo del jefe del hogar es alto (superior incompleto o más).
- Como variables características de la composición demográfica de los hogares se incluyeron las variables edad del jefe del hogar, sexo del jefe del hogar, proporción de personas de 65 años de edad o más en el hogar y proporción de menores de 14 años en el hogar.
- Se incluye la cobertura de Salud del jefe del hogar como proxy del nivel de cobertura de Salud del hogar ya que, de acuerdo a la literatura, este factor resulta uno de los principales determinantes explicativos del gasto en cuidados de Salud del hogar.
- En línea con lo realizado en el trabajo de Bonari (2014) para el caso de Argentina, se propone una variable regional GBA como proxy de la oferta y del costo de la asistencia sanitaria privada, reconociendo las diferencias regionales que existen en la prestación y en sus precios. En este trabajo, la variable GBA representa con valor 1 a los hogares que pertenecen al área del Gran Buenos Aires y 0 para el resto de la provincia.

Entre las variables más importantes omitidas en el modelo se destacan: los precios de los bienes y servicios de Salud y la condición de Salud de los individuos. Esto se debe a la falta de disponibilidad de microdatos para la Argentina, en general, y para la provincia de Buenos Aires en particular, que permitan vincular el GPrSa con dichos determinantes. En cuanto a la omisión del estado de Salud de los individuos se puede señalar que, debido a que el perfil de morbilidad de la población cambia lentamente en el tiempo, es posible esperar que no afecte significativamente las proyecciones. Este supuesto resulta consistente con lo indicado en la literatura.

Dado que la finalidad del presente estudio es estimar y proyectar el GPrSa promedio del hogar de la provincia de Buenos Aires, se debió considerar el factor ponderador incluido en la base de microdatos de la ENGHo.

De este modo, se estima el GPrSa promedio por hogar mediante distintas especificaciones (modelo lineal y modelos no lineales) utilizando la ENGHo (2004/05) (y también para ENGHo 2012/13), ver Anexo II). Se obtiene la estimación de los parámetros para las variables explicativas incluidas en el modelo, y se proyecta el gasto promedio anual (2004-2018) utilizando dos metodologías alternativas:

- Se ajusta los valores anuales de las variables explicativas de la ENGHo (2004/05), utilizando las variaciones que presentan dichas variables en la EPH.
- Se proyectan los modelos fuera de la muestra utilizando los valores de las variables explicativas de la EPH. Para realizar las proyecciones de gasto entre 2004 y 2018 se utiliza el segundo trimestre de la EPH debido, principalmente, al hecho de que los ingresos no presentan

fluctuaciones relacionadas con el pago del sueldo complementario anual que perciben los trabajadores, y quedando, por tanto, más representativo de los valores mensuales normales.

Luego, el GPrSa para el total de la población se obtiene multiplicando el gasto promedio del hogar para cada año por el total de hogares en la población en dicho año, que surge de las proyecciones oficiales de población dividida la cantidad promedio de miembros del hogar estimadas a partir de la EPH.

5. Resultados para la provincia de Buenos Aires

En esta Sección se presentan los resultados obtenidos del análisis de los datos provenientes de la ENGHo (2004/05) en lo concerniente al GPrSa de la PBA y sus componentes (GBS, Gasto en Afiliación Voluntaria y Gasto en Medicamentos). Se exhiben los resultados derivados del análisis de los determinantes del GPrSa y sus componentes a partir la estimación de los modelos econométricos y luego las proyecciones de Gastos para el periodo 2004-2018.

Los principales resultados que aquí se presentan corresponden a los obtenidos a partir de la ENGHo (2004/2005) y se presentan en esta Sección en pesos de 2018. En el Anexo I se encuentran los resultados expresados en pesos de 2004 (por ser usual su uso en diversos trabajos) junto con otros resultados que complementan el análisis del Gasto en Salud.

Además, todos los resultados expuestos en este informe y en el Anexo I fueron replicados a partir de la base de datos de la ENGHo (2012/13) y se presentan en detalle en el Anexo II del presente trabajo.

La Sección 5 se estructurará de la siguiente manera: en la Sección 5.1 se presenta un análisis descriptivo del GPrSa. A lo largo de las secciones 5.2 hasta 5.4 se presenta un análisis de los factores determinantes del GPrSa, del GBS y del gasto en medicamentos. Luego, a partir de las Secciones 5.5 se exhiben los resultados de las proyecciones del GPrSa, del GBS y del gasto en medicamentos hasta el año 2018.

5.1. Análisis descriptivo del Gasto Privado en Salud de los hogares

En el Cuadro 1 se presentan datos descriptivos del GPrSa de los hogares (bolsillo + seguros de afiliación voluntaria) en términos mensuales, del ingreso promedio mensual de los hogares y del gasto de consumo en compras mensuales con el fin de comprender la composición de las observaciones de la muestra comprendida en la ENGHo (2004/05). En el análisis se distinguen los resultados para el total de hogares de la muestra de aquellos para hogares que presentan Gastos en Salud mayores a cero.

El GPrSa (mensual) de 2004-2005 en el período relevado habría sido de 1.882,24 pesos (en pesos de 2018) en hogares, y de 3.034,87 pesos (en pesos de 2018) en los hogares con GPrSa positivo. Este monto en unidades monetarias representa el 6,25% del ingreso promedio mensual de los hogares totales y el 8,71% de los hogares que relevaron gasto en Salud positivo. Luego, si se compara con el gasto en consumo total mensual la proporción destinada a gasto en Salud representa el 7% para la muestra total de hogares y el 9,3% para la muestra de hogares con gasto en Salud positivo (Cuadro 1). A partir de estimaciones poblacionales es posible calcular el GPrSa total de los hogares de la provincia de Buenos Aires. Esta estimación arroja que el GPrSa anual es de 99,2 mil millones de pesos (en pesos de 2018) lo que representaría un 2,9% del Producto Bruto Geográfico (PBG).

Cuadro 1. Indicadores del Gasto Privado en Salud mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires resultantes de la Encuesta de Gastos de los Hogares (2004/2005).

En pesos constantes de 2018

Indicador	Todos los hogares	Hogares conGPrSa>0
Promedio de GPrSa de los hogares	1.882,24	3.034,87
Desvío estándar del GPrSa	193,85	228,05
Mínimo GPrSa	0,00	6,73
Máximo GPrSa	63.271,99	63.271,99
Ingreso promedio mensual de los hogares (IPM)	30.097,97	34.828,78
Proporción GPrSa/IPM	6,25%	8,71%
Gasto de consumo en compras mensuales de los hogares	26.787,16	32.761,07
Proporción GPrSa/GCM	7,03%	9,26%
GPrSa total mensual 2004-2005 de la PBA	8.268.095.604,27	8.268.095.604,27
GPrSa total anual 2004-2005 de la PBA	99.217.147.251,24	99.217.147.251,24
GPrSa total 2004-2005 de la PBA como proporción del GPrSa total de la muestra	38,79%	38,79%

Notas:

- Todos los valores se calcularon aplicando el factor de expansión, es decir, contemplando el diseño muestral, la no respuesta y el factor de calibración.
- La cantidad de hogares de la muestra es n=6.502 y la cantidad de hogares expandidos es N=4.392.681.
- Del total de hogares, el 62% declaró haber realizado algún GPrSa en el período (GPrSa>0).

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la Dirección Provincial de Estudios Económicos (DPEE).

En el Cuadro 2 se muestran los indicadores descriptivos de la variable GPrSa mensual en términos per cápita. De acuerdo a la ENGHo (2004/05), el GPrSa_pc (mensual) en 2005 habría sido de 761,98 pesos de 2018 y de casi 1.228,58 pesos, considerando el total de hogares y el total de hogares con gasto en Salud positivo, respectivamente. Este monto representa el 7,1% del ingreso promedio mensual per cápita de los hogares totales y el 10,1% para los hogares que relevaron gasto en Salud positivo. Luego, si se compara con el gasto en consumo per cápita mensual, la proporción destinada a gasto en Salud representa el 8% para la muestra total de hogares y el 10,8% para la muestra de hogares con gasto en Salud positivo.

Cuadro 2. Indicadores del Gasto Privado en Salud per cápita mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires resultantes de la Encuesta de Gastos de los Hogares (2004/2005).

En pesos constantes de 2018

Indicador	Todos los hogares	Hogares conGPrSa>0
Promedio de gasto privado en Salud pc de los hogares (GPrSa_pc)	761,98	1.228,59
Desvío estándar del GPrSa_pc	193,85	228,05
Mínimo GPrSa_pc	0,00	1,30
Máximo GPrSa_pc	33.540,79	33.540,79
Ingreso promedio mensual pc de los hogares (IPM_pc)	10.739,49	12.148,47
Proporción GPrSa_pc/IPM_pc	7,10%	10,11%
Gasto pc de consumo en compras mensuales de los hogares (GCM_pc)	9.508,80	11.399,22
Proporción GPrSa_pc/GCM_pc	8,01%	10,78%
GPrSa_pc total mensual de la PBA2004-2005	568,69	568,69

Notas:

- Todos los valores se calcularon aplicando el factor de expansión, es decir, contemplando el diseño muestral, la no respuesta y el factor de calibración.
- La cantidad de hogares de la muestra es n=6.502 y la cantidad de hogares expandidos es N=4.392.681.
- Del total de hogares, el 62% declaró haber realizado algún GPrSa en el período (GPrSa>0).

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Los hogares que declaran GPrSa presentan, en promedio, una mejor posición socio económica respecto a los hogares que no declaran haberlo tenido. El 22% de los hogares con GPrSa tienen un jefe con nivel educativo alto (superior incompleto o más), mientras que solo el 12% de los hogares sin GPrSa cumple con esta condición. Además, casi el 50% de los hogares que declara GPrSa positivo pertenece a los dos últimos quintiles de ingresos, cuando lo contrario ocurre con los hogares sin GPrSa.

Otro resultado interesante para analizar es la proporción de jefes de hogar con cobertura entre los que tienen GPrSa y los que no lo tienen. La proporción es superior entre las familias que exhiben GPrSa: en el 76% de los hogares con GPrSa el jefe de hogar tiene cobertura médica explícita en comparación con el 55% de los hogares que declara no tenerlo. Dos efectos impactan sobre este resultado. Por un lado, la cobertura explícita de Salud reduce la carga financiera de la enfermedad en caso de que ésta se produzca, con lo cual es de esperar que el GBS sea menor entre quienes están asegurados. Sin embargo, el contar con cobertura explícita de Salud puede tener un efecto positivo sobre la utilización de servicios de Salud y, en ciertos casos, hasta incrementar el GPrSa promedio.

Además, el 50% de los hogares que presentan cobertura médica y un GPrSa positivo, nuevamente, están concentrados en los quintiles de ingresos más altos, mientras que el 60% de los hogares que no tienen cobertura médica ni GPrSa se ubican en los dos quintiles de menores ingresos.

Al analizar en detalle los componentes del GPrSa, los resultados indican que el 77% corresponde a GBS mientras que el 23% restante se asocia a gasto en afiliación voluntaria.

El promedio mensual del GBS es de 1440 pesos de 2018, en comparación con los 1882 pesos de GPrSa. Según esta encuesta, el 54% de los hogares declara haber realizado algún GBS, en comparación con el 62% que declara tener GPrSa.

Por su parte, el gasto de medicamentos es el principal componente del GBS (71% del mismo) y representa a su vez un 55% del GPrSa observado por la encuesta. El gasto en medicamentos total estimado para toda la población ascendió a 4.501.765.079,29 pesos mensuales de 2018, mientras que el promedio de gasto en medicamentos por hogar, para el 38% de los hogares que manifestó haber gastado en medicamentos, fue de 2.609,91 pesos de 2018.

El gasto en afiliación voluntaria presenta la participación minoritaria en el GPrSa. Sólo el 21% de los hogares manifestó haber realizado algún gasto en este concepto, destinando a ello, en promedio 2.171 pesos de 2018.

5.2. Determinantes del Gasto Privado en Salud

En esta Sección se presentan los resultados de las estimaciones de los modelos alternativos para el GPrSa (bolsillo + seguros de afiliación voluntaria), GBS y Gasto en Medicamentos, en función de las variables explicativas definidas en la Sección 4. En la Sección 1 del Anexo I se presenta un análisis descriptivo de las variables explicativas según la ENGHo (2004/05), y una comparación de las mismas entre la ENGHo (2004/05) y la EPH (segundo trimestre de 2005).

El análisis se complementa con resultados sobre elasticidades ingreso del GPrSa y sus componentes, y resultados obtenidos de la realización de pruebas de comparación y robustez de los modelos implementados.

El Cuadro 3 muestra los coeficientes estimados y su significatividad para distintas especificaciones del GPrSa. Las columnas (1) y (2) muestran los resultados de la estimación del modelo lineal de mínimos cuadrados ordinarios (MCO) en niveles ($y=GPrSa$) y en logaritmo, respectivamente. Las columnas (3) y (4) muestran los resultados para un modelo en dos partes (M2P): la (3) muestra los resultados sobre la probabilidad de presentar un GPrSa positivo y la (4) sobre el logaritmo del GPrSa. Las columnas (5) y (6) presentan los resultados para el modelo de selección de Heckman en niveles y en logaritmos. Por último, la columna (7) muestra los resultados de la estimación de un modelo Tobit con la variable dependiente en niveles ($y=GPrSa$).

Cuadro 3. Estimación de los factores determinantes del Gasto privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires (de bolsillo + seguros de afiliación voluntaria)

Variables	Modelo MCO		M2P		Heckman		Modelo Tobit
	En niveles (y) (1)	En logaritmo (2)	P(y>0) (3)	ln(y) (4)	P(y > 0) (5)	ln(y) (6)	En niveles (y) (7)
Edad del jefe de hogar	1,801*** (0,316)	0,012*** (0,003)	0,008*** (0,000)	0,015*** (0,003)	0,013*** (0,003)	0,009*** (0,002)	2,576*** (0,368)
Jefe de hogar con alto nivel educativo	40,086*** (9,239)	0,201*** (0,067)	0,259*** (0,002)	0,199*** (0,063)	0,220*** (0,067)	0,259*** (0,054)	58,091*** (9,592)
Cantidad de miembros en el hogar	5,515 (4,853)	0,024 (0,054)	0,105*** (0,001)	0,041 (0,051)	0,034 (0,054)	0,104*** (0,039)	17,795** (7,759)
Cantidad. de miembros en el hogar al cuadrado	-0,953** (0,400)	-0,007 (0,005)	-0,012*** (0,000)	-0,007 (0,005)	-0,008 (0,005)	-0,012*** (0,004)	-2,503*** (0,774)
Jefe de hogar mujer	-14,971** (5,892)	-0,093 (0,061)	0,002 (0,002)	-0,158*** (0,058)	-0,093 (0,061)	0,002 (0,044)	-18,357** (8,397)
Logaritmo del ingreso total del hogar	60,571*** (5,213)	0,539*** (0,042)	0,308*** (0,001)	0,342*** (0,032)	0,567*** (0,042)	0,310*** (0,030)	96,857*** (5,570)
Jefe de hogar con cobertura médica	12,061** (5,840)	0,255*** (0,065)	0,267*** (0,002)	0,211*** (0,065)	0,282*** (0,065)	0,266*** (0,046)	45,207*** (8,994)
Índice de ingreso permanente	-22,215*** (5,527)	-0,199*** (0,055)	-0,085*** (0,001)	-0,227*** (0,054)	-0,207*** (0,055)	-0,085** (0,041)	-31,750*** (7,667)
Prop. de mayores de 65 años en el hogar	49,468*** (14,442)	0,326*** (0,119)	0,066*** (0,003)	0,276** (0,112)	0,332*** (0,119)	0,066 (0,083)	65,097*** (16,468)
Prop. de menores de 14 años en el hogar	37,173** (18,956)	0,062 (0,163)	0,321*** (0,004)	0,056 (0,159)	0,090 (0,164)	0,323*** (0,125)	55,381** (23,636)
GBA	19,985*** (5,670)	0,145*** (0,055)	0,212*** (0,001)	0,074 (0,053)	0,164*** (0,055)	0,212*** (0,040)	38,231*** (7,395)
Cantidad de obs.	5.923	3.752	5.923	5.923	5.923	5.923	5.923
R ²	0,117	0,145					

Errores estándar robustos entre paréntesis *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05).

Los resultados del MCO en niveles resultan similares a los obtenidos para Argentina en el estudio Bonari (2014). Puede observarse que las variables edad del jefe, jefe con alto nivel educativo, cantidad de miembros del hogar (con efecto cuadrático decreciente), ingreso, cobertura médica, proporción de personas menores de 14 años y mayores de 65 años, y hogares pertenecientes al Gran Buenos Aires, incrementan el gasto destinado a Salud de los hogares. En dirección contraria, el hecho que una mujer sea jefa de hogar y el que el hogar este privado de ingreso permanente muestra un efecto negativo sobre el nivel de GPRSa.

Por su parte, los modelos desagregados en dos partes (propriadamente el modelo en dos partes y la desagregación de Heckman) muestran primero una columna (3 y 5) en la que se estima los efectos de las variables independientes sobre la probabilidad de que exista o no un gasto en Salud positivo. Por otro lado, en las columnas 4 y 6 los resultados muestran los efectos marginales de las variables independientes. Tanto los efectos sobre la probabilidad de gasto como los efectos marginales muestran los mismos signos que el modelo MCO.

La probabilidad de GPrSa positivo es menor para los hogares que habitan viviendas precarias y que carecen de acceso a la red cloacal y acceso al agua potable, en línea con lo esperado.

Asimismo, el GPrSa del hogar se incrementa con la edad del jefe del hogar, para aquellos hogares en los que el jefe de hogar tiene cobertura explícita de Salud, y un nivel educativo medio-alto. En este sentido, el GPrSa es superior a medida que se incrementa la proporción de personas mayores de 64 años en el hogar (solo no significativo bajo el modelo de Heckman), al igual que la probabilidad de que el gasto sea positivo.

En cuanto al impacto del número de personas que componen el hogar (columnas (1) (3) (5) y (6)), se observa, como ya se ha mencionado, que posee una relación positiva y decreciente (aunque dicha relación no sería estadísticamente significativa). A pesar de esto, es considerada relevante en este tipo de estimaciones a nivel hogar, puesto que se refleja el concepto teórico de economías de escala en el hogar.

La variable dicotómica GBA, que se incorpora como proxy de la oferta y del costo de la asistencia sanitaria privada, los resultados indicarían que hogares dentro del área del Gran Buenos Aires parecen tener mayor nivel de gasto en Salud. Esto podría ser interpretase como mayor existencia de oferta sanitaria dentro de esta zona, lo cual genera mayor nivel de consultas y, por tanto, un mayor gasto en Salud.

Con respecto a la variable ingreso, si bien la presencia de variables omitidas limita la interpretación del coeficiente del ingreso, puesto que se espera que dicha variable esté correlacionada con variables no observadas como la relativa al estado de Salud, el coeficiente de elasticidad estimado es menor a 1, lo cual está en línea con lo esperado: ante incrementos o reducciones en el ingreso, el GPrSa varía menos que proporcionalmente. De esta manera, puede interpretarse que la Salud es un bien necesario el cual no presenta gran sensibilidad ante cambios en el ingreso.

En el Cuadro 4 pueden observarse los resultados de calcular la elasticidad ingreso del GPrSa en la población según su nivel de cobertura y quintil de ingreso, de acuerdo a los resultados del modelo en M2P (los resultados de elasticidades obtenidos para el modelo de Heckman son muy similares a los del M2P, y se pueden encontrar en la Sección 5 del Anexo I). Los resultados muestran coeficientes similares en la elasticidad que oscilan entre 0,46 y 0,64, es decir, valores menores a 1 pero siempre en términos positivos. Esto refleja una cierta independencia del valor de la elasticidad ante los niveles de ingreso. Se observa también que el gasto promedio en Salud es creciente según quintil de ingreso,

lo cual parece un resultado intuitivo, ante mayor nivel de ingreso, puede accederse a mayores niveles de cobertura (más caras) y servicios médicos privados y medicamentos de mayor calidad. Adicionalmente estos resultados reflejan que el gasto en Salud, independientemente de los niveles de cobertura, muestra la característica de un bien necesario.

Cuadro 4. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto Privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes.

En pesos constantes de 2018

Población	General		Cubierta		No Cubierta	
	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.
1 Quintil	0,61	879,91	0,64	1.363,16	0,58	478,41
2 Quintil	0,55	1.205,28	0,60	1.577,38	0,53	645,83
3 Quintil	0,53	1.435,10	0,58	1.709,09	0,51	817,38
4 Quintil	0,50	2.061,49	0,55	2.247,61	0,49	1.440,07
5 Quintil	0,46	3.827,50	0,51	4.047,01	0,46	2.336,23

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

En el Cuadro 5 se presenta la comparación del GPrSa observado en la muestra de la ENGHo (2004/05) y los resultados de proyectar el GPrSa del hogar a través de los modelos MCO en niveles, MCO en logaritmo, Modelo en dos partes, Heckman y Tobit. Puede observarse que los modelos MCO en niveles y M2P presentan diferencias en el GPrSa, en promedio, menores al 10% mientras que el modelo MCO en logaritmo y el modelo de Heckman presentan en promedio diferencias entre 23% y 36% con respecto al GPrSa observado. Estos resultados indicarían que los modelos MCO en niveles y M2P serían los que mejor pronostican el comportamiento de la variable objetivo, en promedio.

De la realización de diferentes pruebas de comparación y robustez de los modelos aplicados, se derivan conclusiones que van en línea con lo expuesto. Los resultados de las pruebas t indican que los modelos de MCO en niveles y el M2P presentan las menores diferencias respecto de la media observada y que éstas resultan no significativas. Además, al comparar la distribución observada del gasto en Salud (tanto total como el de sus componentes: total, medicamentos, bolsillo y afiliación voluntaria) con las distribuciones obtenidas mediante la proyección, se observa que el Modelo en dos partes logra obtener la distribución que mejor refleja la asimetría de la distribución original.

Si bien los modelos MCO en logaritmos y Heckman presentan una mayor bondad de ajuste medida por el error porcentual absoluto medio (MAPE) y una menor dispersión en los datos, los promedios de gastos parecen estar subestimados en ambos modelos.

Por su parte, el modelo de Tobit muestra resultados alejados del valor observado bajo todas las características analizadas: gasto promedio, t-test, distribución de frecuencias, bondad de ajuste y

dispersión de los datos. Por este motivo, este modelo no debería utilizarse para este tipo de proyecciones.

Cuadro 5. Predicciones del Gasto Privado en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires. En pesos constantes de 2018

Gasto Privado en Salud del hogar predicho (2004-2005)	Intervalo de confianza (95%)		
	Límite Inferior	Promedio	Límite Superior
Observado	1.787,12	1.882,24	1.977,37
Modelo MCO en niveles	1.964,01	1.999,31	2.034,62
Modelo MCO en logaritmo	1.414,06	1.442,46	1.470,86
Modelo en 2 partes	1.943,46	1.978,57	2.013,68
Heckman	1.167,89	1.188,44	1.209,00
Tobit	403,33	460,89	518,45

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

5.3. Determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud

Esta sección se dedica al estudio del GBS, el cual analiza el gasto que realizan los hogares en materia de Salud (servicios médicos, medicamentos, imágenes y diagnósticos) excluyendo los gastos de afiliación voluntaria.

Cuadro 6. Estimación de los factores determinantes del Gasto de Bolsillo en Salud por hogar de la provincia de Buenos Aires

Variables	Modelo MCO		M2P		Heckman		Modelo Tobit
	En niveles (y) (1)	En logaritmo (2)	P(y>0) (3)	ln(y) (4)	P(y > 0) (5)	ln(y) (6)	En niveles (y) (7)
Edad del jefe de hogar	1,396*** (0,289)	0,013*** (0,003)	0,006*** (0,000)	0,016*** (0,003)	0,013*** (0,003)	0,006*** (0,002)	2,009*** (0,356)
Jefe de hogar con alto nivel educativo	19,347** (7,806)	0,087 (0,073)	0,182*** (0,002)	0,087 (0,069)	0,095 (0,073)	0,182*** (0,052)	36,847*** (9,348)
Cantidad de miembros en el hogar	9,021** (4,290)	0,049 (0,058)	0,145*** (0,001)	0,044 (0,055)	0,056 (0,059)	0,145*** (0,038)	26,267*** (7,535)
Cant. de miembros en el hogar al cuadrado	-1,056*** (0,351)	-0,007 (0,006)	-0,014*** (0,000)	-0,006 (0,005)	-0,008 (0,006)	-0,014*** (0,004)	-2,898*** (0,749)
Jefe de hogar mujer	-10,035* (5,286)	-0,053 (0,065)	0,002 (0,002)	-0,123* (0,063)	-0,053 (0,065)	0,002 (0,043)	-14,024* (8,147)
Logaritmo del ingreso total del hogar	32,071*** (4,389)	0,394*** (0,046)	0,200*** (0,001)	0,259*** (0,037)	0,403*** (0,046)	0,200*** (0,029)	59,279*** (5,381)
Jefe de hogar con cobertura médica	4,684 (5,546)	0,129* (0,067)	0,169*** (0,002)	0,118* (0,067)	0,138** (0,067)	0,169*** (0,045)	25,747*** (8,681)
Índice de ingreso permanente	-14,002*** (4,906)	-0,141** (0,058)	-0,047*** (0,001)	-0,183*** (0,058)	-0,143** (0,058)	-0,047 (0,039)	-19,706*** (7,448)
Prop. de mayores de 65 años en el hogar	44,011*** (12,516)	0,392*** (0,130)	0,102*** (0,003)	0,349*** (0,122)	0,397*** (0,130)	0,102 (0,082)	66,421*** (16,008)
Prop. de menores de 14 años en el hogar	21,107 (16,823)	0,078 (0,175)	0,219*** (0,004)	0,066 (0,171)	0,088 (0,175)	0,220* (0,122)	34,272 (22,914)
GBA	6,432 (5,036)	0,047 (0,059)	0,142*** (0,001)	0,001 (0,057)	0,053 (0,059)	0,142*** (0,039)	18,660*** (7,175)
Cantidad de obs,	5.922	3.401	5.922	5.922	5.922	5.922	5.922
R ²	0,061	0,089					

Errores estándar robustos entre paréntesis *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05).

El Cuadro 6 muestra la estimación de los factores determinantes del GBS de los hogares, los coeficientes estimados y su significatividad, obtenidos para cada uno de los modelos explicativos. Las columnas (1) y (2) muestran los resultados de la estimación del modelo MCO en niveles (y=GBS) y en logaritmos, respectivamente. Las columnas (3) y (4) muestran los resultados para un modelo en dos partes. Las columnas (5) y (6) presentan los resultados para el modelo de selección de Heckman. Las columnas (3) y (5) muestran los resultados sobre la probabilidad de presentar un GBS positivo, mientras que las (4) y (6) sobre el logaritmo del GBS del hogar. Por último, la columna (7) muestra los resultados de la estimación de un modelo Tobit con la variable dependiente en niveles (y=GBS).

Para la variable ingreso del hogar, se obtuvieron resultados esperados. Es decir, que el nivel de GBS aumenta a medida que aumenta el ingreso de los hogares.

Por otro lado, también se calcularon las elasticidades ingreso del GBS para los distintos modelos, diferenciando entre población con y sin cobertura médica. Los resultados para el 2PM son presentados en el Cuadro 7 y se encuentran en línea con lo esperado, y respaldan que los bienes y servicios relativos a la asistencia sanitaria poseen características de bien necesario.

Cuadro 7. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto de Bolsillo en Salud por hogar de la Provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes.

En pesos constantes de 2018

Población	General		Cubierta		No Cubierta	
	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.
1 Quintil	0,43	835,22	0,38	1.267,04	0,57	475,47
2 Quintil	0,41	1.096,15	0,37	1.406,74	0,53	633,20
3 Quintil	0,40	1.222,65	0,36	1.423,16	0,51	773,32
4 Quintil	0,38	1.601,57	0,35	1.671,60	0,48	1.371,92
5 Quintil	0,36	2.447,53	0,34	2.487,50	0,46	2.186,19

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

En línea con lo esperado, la elasticidad ingreso del GBS es más baja para la población con cobertura en relación a la población no cubierta. Esto puede deberse a que la decisión de gasto en cobertura es más dependiente del nivel de ingreso que posee el hogar. Una vez que los hogares deciden tener cobertura, los cambios en el gasto en Salud ante cambios en el ingreso son menores. En cambio, si el hogar no posee cobertura los requerimientos de gasto servicios de Salud o medicamentos se tornan más ingreso dependiente y por tanto la elasticidad se presenta más alta que en el caso anterior. Lamentablemente, estas hipótesis no contemplan las necesidades sanitarias de cada una de las poblaciones por falta de información.

5.4. Determinantes del Gasto en Medicamentos

En esta sección se presentan los resultados relativos al gasto en medicamentos de los hogares. El Cuadro 8 muestra la estimación de los factores determinantes del gasto en medicamentos de los hogares, los coeficientes estimados y su significatividad. Las columnas (1) y (2) muestran los resultados de la estimación del modelo MCO en niveles y en logaritmos. Las columnas (3) y (4) muestran los resultados para un modelo en dos partes. Las columnas (5) y (6) presentan los resultados para el modelo de selección de Heckman. Las columnas (3) y (5) muestran los resultados sobre la probabilidad de presentar un GM positivo mientras que las columnas (4) y (6) sobre el logaritmo del GM del hogar. Por último, la columna (7) muestra los resultados de la estimación de un modelo Tobit con la variable dependiente en niveles ($y=GM$).

Cuadro 8. Estimación de los factores determinantes del Gasto en Medicamentos por hogar de la provincia de Buenos Aires

Variables	Modelo MCO		M2P		Heckman		Modelo Tobit
	En niveles (y) (1)	En logaritmo (2)	P(y>0) (3)	ln(y) (4)	P(y > 0) (5)	ln(y) (6)	En niveles (y) (7)
Edad del jefe de hogar	0.985*** (0.259)	0.013*** (0.003)	0.006*** (0.000)	0.015*** (0.003)	0.007* (0.004)	0.006*** (0.002)	1.930*** (0.421)
Jefe de hogar con alto nivel educativo	2.772 (6.436)	-0.089 (0.088)	0.105*** (0.002)	-0.057 (0.082)	-0.206* (0.105)	0.103** (0.051)	21.225* (11.093)
Cantidad de miembros en el hogar	10.218*** (3.542)	-0.002 (0.063)	0.147*** (0.001)	0.042 (0.063)	-0.168** (0.082)	0.151*** (0.038)	34.124*** (8.851)
Cant. de miembros en el hogar al cuadrado	-1.014*** (0.290)	-0.004 (0.006)	-0.011*** (0.000)	-0.008 (0.006)	0.008 (0.008)	-0.011*** (0.004)	-3.122*** (0.874)
Jefe de hogar mujer	-10.728** (4.535)	-0.100 (0.077)	-0.071*** (0.002)	-0.120 (0.074)	-0.019 (0.090)	-0.070* (0.042)	-28.154*** (9.651)
Logaritmo del ingreso total del hogar	13.875*** (3.000)	0.352*** (0.051)	0.063*** (0.001)	0.242*** (0.050)	0.260*** (0.063)	0.053* (0.028)	32.925*** (6.348)
Jefe de hogar con cobertura médica	9.319** (4.508)	0.320*** (0.080)	0.108*** (0.002)	0.219*** (0.078)	0.194* (0.100)	0.109** (0.044)	31.004*** (10.272)
Índice de ingreso permanente	-12.438*** (4.343)	-0.083 (0.068)	-0.049*** (0.001)	-0.181*** (0.067)	-0.040 (0.080)	-0.057 (0.039)	-21.441** (8.766)
Prop. de mayores de 65 años en el hogar	38.813*** (10.541)	0.488*** (0.146)	0.179*** (0.003)	0.337** (0.139)	0.251 (0.179)	0.160* (0.082)	78.233*** (18.698)
Prop. de menores de 14 años en el hogar	-7.179 (13.204)	-0.139 (0.205)	-0.008* (0.004)	-0.135 (0.214)	-0.132 (0.250)	-0.007 (0.119)	-22.057 (27.283)
GBA	6.290 (4.334)	-0.027 (0.068)	0.159*** (0.001)	-0.033 (0.067)	-0.214** (0.086)	0.155*** (0.038)	25.463*** (8.473)
Cantidad de obs.	5,922	2,356	5,922	5,922	5,922	5,922	5,922
R ²	0.045	0.119					

Errores estándar robustos entre paréntesis *** p<0,01, ** p<0,05, * p<0,1.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05).

Los resultados se encuentran en línea con lo esperado. Las variables más importantes para explicar tanto la probabilidad como el gasto en medicamentos son: la proporción de personas mayores de 65 años en el hogar, la existencia de cobertura explícita de Salud por parte del jefe de hogar y el ingreso familiar (tanto corriente como la variable proxy de ingreso permanente).

El Cuadro 9 presenta los resultados para la elasticidad ingreso del gasto en medicamentos. Las diferencias entre las elasticidades ingreso de la población cubierta (cerca a cero puntos porcentuales) y sin cobertura médica (cerca a medio punto porcentual) son aún más acentuadas que para el caso del GBS. Estas diferencias exponen la sensibilidad del gasto sanitario ante cambios

en el ingreso en los hogares en los cuales el jefe no posee cobertura médica de Salud, independientemente del quintil al que pertenezcan.

Cuadro 9. Predicciones y elasticidades ingreso del Gasto en Medicamentos por hogar de la provincia de Buenos Aires. Modelo en dos partes.
En pesos constantes de 2018

Población	General		Cubierta		No Cubierta	
	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.	Elasticidad	Gasto Prom.
1 Quintil	0,31	683,41	0,19	1.081,62	0,59	349,96
2 Quintil	0,31	877,73	0,19	1.156,78	0,57	459,62
3 Quintil	0,30	926,85	0,19	1.109,50	0,56	515,04
4 Quintil	0,30	1.161,42	0,18	1.215,45	0,55	983,87
5 Quintil	0,30	1.473,79	0,18	1.506,77	0,54	1.248,64

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

5.5. Proyecciones del Gasto Privado en Salud de los hogares

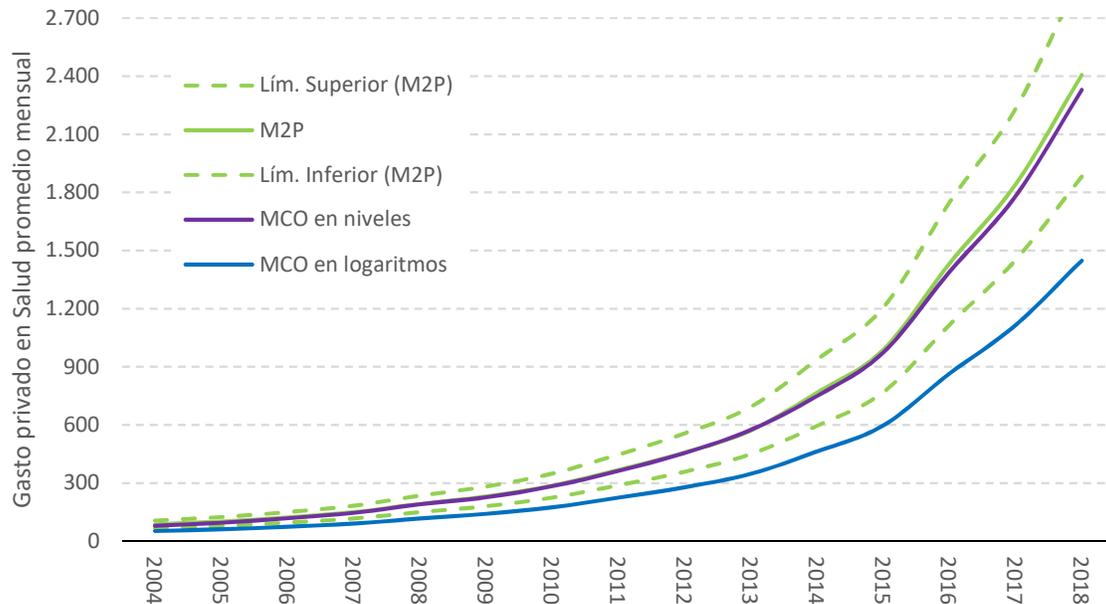
En esta sección se presentan los resultados correspondientes a las proyecciones de GPrSa de la PBA y sus componentes a partir de la ENGHo (2004/05) y de la EPH 2004-2018. Primero, las proyecciones de gasto promedio mensual de los hogares según los modelos MCO en niveles, MCO en logaritmos y Modelo en dos partes. Luego, se muestran las proyecciones poblacionales de gasto total anual de la PBA obtenidas a partir del modelo en dos partes. Las proyecciones basadas en el modelo en dos partes se presentan junto con los correspondientes límites del intervalo de confianza (con un nivel de confianza del 95%): límite inferior (LI) y límite superior (LS). Todos los resultados se presentan en pesos corrientes, de 2004 y de 2018.

Además, cabe recordar que las proyecciones también fueron realizadas a partir de los datos provistos por la ENGHo (2012/13) y los resultados son presentados en el Anexo II del trabajo.

Los Gráficos 1, 2 y 3 muestran el GPrSa promedio mensual por hogar proyectado para el periodo 2004-2018 en pesos corrientes, y en pesos de 2004 y 2018, respectivamente. Allí se observa que el GPrSa por hogar proyectado para el año 2018 se encuentra entre 1.440 y 2.400 pesos mensuales de 2018 (Gráfico 3), dependiendo del modelo utilizado para su estimación.

Gráfico 1. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

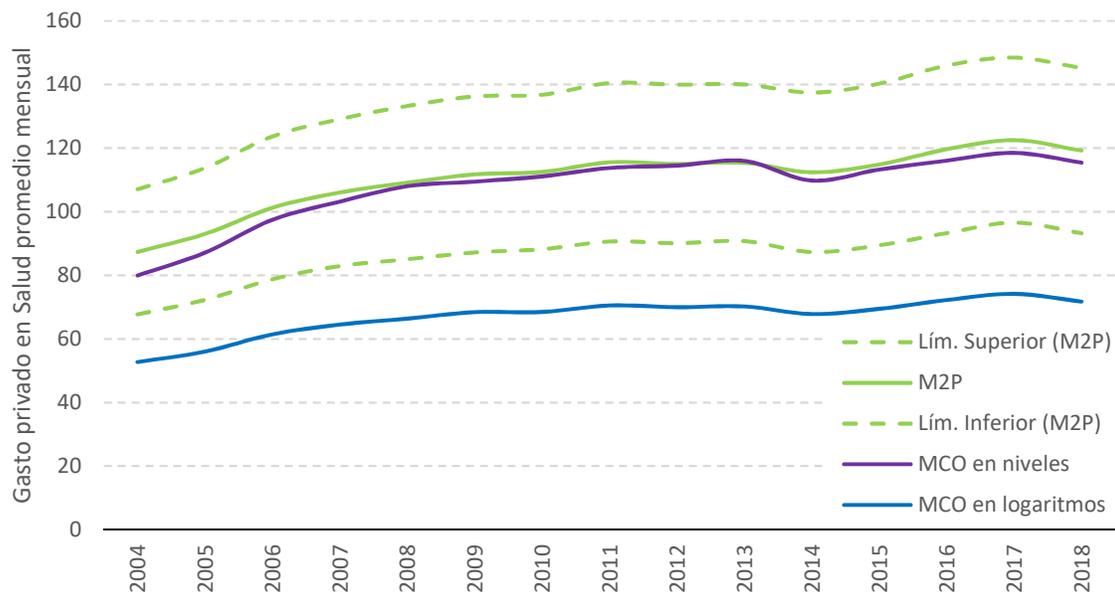
En pesos corrientes



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05).

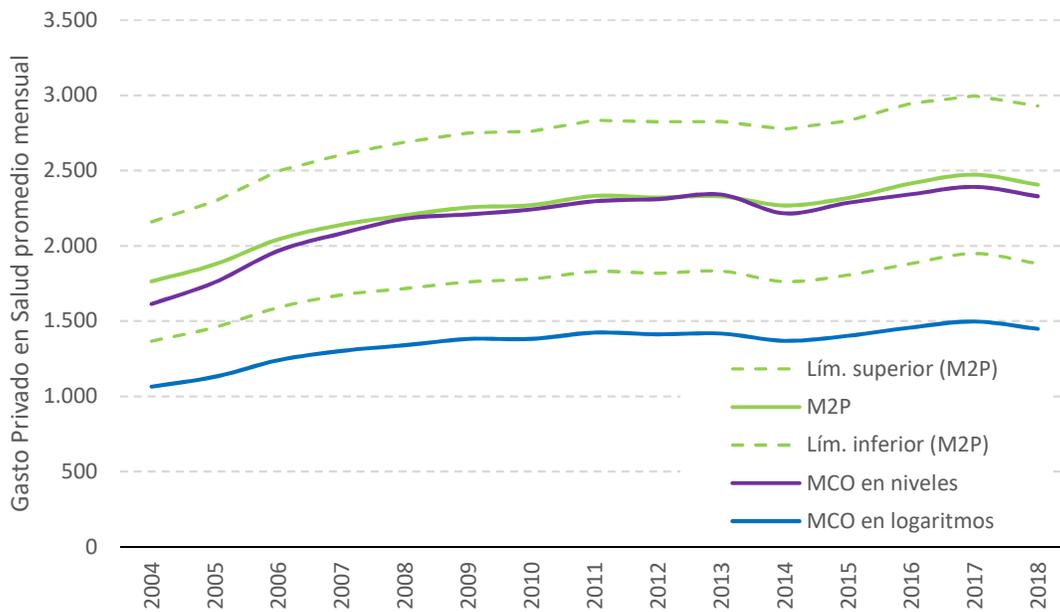
Gráfico 2. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

En pesos constantes de 2004



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

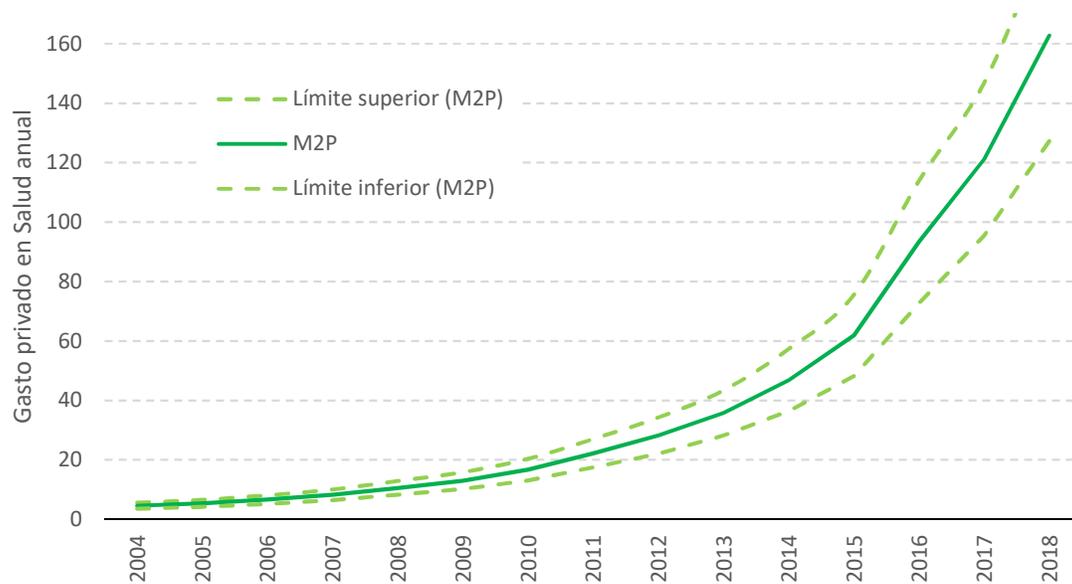
Gráfico 3. Proyecciones del Gasto Privado en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En pesos constantes de 2018



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Los Gráficos 4, 5 y 6 presentan las proyecciones poblacionales del GPrSa anual de los hogares de la PBA hasta el año 2018, en pesos corrientes, de 2004 y 2018 respectivamente.

Gráfico 4. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En miles de millones de pesos corrientes



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Gráfico 5. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En miles de millones de pesos constantes de 2004



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Gráfico 6. Proyecciones poblacionales del Gasto Privado en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

En miles de millones de pesos constantes de 2018



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

A nivel agregado se proyecta para el año 2018 un GPrSa de entre 125.000 y 200.000 millones de pesos (en pesos de 2018). En promedio, esto representa un 3,28% del PBG.

Los Cuadros 10 y 11 presentan las proyecciones de GPrSa de la PBA obtenidas a partir del modelo lineal MCO y del M2P respectivamente, expresadas como porcentaje del PBG de la Provincia. Además, se complementan estos resultados con una serie de Gasto Público en Salud de la PBA como porcentaje del PBG y otra de Gasto Privado en Salud nacional como porcentaje del PBI.

Cuadro 10. Gasto en Salud público y privado como porcentaje del Producto Bruto Geográfico. Modelo MCO

Modelo MCO	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Público PBA	0,80%	0,83%	0,73%	0,72%	0,74%	1,02%	0,90%	0,88%	0,92%	0,82%	0,85%	0,98%	1,02%	1,05%	1,00%
Privado PBA	2,46%	2,40%	2,49%	2,45%	2,52%	2,93%	2,81%	2,81%	2,97%	3,04%	2,84%	2,95%	3,20%	3,23%	3,18%
Privado Nación*	-	2,08%	2,06%	1,95%	1,94%	2,05%	1,82%	1,88%	1,86%	-	-	-	-	-	-

* Serie de GPrSa nacional como porcentaje del PBI extraído de Bonari (2014).

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos provistos por Contaduría General de la provincia de Buenos Aires

Cuadro 11. Gasto en Salud público y privado como porcentaje del Producto Bruto Geográfico. Modelo M2P

Modelo M2P	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Público PBA	0,80%	0,83%	0,73%	0,72%	0,74%	1,02%	0,90%	0,88%	0,92%	0,82%	0,85%	0,98%	1,02%	1,05%	1,00%
Privado PBA	2,69%	2,56%	2,59%	2,52%	2,55%	2,99%	2,85%	2,85%	2,98%	3,02%	2,91%	2,99%	3,30%	3,34%	3,28%
Privado Nación*	-	2,75%	2,63%	2,45%	2,28%	2,38%	2,11%	1,98%	1,89%	-	-	-	-	-	-

* Serie de GPrSa nacional como porcentaje del PBI extraído de Bonari (2014).

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos provistos por Contaduría General de la provincia de Buenos Aires

Según los datos provistos por Contaduría General de la provincia de Buenos Aires, el gasto público en Salud ha crecido desde el año 2004 hasta alcanzar el 1% del PBG en el año 2018.

Las proyecciones de GPrSa estimadas a partir del M2P son algo mayores que las estimadas a partir del MCO ordinarios y, en ambos casos, ha aumentado su participación en el PBG a lo largo de los años, alcanzando valores del 3,3%. Este resultado obtenido para la PBA supera en casi un punto lo obtenido para las proyecciones calculadas en Bonari (2014) para la Argentina, según el cual la participación del GPrSa nacional alcanzaba el 2% del PBI, hasta el año 2012, último año del cual se posee el dato.

Los resultados preliminares de la ENGHo (2017/18) publicados por el INDEC (2019)⁷: indican que los hogares de Argentina destinan a Salud un 6,5% promedio del gasto total, mientras que para los hogares de la región pampeana y del GBA (partidos del GBA y de CABA) este resultado asciende a 6,7% y 7,1% del gasto total. De acuerdo a dicho informe se observa un mayor peso del gasto en Salud en el presupuesto de los hogares del GBA debido a que el 15,2% de su población paga una cobertura privada de Salud.

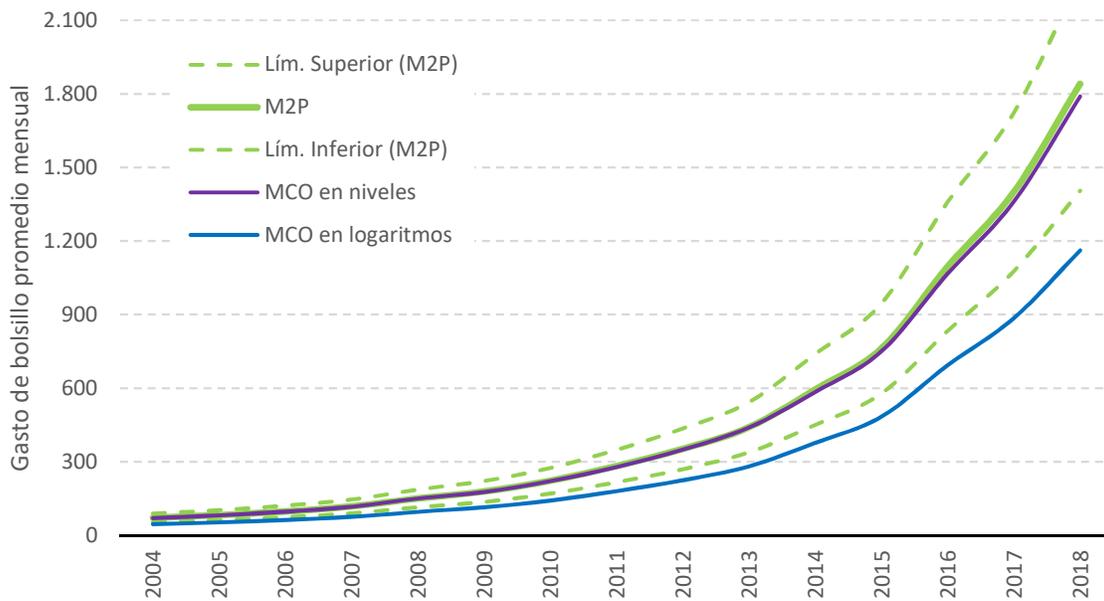
5.6. Proyecciones Gasto de Bolsillo en Salud

En esta sección se presentan los resultados correspondientes al GBS promedio mensual de los hogares de la PBA proyectados al año 2018 en pesos corrientes (Gráfico 7) y en pesos de 2004 y 2018 (Gráfico 8 y 9).

El GBS promedio de los hogares se proyecta al año 2018 con valores de entre 1440 pesos y 1840 pesos mensuales de 2018 (Gráfico 9). Asimismo, la proyección de su crecimiento real entre 2004 y 2018 es de entre 26% y 27%, que es inferior al proyectado para el GPrSa, donde se incluyen los pagos a los seguros de afiliación voluntaria. Esto se corresponde con una disminución de la participación del GBS en el GPrSa, que pasa de representar el 81% al 76% entre los años 2004 y 2018 (Gráfico 13).

⁷ INDEC. Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (2017/2018) - Resultados preliminares. 2019.

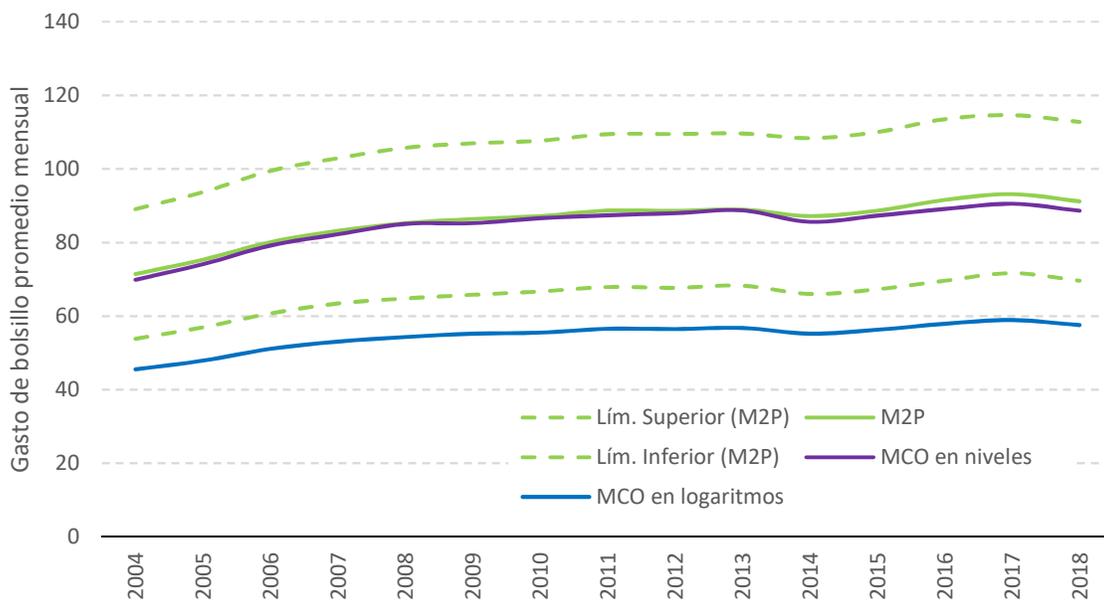
Gráfico 7. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05)

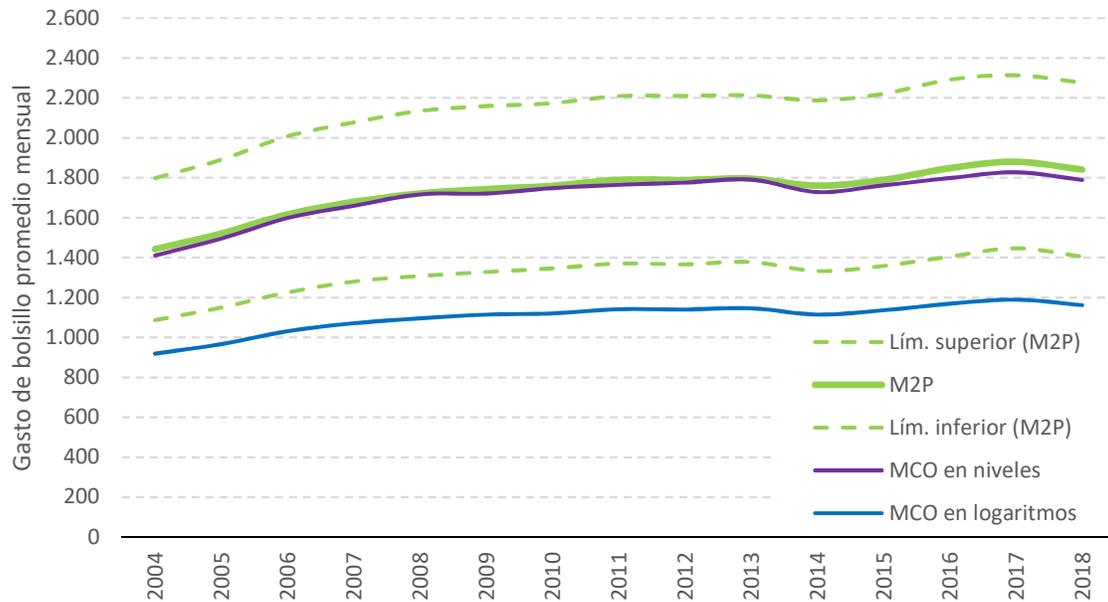
Gráfico 8. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

En pesos constantes de 2004



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Gráfico 9. Proyecciones del Gasto de Bolsillo en Salud promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En pesos constantes de 2018

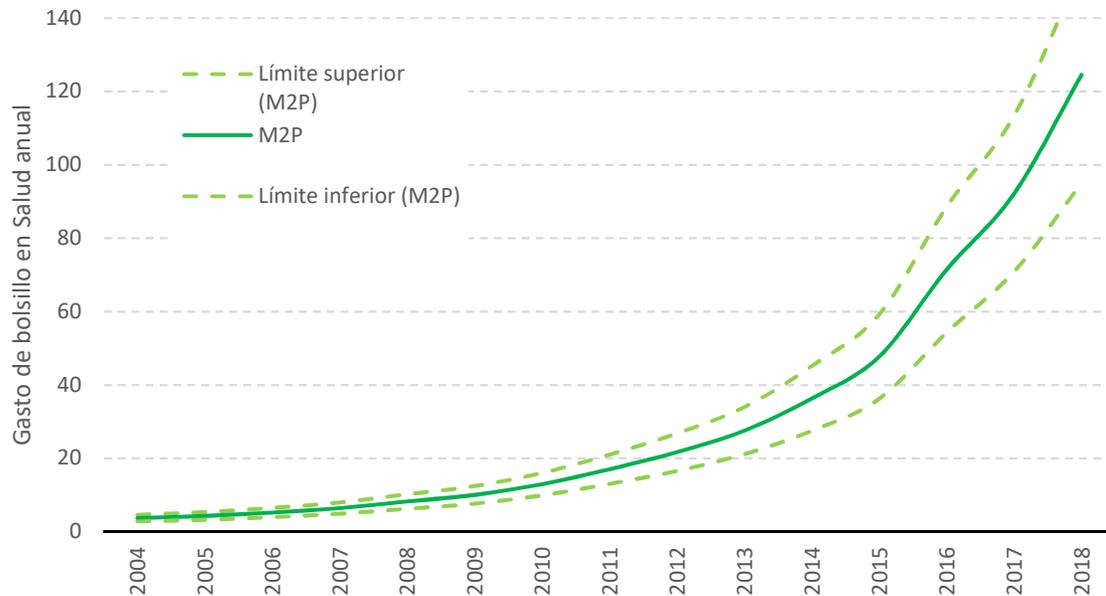


Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

En el Gráfico 10 se muestra las proyecciones poblacionales del GBS total anual de los hogares de la PBA hasta el año 2018 en pesos corrientes (Gráfico 10), a pesos de 2004 y a pesos 2018 (Gráfico 11 y 12). En términos agregados, el GBS de los hogares de la PBA se proyecta al 2018 entre 100.000 y 155.000 millones de pesos de 2018 (Gráfico 12).

Gráfico 10. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

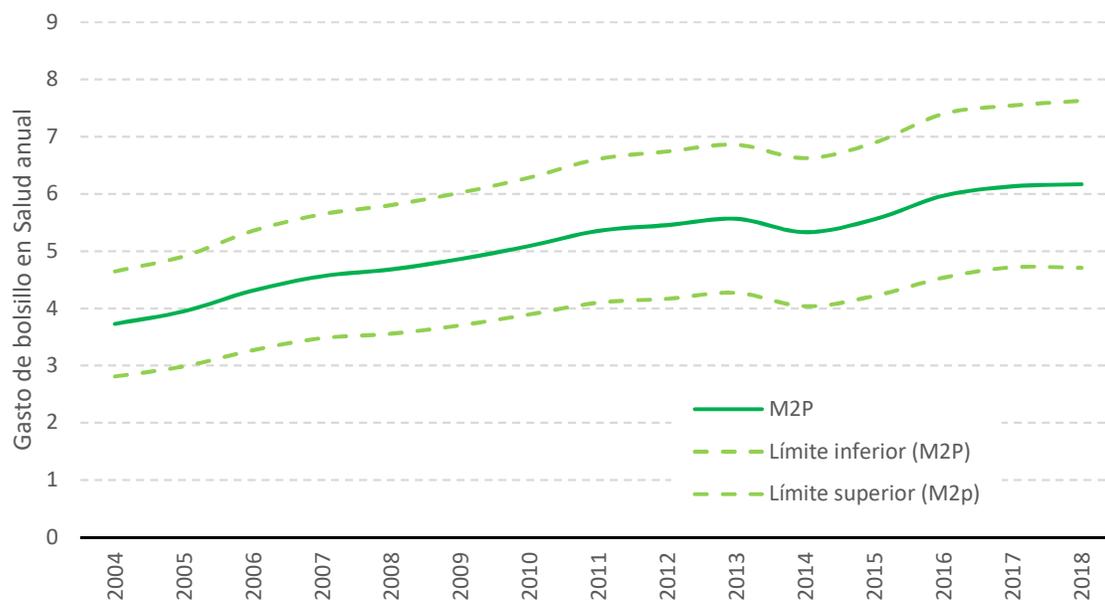
En miles de millones de pesos corrientes



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE.

Gráfico 11. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

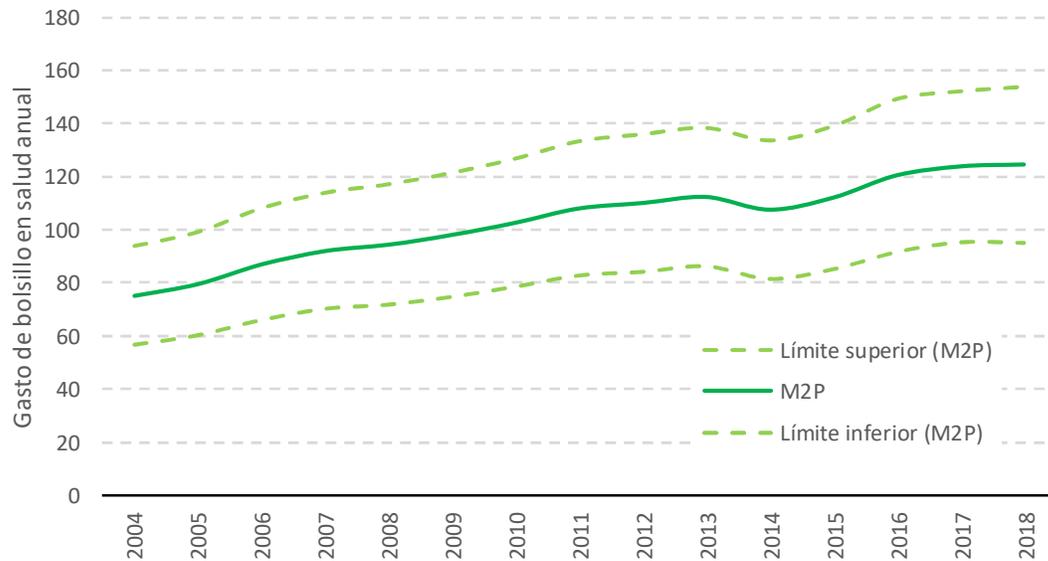
En miles de millones de pesos constantes de 2004



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE

Gráfico 12. Proyecciones poblacionales del Gasto de Bolsillo en Salud total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

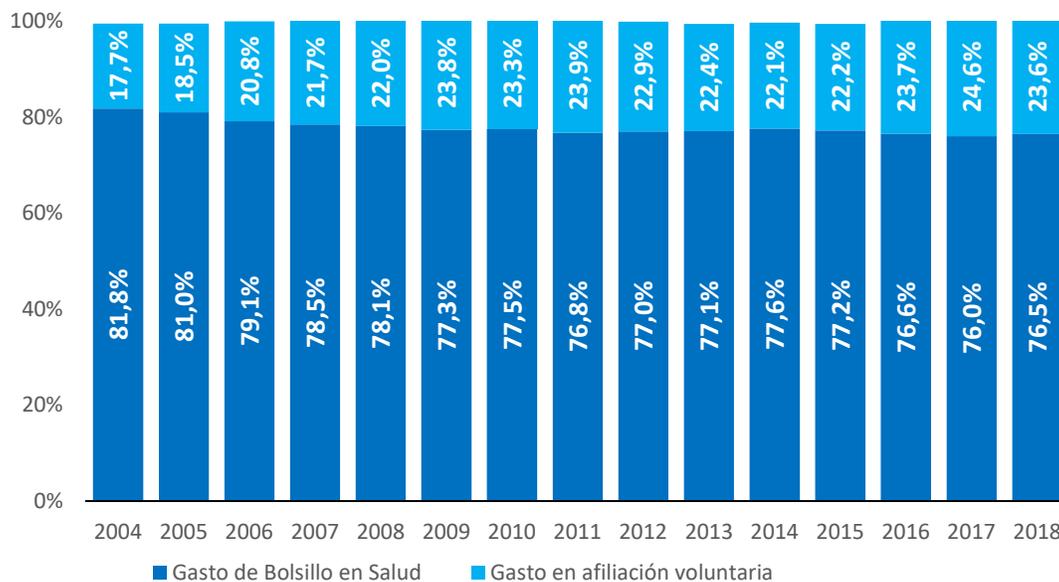
En miles de millones de pesos constantes de 2018



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE

La participación relativa del GBS dentro del total de Gasto Privado en Salud disminuye, según los valores predichos, 5,28 p.p. Debemos tener en cuenta que estos cambios relativos no contemplan el posible efecto de la inflación dentro de la participación de tipo de gasto, es decir, el modelo no capta posibles disparidades en la estructura de precios relativos del sector Salud.

Gráfico 13. Participación Gasto de Bolsillo en Salud en el Gasto Privado en Salud de la provincia de Buenos Aires.
 En porcentajes



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05)

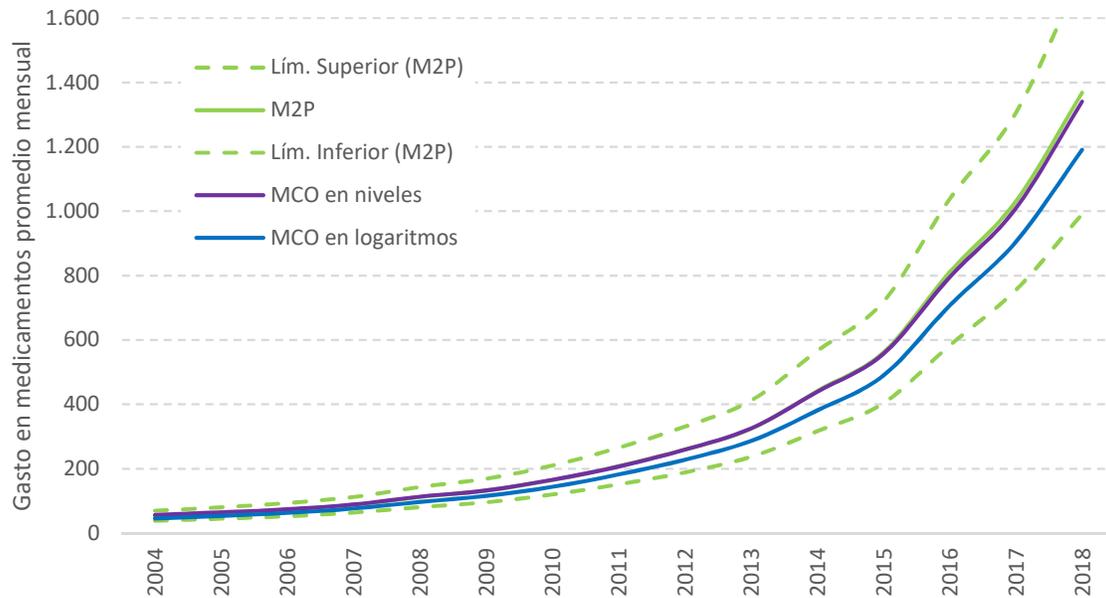
5.7. Proyecciones del Gasto en Medicamentos

Esta sección presenta los resultados obtenidos para las proyecciones de gastos en medicamentos (GM) de los hogares de la PBA para el período 2004-2018.

En los Gráficos 14, 15 y 16 se ilustra la proyección del gasto promedio en medicamentos mensual de los hogares de la PBA en pesos corrientes, de 2004 y de 2018 respectivamente.

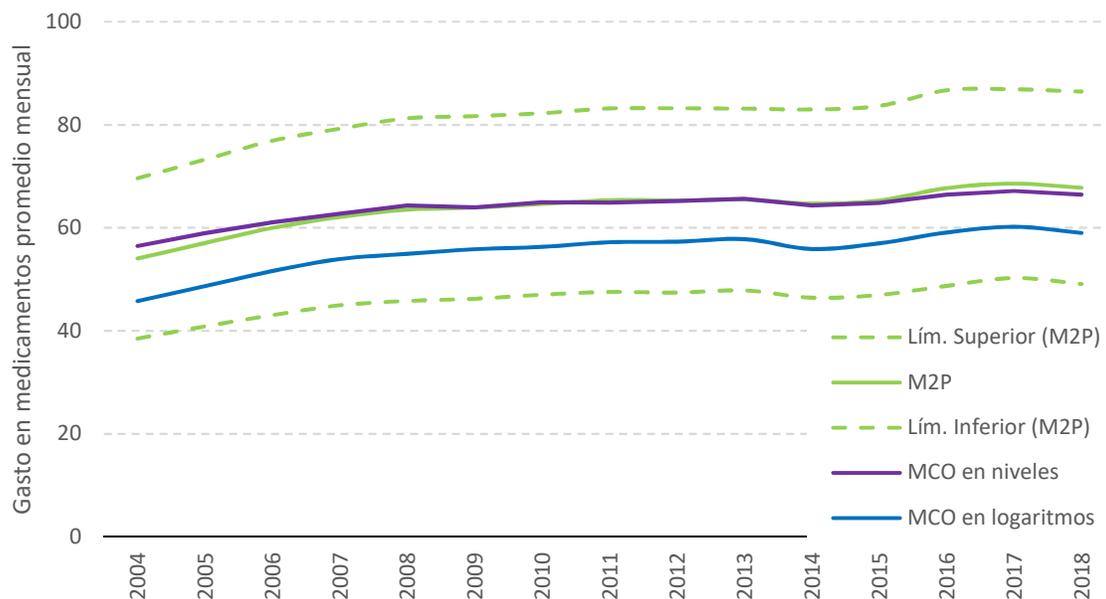
El GM mensual promedio de los hogares se proyecta para el año 2018 con valores de entre 1000 y 1700 pesos de 2018 (Gráfico 16). El promedio de crecimiento real entre 2004 y 2018 proyectado para este ítem es cercano al 26%, manteniendo su participación en el GBS en valores cercanos al 74%, sin observar modificaciones en las proyecciones para el período (Gráfico 20).

Gráfico 14. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En pesos corrientes



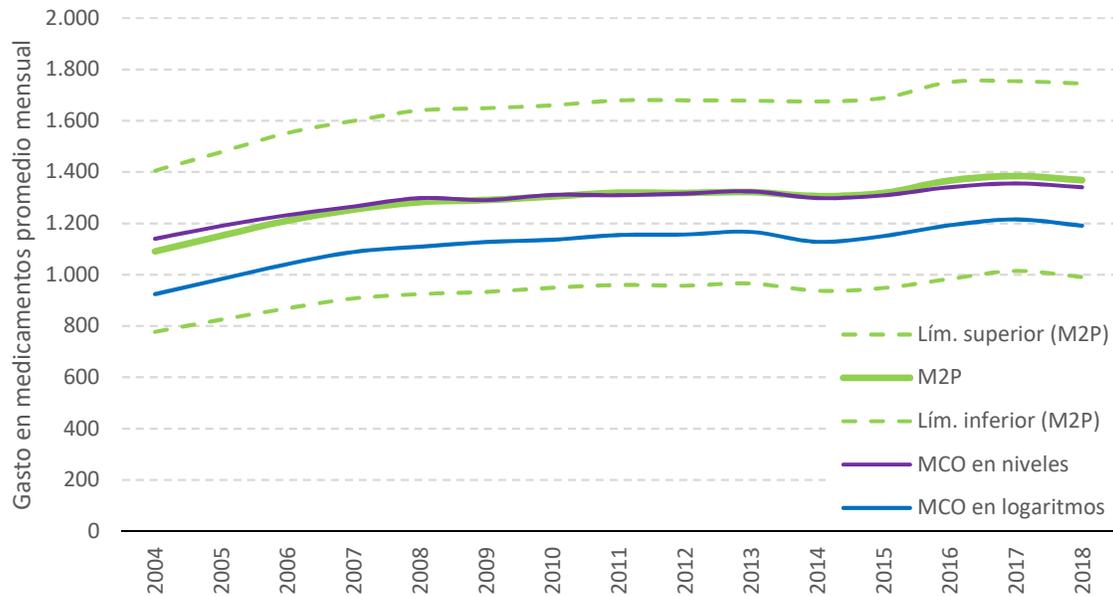
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05)

Gráfico 15. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En pesos constantes de 2004



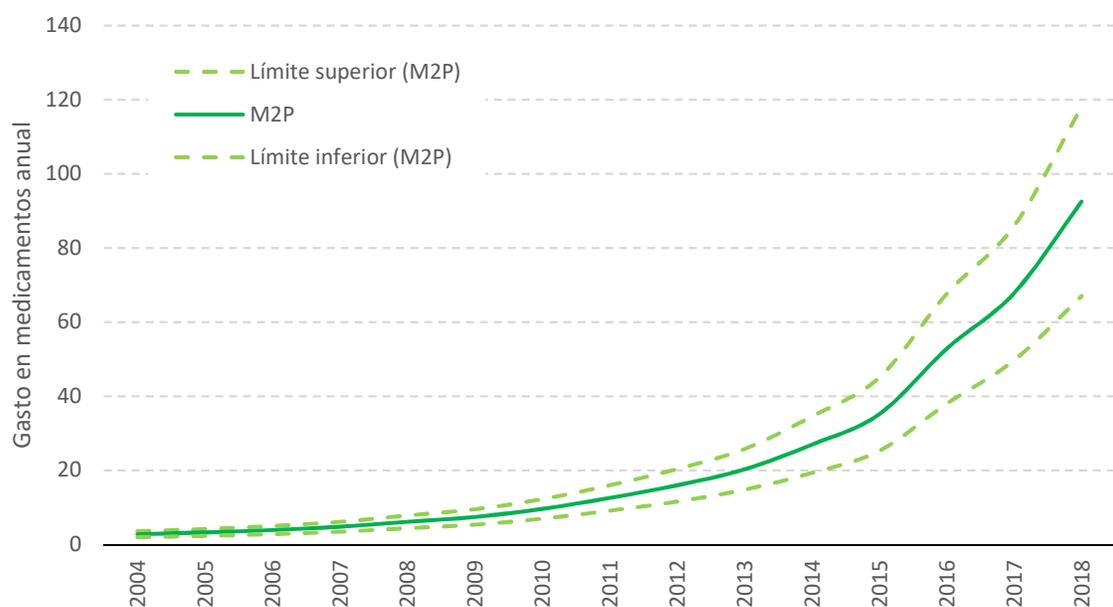
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE

Gráfico 16. Proyecciones del Gasto en Medicamentos promedio mensual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En pesos constantes de 2018



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE

Gráfico 17. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.
En miles de millones de pesos corrientes



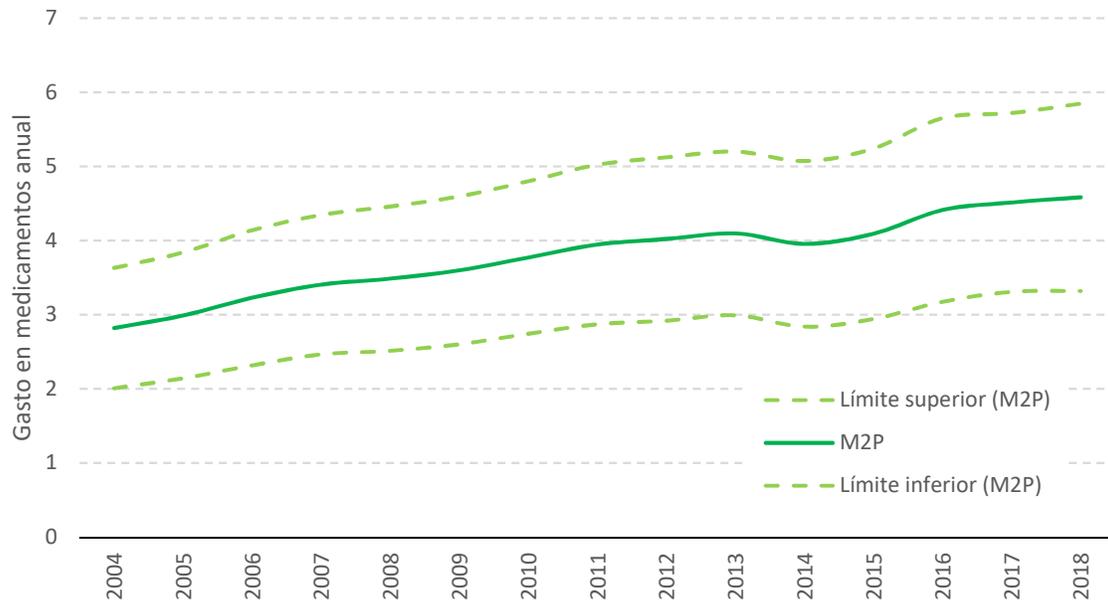
Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina provistos por la DPEE

Los Gráficos 17, 18 y 19. presentan las proyecciones poblacionales para el gasto en medicamentos total anual de los hogares de la PBA.

En términos agregados, para el año 2018 el gasto de medicamentos de los hogares de la PBA se proyecta entre 70.000 y 120.000 millones de pesos de 2018 (Gráfico 19).

Gráfico 18. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

En miles de millones de pesos constantes de 2004



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina y datos de proyecciones poblacionales provistos por la DPEE.

Gráfico 19. Proyecciones poblacionales del Gasto en Medicamentos total anual de los hogares de la provincia de Buenos Aires.

En miles de millones de pesos constantes de 2018

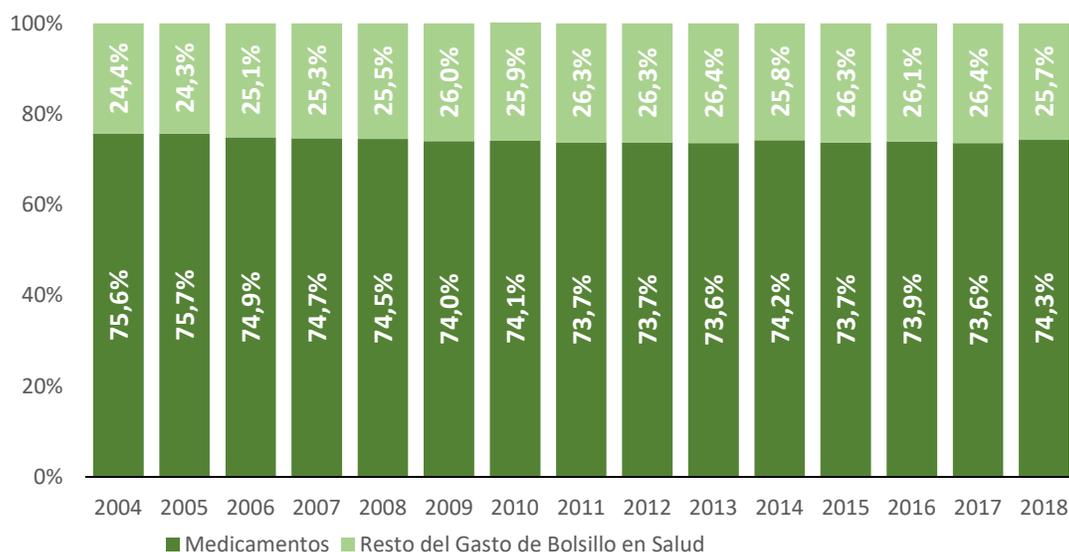


Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05) y datos del IPC de Argentina y datos de proyecciones poblacionales provistos por la DPEE.

Finalmente, el Gráfico 20 muestra la participación relativa del gasto en medicamentos dentro del Gasto de Bolsillo en Salud de los hogares. Esta participación ha aumentado levemente, según las predicciones realizadas, en 1,34 puntos porcentuales.

Gráfico 20. Participación del Gasto en Medicamentos en el Gasto de Bolsillo en Salud de la provincia de Buenos Aires.

En porcentajes



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos de la ENGHo (2004/05)

6. Conclusiones

La estimación del GPrSa en la Argentina plantea un gran desafío debido a las limitaciones provenientes de los sistemas de información disponibles y específicos para el sector de Salud.

En el contexto internacional las estimaciones de este tipo de gasto provienen de los registros de cuentas nacionales y/o de los sistemas de cuentas satélites dedicadas al sector sanitario.

En Argentina los mejores datos disponibles provienen de la Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares (ENGHo) y de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (EUYGSS), aunque este tipo de encuestas poseen algunas limitaciones como: grupos poblacionales excluidos, omisión de información relevante sobre el estado sanitario de la población objetivo y, la brecha temporal entre las cuales se realizan este tipo de relevamientos, entre 5 y 8 años en algunos casos.

En este contexto el presente documento refleja el proceso exploratorio realizado para proponer una metodología de estimación del GPrSa que permita aportar una herramienta de cuantificación del mismo para la toma de decisiones en materia de política de gasto en Salud, en especial para el ámbito de la provincia de Buenos Aires.

A partir de la ENGHo (2004/05) se estimaron los determinantes del GPrSa a través de distintos modelos econométricos, lineales y no lineales. A partir de las pruebas de robustez aplicadas, este trabajo propone utilizar como metodología el modelo en 2 partes como mejor modelo de estimación de los determinantes del GPrSa para PBA. Los modelos estimados fueron proyectados en un panel de datos construido a través de las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) para el período correspondiente a los segundos trimestres de los años 2004-2018. Con dichas proyecciones, se obtuvo el GPrSa promedio de los hogares urbanos de la PBA, el cual fue expandido considerando proyecciones poblacionales provenientes de datos censales, provistos por INDEC.

De manera resumida los principales resultados obtenidos son:

- Las variables que explican en términos estadísticamente significativos el GPrSa en la PBA son: la edad del jefe de hogar, el nivel educativo (alto) del jefe de hogar, el sexo del jefe de hogar, el ingreso total familiar, el acceso a cobertura médica del jefe de hogar, la proporción de adultos mayores de 65 años en el hogar y, por último, la pertenencia a la región geográfica GBA.
- La proyección del gasto en Salud promedio mensual de los hogares para el año 2018 es de \$2406 (en pesos de 2018), un 36% más alto que el proyectado para 2004 en términos constantes.
- El GPrSa resultó un 3,4% del producto bruto geográfico de la PBA en el año 2017.
- El GPrSa en términos del producto bruto geográfico de la Provincia creció un 24,1% durante el periodo 2004-2017.
- Los desembolsos privados en materia de afiliación voluntaria alcanzaron un 23,6% del gasto total en Salud en el año 2018.

- Los desembolsos privados en materia de afiliación voluntaria aumentaron un 6% en términos del gasto total en Salud durante el período 2004-2018.
- El gasto en medicamentos se mantuvo estable con respecto al total de gasto en Salud alcanzando el 56% del gasto del hogar en Salud en el año 2018.
- Las estimaciones de la elasticidad ingreso del GPrSa, calculada para distintos niveles de ingreso resulta, en todos los casos, con un valor menor que 1, lo cual indica el hecho intuitivo de que los gastos en Salud son bienes de primera necesidad.

7. Limitaciones del presente estudio

Debido a que en la práctica no es posible diseñar e implementar una encuesta sin sesgos, lo más prudente es asumir que tales sesgos existen e intentar usar alguna metodología que los tome en cuenta de manera explícita.

La falta de información que permita estimar el GPrSa anualmente, hace que sea necesario utilizar modelos econométricos que estimen los determinantes del mencionado gasto y sus componentes. Las especificaciones econométricas utilizadas para modelar el GPrSa de los hogares utilizando datos a nivel individual (hogar) han sido largamente estudiadas en la literatura (Duan et al 1983, Hay and Olsen, 1984; Maddala, 1985 and Leung and Yu, 1996) entre otros.

Los microdatos de GPrSa presentan dos características que dificultan el análisis: una distribución fuertemente asimétrica con valores extremos hacia la derecha de la distribución, y un alto porcentaje de ceros (individuos que no presentan GPrSa). Estos ceros pueden explicarse por la falta de frecuencia en el consumo de asistencia sanitaria privada, y que dicho consumo no sea captado por encuestas que se realizan en un período limitado de tiempo o puede pensarse como el resultado de soluciones de esquina en el proceso de maximización de la utilidad (Wooldridge, 2002). El problema para modelar este gasto se suscita en tanto es de esperar que la relación entre el gasto de Salud y las variables explicativas no sea lineal, siendo los modelos lineales generalmente inapropiados para modelar este tipo de variables.

Sin embargo, cuando el objetivo es proyectar la aproximación lineal, más allá de sus limitaciones, puede ser una buena alternativa. Para realizar este ejercicio es necesario tener presente que se presume que los hogares se comportan como un hogar representativo, y que se proyecta utilizando el valor promedio de las variables explicativas. Bajo estos supuestos, el GPrSa para el total de la población se obtiene multiplicando el gasto promedio del hogar representativo para cada año por el total de hogares en la población en dicho año. Los principales beneficios de este modelo son la simplicidad de su cálculo, la facilidad para llevar adelante estimaciones ponderadas y para corregir la heterocedasticidad observada en los datos. El principal problema es el no cumplimiento de los supuestos del modelo lineal general. Al no tener las características de la distribución de la variable dependiente (que presenta un elevado porcentaje de ceros (cerca del 40% de los hogares no presenta consumo privado de asistencia sanitaria) y una fuerte asimetría y kurtosis en la distribución del gasto positivo en Salud), las estimaciones de los parámetros no son consistentes. No obstante, el comportamiento de estos modelos en la media para fines únicamente predictivos es bueno (Hill, S. C. y G. E. Miller, 2010). Estos modelos predicen muy mal a nivel individual (hogar), pero bien en el agregado (Cameron & Trivedi, 2005 pp.106).

8. Bibliografía

Abuelafia, E. El funcionamiento del sistema de Salud argentino en un contexto federal. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 77. Septiembre 2002.

Acuña, C. El Sistema de Salud en Argentina. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional. Documento 60. Marzo 2002.

Ascues, M Castro S., M, Reyes, C. Gordillo A (colaboradora). *Manual de Cuenta Satélite de Salud (CSS). Versión 1.* Organización Panamericana de Salud. 2005. 127 p.

Bonari, D (coord) et al. Estimación del gasto privado en Salud en la argentina. Ministerio de Salud. Dirección de Economía de la Salud. 2014. Mimeo

Bonari, D.; Dorin, F.; Levcovich, M. et al. Ministerio de Economía y Ministerio de Salud: "Estimaciones del Gasto en Salud. Argentina. Año 1997 y Proyecciones 2001". Año 2001.

Cameron, A. C., & Trivedi, P. K. Multinomial models. *Microeconometrics, Methods and Applications*, 113-146. 2005

Cavagnero, E; Carrin, Guy; Xu, K; Aguilera-Rivera, AM. Health Financing in Argentina: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. *Innovation in Health Financing Working Paper Series. N° 8 (2006).* Fundación Mexicana para la Salud, A. C. e Instituto Nacional de Salud Pública, México.

Cetrángolo, O y Anlló, G. Políticas sociales en Argentina: viejos problemas, nuevos desafíos, en Bernardo Kosacoff, (editor): *Crisis, recuperación y nuevos dilemas de la economía argentina 2002-2007 CEPAL.* Buenos Aires. 2010

Cetrángolo, O. (coord.), Lima Quintana, I; San Martin, M. y Goldschmit, A. *Aportes al Desarrollo Humano El sistema de Salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros". (PNUD, 2011).*

Cetrángolo, O. (coord.); Lima Quintana, L. y San Martin, M. *El sector Salud en un contexto descentralizado.* Ministerio de Salud de la Nación. 2007. mimeo.

Cetrángolo, O: *Organización de la Salud en Argentina y Equidad - Una reflexión sobre las reformas de los años noventa e impacto de la crisis actual.* Presentado en el Taller: *Regional Consultation on Policy Tools: Equity in Population Health*, 17 de junio de 2002.

Cortez, R y Romero, D: *Argentina: Aumento de la utilización de los servicios de atención de Salud en la población no asegurada: Plan Nacer.* UNICO Studies Series 12. The World Bank, Washington DC. 2013

Costa-Font, J; Gemmill, M; Rubert, G. *Re-visiting the Health Care Luxury Good Hypothesis: Aggregation, Precision, and Publication Biases? HEDG Working Paper. N° 09/02 (2009).*

Cruz Rivero, C; Luna Ruiz, G A; Morales Barrera, R; Coello L, Carlos G. Gasto catastrófico en Salud y elasticidades ingreso por tipo de gasto en servicios de Salud en México. *Bienestar y Política Social*, 2006, vol. 2, núm. 6, p. 51-73.

Department of Economic and Social Affairs. Household sample surveys in developing and transition countries". *Studies in Methods, Series F. N° 96* (2005). United Nations, New York.

Di Matteo, L. The Income Elasticity of Health Care Spending: A Comparison of Parametric and Nonparametric Approaches. *The European Journal of Health Economics*, 2003, vol. 4, núm 1, p. 20-29.

Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales: Gasto Público Consolidado, 2003-2009. Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación (2011 a)

Dirección de Análisis de Gasto Público y Programas Sociales: Series de Gasto Público, 1980-2009. Secretaría de Política Económica. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas de la Nación (2011 b)

Dorin, F. Avance de la Cuenta Satélite de Servicios de Salud en la Región de las Américas. Serie Manuales N° 75. CEPAL, OPS Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile. Diciembre 2011. 161 p. ISSN: 1680-886X.

Duan, N., Manning, W. G., Morris, C. N., & Newhouse, J. P. A comparison of alternative models for the demand for medical care. *Journal of business & economic statistics*, 1(2), 115-126. 1983

Frag, M; Nandakumar, AK; Wallack, S; Hodgkin, D; Gaumer, G; Erbil, C. The income elasticity of health care spending in developing and developed countries. *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 2012, vol. 12, Issue 2, p. 145-162.

Gasparini, L.. Documento de trabajo CEDLAS – Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires. La Focalización del Gasto Público Social en la Provincia de Buenos Aires.2019.

Getzen, TE. Health care is and individual necessity and national luxury: applying multilevel decision models to the analysis of health care expenditures. *Journal of Health Economics*, 2000, núm 19, p. 259-270.

González García, G y Tobar, F.: Más Salud por el Mismo Dinero. Ediciones Isalud. 1997.

González García, G, Ramos S; Llovet y Abadie. El gasto en Salud y en medicamentos. 1985. CEDES 1987.

González García, G. y Tobar, F.: Salud para los argentinos. Ediciones Isalud. 2004.

Hahn, B., & Lefkowitz, D. C. Annual expenses and sources of payment for health care services (Vol. 14). US Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, Center for General Health Services Intramural Research. 1992

Hay, J. W., & Olsen, R. J. Let them eat cake: a note on comparing alternative models of the demand for medical care. *Journal of Business & Economic Statistics*, 2(3), 279-282.1984

Hill, S. C., & Miller, G. E. Health expenditure estimation and functional form: applications of the generalized gamma and extended estimating equations models. *Health economics*, 19(5), 608-627.2010

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) Conta-Satélite de Saúde: Brasil 2007-2009. Contas Nacionais N° 37 (2012), Río de Janeiro. Brasil ISSN 1415-9813.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) Sistema de Cuentas Nacionales de México: Cuenta satélite del sector Salud de México, 2008. 2011. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, México.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Glosario. Resultados Definitivos. Variables Seleccionadas". Serie B, N° 1. 2010.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 2004-2005. Base de Datos de Consumo e Ingresos. Resumen Metodológico. 2007.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 2012. Manual del Encuestador". s/f.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012. Aspectos metodológicos. 2012.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018 - Resultados preliminares. 2019.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) Encuesta Permanente de Hogares - Diseño de Registro y Estructura para las bases de Microdatos. 2013.

Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) Sistemas de Salud en Suramérica: Desafíos para la universalidad, integralidad y equidad. Informe Argentina 2011.

Isuani, A. y Mercer: La fragmentación institucional del sector Salud ¿pluralismo o irracionalidad?. 1985.

Knaul, F; Arreola-Ornelas, H; Pleic, M; Wong, R. Household Health Spending, Equity and Poverty: A Literature and Methodology Review. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012; distributed by Harvard University Press.

Langsam, M. Apoyo al Observatorio de Políticas de Salud del Mercosur: Análisis de los sistemas de Salud pública. Informe Argentina 2011.

Leung, S. F., & Yu, S. On the choice between sample selection and two-part models. *Journal of econometrics*, 72(1-2), 197-229. 1996

Levcovich, M, Tacsir y Blanco. Aportes al análisis de los resultados de estudios de gasto y financiamiento en Salud. Año 2002.

- Maceira D. Financiamiento, Aseguramiento y Prestación de Servicios de Salud en Argentina.
- Maceira, D. Instituciones Sanitarias en un País Federal: Las Obras Sociales Provinciales en Contexto. Centro de Estudios de Estado y Sociedad. Seminario IV – Agosto 2003.
- Maceira, D. y Reynoso, A. Catastrophic and Impoverishing Health Expenditure in Argentina, 1997-2005 (chapter 4). In Household Spending and Impoverishment. Kanul FM, Wong R and Arreola-Ornelas H (editors). Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. (2012). Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Center, 2012; distributed by Harvard University Press.
- Maddala, G. S. A survey of the literature on selectivity bias as it pertains to health care markets. *Advances in health economics and health services research*, 6, 3. 1985
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de utilización y gasto en Atención Médica. República Argentina.1980.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de utilización y gasto en Atención Médica. República Argentina.1989.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de utilización y gasto en servicios de Salud. República Argentina. 2003.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de utilización y gasto en servicios de Salud. República Argentina. 2005.
- Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta Nacional de Salud. República Argentina .1969.
- Ministerio de Salud Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Argentina año 2010. Primeros Resultados. República Argentina. 2012
- Ministerio de Salud y Acción Social e INDEC. Encuesta sobre utilización y gasto en servicios de Salud. Gasto en Salud - datos comparativos. República Argentina. 1990
- Monteverde, M, Jorgensen N: Metodología de Proyección del Gasto en Salud de los Hogares en la Argentina. Informe técnico. Universidad Isalud. s/f.
- Montoya Díaz, MD; Mori Sarti, F; Coelho Campino, AC; Lunes, R. Catastrophic Health Expenditure in Brazil. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012; distributed by Harvard University Press.
- Murray, C ; Knaul F; Musgrove, P; Xu, Ke; Kewabata K. Defining and measuring fairness in financial contribution to the health system. GPE Discussion Paper Series: N° 24. World Health Organization.
- Newhouse, JP. Medical-Care Expenditure: A Cross-National Survey. *The Journal of Human Resources*, 1977, vol. 12, N° 1, p. 115-125.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) Eurostat, WHO. A System of Health Accounts, OECD Publishing, 2011. 524p.

Organización Mundial de la Salud (OMS). Guía del productor de cuentas nacionales de Salud con aplicaciones especiales para países de ingresos medios y bajos. 2005. Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

Organización Panamericana De La Salud (OPS) Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2010.

Organización Panamericana De La Salud (OPS) Estadísticas Sanitarias Mundiales. 2018.

Organización Panamericana De La Salud (OPS) Manual de Cuenta Satélite de Salud (CSS). Versión 1. 2005.

Organización para el Desarrollo Económico y la Cooperación (OCDE), Eurostat, WHO. Un Sistema de Cuentas de Salud 2011. Versión Resumida, Borrador 1.W.Cave y equipo CNS de la OMS (trad.) Octubre 2012.214 p.

Parker, SW and Wong, R. Household income and health care expenditures in Mexico. Health Policy, 1997 vol 40, Issue 3, p. 237-255.

Perticara, M. Incidencia de los gastos de bolsillo en Salud en siete países latinoamericanos. Serie políticas sociales, Nº 141 (2008). Naciones Unidas, CEPAL, División de Desarrollo Social, Santiago de Chile.

Phelps, Ch. Health Economics. 2nd Edition. Addison-Wesley Longman, p. 5, 6, 102-133.

Pippo Briant, T. Análisis del Gasto en Salud y sus Fuentes de Información en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación, Dirección de Economía de la Salud. República Argentina. 2009.

Rannan-Eliya, R. P. and Lorenzoni, L., Guidelines for Improving the Comparability and Availability of Private Health Expenditures Under the System of Health Accounts Framework, OECD Health Working Papers, No. 52, OECD Publishing. 2010. 68 p. JEL Classification: I10, C81, M41.

Rannan-Eliya, Ravi P. Estimating Out-of-Pocket Spending for National Health Accounts. 2010. Institute for Health Policy, Colombo 2, Sri Lanka. WHO, Geneva.

Roitter, M. Estudios sobre el Sector sin Fines de Lucro en Argentina. CEDES 2000.

Sanguinetti, J. Equidad, acceso y utilización de los servicios de Salud en Argentina. ¿Qué dicen los datos más recientes? Paper commissioned by the World Bank, Human Development Department, Latin American and the Caribbean Region, 2012. Washington, DC.

Sanguinetti, J. Health Coverage, Spending, Financing and Service Utilization. Analysis in Argentina 2003-2014: Main trends. Background report commissioned by the Health, Nutrition and Population Practice, Latin American and the Caribbean Region. World Bank. 2015. Washington, DC.

Sharpe, DL.; Fan, JX; Hong, GS. Household out-of-pocket health care expenditure trends: 1980-95. International Journal of Consumer Studies, 2001, vol 25, Issue 2, p. 114-122.

- Sunshine, J. H., & Dicker, M. Total family expenditures for health care, United States in 1980. 1987
- Temporelli, KL, Gonzalez GH. Elasticidad ingreso de los gastos sanitarios: Un análisis a diferentes niveles de ingreso. *Estudios de Economía Aplicada*, 2008, vol. 26-1, p. 385-402.
- Tobar, F, Montiel, L., Ventura, G. y Falbo, R. *El Gasto en Salud y su método de cálculo*” Ediciones Isalud. 2000.
- Tobar, F.; Olaviaga, S. y Solano, R. *Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. CIPPEC. 2012.
- Torres, AC. y Knaul, F. Determinantes del gasto de bolsillo en Salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. *Caleidoscopio de la Salud, S/F*, p. 209-225.
- Valero, J y Trevino, M. El gasto en Salud de los hogares en México, y su relación con la disponibilidad de recursos, las remesas y la asignación intrafamiliar. *Economía Mexicana Nueva Época*, 2010, vol. XIX, Num. 2, p. 311-342.
- Van Der Koy, E; Lima Quintanal, L y Pezzella, H.: *Estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el programa obligatorio*. Universidad del Salvador, 2010.
- Van Der Koy, E; Pezzella, H; Carril, A; Roldán, R; Luzuriaga, P y Langsam, M. *Actualización de la estimación del gasto necesario para garantizar la cobertura asistencial contenida en el PMO*, Ediciones Isalud. 2017.
- Wagstaff, A., Paci, P., & Van Doorslaer, E. On the measurement of inequalities in health. *Social science & medicine*, 33(5), 545-557. 1991
- Wooldridge, J. M. Inverse probability weighted M-estimators for sample selection, attrition, and stratification. *Portuguese Economic Journal*, 1(2), 117-139. 2002
- Xu K, Evans DB, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C: Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”. *The Lancet*, 2003, vol. 362, July, p. 111-117.
- Xu, K., P. Saksena, M. Jowett, C. Indikadahena, J. Kutzin y D. B. Evans. *Exploring the Thresholds of Health Expenditure for Protection against Financial Risk*. Documento de antecedentes del Informe sobre la Salud en el mundo no. 19. Departamento de Financiación de los Sistemas de Salud de la OMS, Ginebra, Suiza. 2010
- Xu, K; Saksena, P; Holly A. *The Determinants of Health Expenditure: A Country-Level Panel Data Analysis*. A working paper of the results for development Institute (R4D). 2011