

Vulnerabilidad sanitaria por falta de cobertura de obra social y plan de salud en Argentina. .

Roberto Abeldaño, Alicia Fernández y Leandro González.

Cita:

Roberto Abeldaño, Alicia Fernández y Leandro González (2015). *Vulnerabilidad sanitaria por falta de cobertura de obra social y plan de salud en Argentina. XIII Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Salta.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xiiijornadasaepa/10>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e7Bo/4Kh>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

XII Jornadas Argentinas de Estudios de Población, Salta, 16-18 de septiembre de 2015.

Vulnerabilidad sanitaria por cobertura de seguro de obra social y plan de salud en Argentina.

Ariel Abeldaño. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.
abeldano@arnet.com.ar

Ruth Fernández. Escuela de Salud Pública. Facultad de Ciencias Médicas. UNC.
aruthfernandez@gmail.com

Leandro González. CIECS. CONICET. leandrogonzalez@yahoo.com.ar

Resumen

El Informe Mundial de la Salud 2010 de la Organización Mundial de la Salud esbozó un marco conceptual para analizar los componentes de la Cobertura Universal de Salud, y sugiere tres grandes dimensiones: la primera hace referencia a la oferta de servicios que están cubiertos (cobertura del servicio); la segunda se refiere a la proporción de los costos totales cubiertos a través de seguros u otros mecanismos solidarios de cobertura de riesgos (cobertura financiera) y la tercera dimensión es la relacionada con la proporción de la población cubierta (cobertura de la población). A partir de ese marco, en este trabajo se analizan la cobertura de seguro de la población y los gastos relacionados a la salud en los hogares de la población argentina.

Para el análisis se utilizaron como fuentes de datos el Censo Nacional de Población y Vivienda 2001, las encuestas Permanentes de Hogares del período 2010-2014 y la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012. Se construyeron indicadores de cobertura de seguro y de financiamiento del gasto en salud de los hogares siguiendo la propuesta de Sherri (2012) y finalmente se definieron modelos multivariados para identificar determinantes de la cobertura y del gasto de los hogares.

Los resultados evidencian que si bien la cobertura en el período 2010-2014 se fue incrementando, aún persisten sin cobertura el 30% de la población en los aglomerados urbanos y el 50% de las

personas en todo el país. Respecto al pago directo de gastos derivados de eventos de salud, la situación de gasto catastrófico en salud (gasto en salud mayor al 30% del gasto total del hogar) compromete al 2% de los hogares del país, , mientras que el empobrecimiento debido al gasto en salud (situarse por debajo de la línea de pobreza debido a los gastos en salud) se encontró en el 1,7% de los hogares.

Se puede concluir que existen diferenciales respecto de la cobertura de seguro de salud; y además si un hogar incurre en gasto catastrófico en salud probablemente caiga en situación de pobreza relacionada a la salud.

Sesión 2. El derecho a la salud en Argentina. Entre posibilidades de monitoreo y avances en el ejercicio. Coordinadores: Dra. Rojas Cabrera y Dr. Peranovich.

Introducción

La seguridad social comprende un conjunto de medidas previsivas dirigidas a garantizar a los habitantes de un país los medios económicos para lograr condiciones mínimas de salud y educación, así como las providencias contra algunos riesgos inherentes al ciclo vital, como enfermedad, desempleo, invalidez, vejez, y algunas condiciones de vulnerabilidad socioeconómica (Fleury, 2002; Mesa-Lago, 2000; Martínez, 2001).

Como se señaló en el párrafo anterior, uno de los elementos que conforman a la seguridad social tiene que ver con el aseguramiento contra los riesgos hacia la salud. En este sentido, en los últimos años los organismos internacionales han puesto un gran empeño dirigido a lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS) en la población, entendiendo que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud implican *que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios de salud integrales, adecuados, oportunos, de calidad, determinados a nivel nacional, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular a los grupos en situación de vulnerabilidad.* (OPS-OMS, 2014a: 2).

El acceso universal es definido como la ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género; este podrá lograrse a través de la eliminación progresiva de las barreras que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud, determinados a nivel nacional y de manera equitativa (OPS-OMS, 2014b). Por su parte, la cobertura de salud puede definirse como la capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población, lo cual incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud, medicamentos y financiamiento (OMS, 2008).

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

- a. La primera hace referencia a la oferta de servicios que están cubiertos (cobertura del servicio);
- b. La segunda se refiere a la proporción de los costos totales cubiertos a través de seguros u otros mecanismos solidarios de cobertura de riesgos (cobertura financiera); y

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

En este marco de análisis, la primera dimensión representa la aspiración de que todas las personas puedan obtener los servicios de salud que necesitan, mientras que la segunda representa la aspiración de garantizar que la población no sufra dificultades financieras vinculadas al pago por servicios de salud en el momento en que los necesiten. La tercera dimensión refleja la distribución de la cobertura a través de diversos subgrupos de población, lo que en su conjunto realza la importancia de lograr la equidad en la cobertura por sexos, edades, lugar de residencia, condición de migrante, origen étnico y nivel de ingresos (Figura 1) (Sherri H, 2012). En consecuencia, la cobertura universal de salud implica que los mecanismos de organización y financiación deben ser suficientes para cubrir a toda la población.

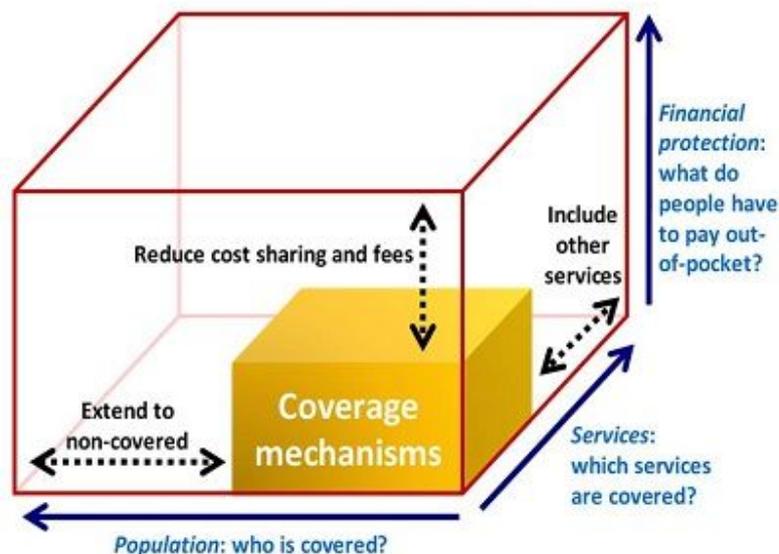


Figura 1. Las tres dimensiones de la CUS. Tomado de WHO World Health Report, 2010.

En este contexto, es útil distinguir que la mejora en la accesibilidad busca eliminar gradualmente las barreras financieras a la atención médica y evitar el empobrecimiento relacionado con la salud. La accesibilidad también está relacionada a la fracción del gasto de los hogares destinada a la salud sobre el gasto total de los hogares, en este sentido la protección financiera implica

minimizar los pagos de bolsillo y la compensación por la pérdida de productividad debido a la enfermedad. Entre otras cosas la protección financiera aborda el riesgo de empobrecimiento debido a eventos catastróficos en salud, los pagos de bolsillo y los costos de transporte para llegar a los centros de salud especialmente en las zonas rurales (Scheil-Adlung, 2010).

Una de las maneras de concretizar la protección financiera en la población es a través de la cobertura de obra social mediante un sistema de seguro social, el cual resulta de la aplicación estratégica de una política de seguridad social al amparo de los principios de solidaridad y universalidad (Titelman, 2003). Esta estrategia de protección financiera se configura a través de un conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos (Sojo, 2003), cubriendo una parte de los riesgos naturales del ciclo vital relacionados a la enfermedad.

La problemática de la carencia de cobertura de obra social o plan de salud se comporta como una expresión de vulnerabilidad sanitaria en la población, ya que de acuerdo a la literatura, existen proporciones que pueden ir desde el 10% al 40% de la población -según la jurisdicción- que se encuentra totalmente excluida del sistema de salud, debido a que registran niveles críticos de riesgo (Castro, 2009; Golovanevsky, 2007). Algunos autores reportan que la exclusión de esta cobertura afecta principalmente a una gran proporción de la fuerza laboral no asalariada, aunque también a los trabajadores asalariados (Golovanevsky, 2007).

A partir de lo señalado en el marco de análisis de la cobertura universal de salud del World Health Report, en este trabajo se propone analizar dos de las dimensiones señaladas por el reporte: la cobertura de seguro de la población y la cobertura financiera de los gastos relacionados a la salud de la población. Los objetivos fueron:

- ✓ Evaluar la cobertura de obra social y plan de salud en la población argentina en el período 2010-2014.
- ✓ Identificar grupos poblacionales vulnerables a partir de la carencia de cobertura de obra social y plan de salud en el período 2010-2014.
- ✓ Analizar el gasto relacionado con los eventos de salud en los hogares de Argentina, en el año 2012.

Metodología

Se realizó un trabajo de nivel descriptivo en donde se triangularon datos de diversas fuentes de datos demográficos, económicos y sanitarios, con técnicas cuantitativas. El estudio tuvo un corte transversal y se trabajó con datos censales del año 2001 y encuestas de población del período 2010-2014.

Para dar cumplimiento a los objetivos propuestos, se construyeron indicadores de cobertura de obra social o plan de salud para la Argentina, según provincias y/o aglomerados urbanos, según sexos y edades. Las fuentes de datos utilizadas en estos análisis correspondieron al Censo Nacional de Población y Vivienda (CNPV) del año 2001, las Encuestas Permanentes de Hogares (EPH) del período 2010-2014, y la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGH) 2012.

Los análisis relacionados al gasto que destinan los hogares para cubrir los eventos de salud como parte del gasto total del hogar se realizaron utilizando la Encuesta de Gastos de los Hogares 2012.

Los indicadores utilizados se construyeron a partir de la propuesta de análisis sugerida por Sherri (2012) y se detallan en la tabla 1.

Tabla 1. Indicadores y definiciones operacionales utilizadas

Indicador	Definición operacional
<i>Cobertura de seguro</i>	
Cobertura de seguro auto-reportada	% de la población que reporta estar cubierta por algún tipo de plan de salud u obra social
<i>Gastos catastróficos en salud</i>	
Incidencia del gasto catastrófico en salud debido a pagos directos de bolsillo	% de hogares cuyos gastos en salud exceden el 30% del gasto total del hogar.
	% de población cuyos gastos en salud exceden el 40% de los gastos no-alimentarios.
Incidencia del empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo	% de hogares cuyos gastos en salud los sitúa por debajo de la línea de pobreza.

Para caracterizar la cobertura de seguro a través de la adscripción al sistema de salud se utilizó la pregunta incluida en el CNPV, en las EPH y en la ENGH sobre “¿Está asociado a un plan de salud o a una obra social?”. En esta etapa se hicieron análisis descriptivos y se definió un modelo de regresión logística para estimar la variable dicotómica cobertura de obra social: $y=0$ con cobertura; $y=1$ sin cobertura. Las variables regresoras se seleccionaron de acuerdo a la bibliografía (Frenz, 2013) y utilizando la técnica backward Wald: Sexo, Edad, Estado civil, Años de educación formal, Condición de actividad, Región y Deciles de ingreso. Esto permitió calcular coeficientes de Odds Ratio de las variables para estimar la cobertura por adscripción al sistema de salud.

Para el objetivo relacionado a la evaluación del gasto en salud de los hogares se consideró el bloque referente a los gastos de consumo en salud de los hogares de la ENGH: 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). Para modelar los determinantes del gasto en salud en los hogares argentinos se reconstruyó la variable “Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar”. En este caso, dado que es un porcentaje, se trata de una variable continua pero está restringida a valores entre 0 y 100.

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

En el otro extremo, si un hogar no reporta gasto en salud, se asume como que esto no implica necesariamente la ausencia de gasto en salud sino que la cantidad que gastan es menor a la están dispuestos a gastar, por lo que su gasto en salud es reportado como 0. Este razonamiento se

siguió de acuerdo a lo postulado por James Tobin (1958), por lo que se optó por modelar la variable dependiente a través de una Regresión Tobit. Las variables regresoras se seleccionaron de acuerdo a la literatura disponible (Cruz Rivero, 2011): Sexo del jefe de hogar, Condición ocupacional del jefe de hogar, Nivel de instrucción del jefe de hogar, Cobertura de salud del jefe de hogar, Cantidad de menores de 14 años en el hogar, cantidad de mayores de 65 años en el hogar y decil de ingreso total del hogar. A partir de esto se calcularon los coeficientes para la variable latente “Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto total del hogar”.

Resultados

Cobertura de seguro

Los datos del censo 2001 fueron tomados como referencia para describir la cobertura de obra social o plan de salud habida cuenta de que esta fuente de datos indaga en la totalidad de la población, de acuerdo a estos datos la población que auto-reporta cobertura de seguro de salud fue del 51,9% en el país. 9 jurisdicciones evidenciaron una tasa mayor que la del total país, mientras que en el resto se observó menor tasa de cobertura, tal como se observa en la tabla 2.

Al discriminar la cobertura de salud en el país por tipos de área de residencia, se encontró que en áreas urbanas de 2000 personas y más, la falta de cobertura es observable en el 46% de la población, mientras que en las áreas rurales agrupadas de menos de 2000 personas, la carencia de cobertura asciende al 54% de la población, y por último en las áreas rurales dispersas, esta carencia asciende al 67% de la población.

Tabla 2. Distribución de la población por cobertura de seguro de salud, según jurisdicción. CNPV 2001. INDEC.

Jurisdicción	Con cobertura		Sin cobertura	
	n	%	n	%
CABA	2.049.399	73,8	726.739	26,2
Buenos Aires	7.080.266	51,2	6.746.937	48,8
Catamarca	183.860	55,0	150.708	45,0
Córdoba	1.663.311	54,2	1.403.490	45,8
Corrientes	352.750	37,9	578.241	62,1

Chaco	339.531	34,5	644.915	65,5
Chubut	249.813	60,5	163.424	39,5
Entre Ríos	594.626	51,3	563.521	48,7
Formosa	166.342	34,2	320.217	65,8
Jujuy	280.480	45,8	331.408	54,2
La Pampa	163.186	54,5	136.108	45,5
La Rioja	171.571	59,2	118.412	40,8
Mendoza	780.595	49,4	799.056	50,6
Misiones	407.123	42,2	558.399	57,8
Neuquén	243.037	51,3	231.118	48,7
Rio Negro	276.708	50,1	276.114	49,9
Salta	427.056	39,6	651.995	60,4
San Juan	291.607	47,0	328.416	53,0
San Luis	178.023	48,4	189.910	51,6
Santa Cruz	139.383	70,8	57.575	29,2
Santa Fe	1.741.427	58,0	1.259.274	42,0
Sgo, del Estero	292.310	36,3	512.147	63,7
Tucumán	693.031	51,8	645.492	48,2
T. del Fuego	70.685	69,9	30.394	30,1
Total	18.836.120	51,9	17.424.010	48,1

Indagando la tasa de cobertura de seguro de salud a través de la Encuesta Permanente de Hogares del período 2010-2014, se observa que el 66,5% y el 70,7% de los encuestados reportaron adscripción a un plan de salud (Figura 2), quedando sin cobertura entre el 29,3% y el 33,5% de la población.

Esto puede atribuirse a que las encuestas de hogares sólo indagan en poblaciones residentes en aglomerados urbanos, mientras que el censo indaga en la totalidad de la población, por lo tanto en estas encuestas el indicador no tiene la capacidad de captar la cobertura total de la población.

Al indagar la misma variable en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares, la población que reportó adscripción a algún tipo de seguro de salud en el año 2012 fue equivalente al 63,7% (Tabla 3), teniendo así una diferencia de 4,9 puntos porcentuales entre este dato y el dato captado por el EPH en el mismo año.

En la tabla 3 se pueden observar los tipos de cobertura autoreportados por las personas encuestadas, teniendo en primer lugar la afiliación a obras sociales con el 75% y la afiliación al PAMI (Instituto Nacional de Seguridad Social para Jubilados y Pensionados INSSJP) en segundo

lugar con el 11,5% de las personas que reportaron afiliación. La afiliación a un plan de medicina prepaga ocupó el tercer lugar con un 7,9%, siendo la afiliación a través de pago voluntario o a través de una obra social.

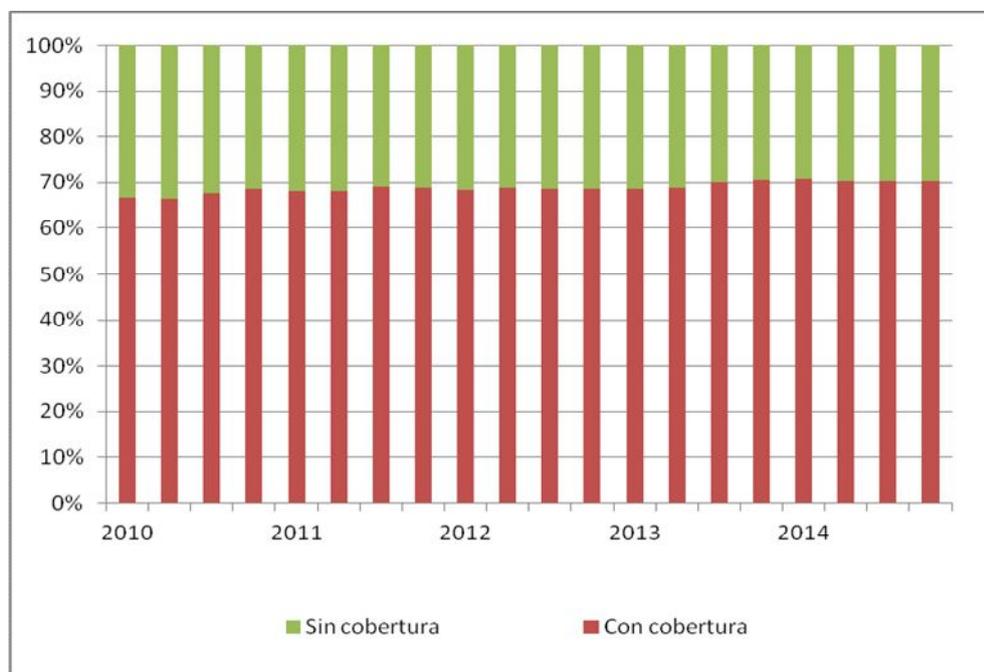


Figura 2. Distribución de la población por cobertura de seguro de salud en el período 2010-2014. EPH. INDEC.

Tabla 3. Distribución de la población por cobertura de seguro de salud en Argentina, en el año 2012. ENGH. INDEC

Tipo de cobertura	n	%
Sin OS	25941	36,3
Con OS	45542	63,7
Obra Social	35503	75,0
PAMI	5421	11,5
Prepaga por contratación voluntaria	2199	4,6
Prepaga a través de Obra Social	1571	3,3
Programas o Planes estatales de salud	1351	2,9
Emergencia Médica	1187	2,5
Ns/Nc	106	0,2
Total	47338	100

El modelo de regresión para estimar la presencia de cobertura a través de la probabilidad de no estar adscrito al sistema de salud, que permitió identificar diferencias sociales según edad, educación, ingreso, actividad, estado civil y región. La variable sexo no tuvo significación en el modelo.

La Tabla 4 exhibe el OR de las variables del modelo en relación a las referencias. En general, a mayor edad disminuyó la chance de no adscripción, mientras que el estado civil casado/a o conviviente se comportó como una categoría de riesgo respecto de Soltero/a. Los años de educación formal también disminuyeron las chances de falta de cobertura, al igual que la condición de inactivo/a y ser menor de 10 años (respecto de la condición de ocupado), mientras que los desocupados tuvieron mayor riesgo que los ocupados de no tener cobertura.

Algunas disparidades también fueron observadas entre las distintas regiones del país, así el NOA, Cuyo, la región Pampeana y la Patagónica tienden a ser protectoras respecto de Gran Buenos.

El gradiente de ingreso también se comportó como un riesgo en los deciles de ingreso más pobres, respecto de los hogares situados en deciles más ricos de ingreso total mensual del hogar.

Tabla 4. Modelo de regresión logística para el reporte de cobertura de seguro de salud. Período 2010-2014. EPH. INDEC.

Variables regresoras (Referencia)	O.R.	I.C. 95%	
	*p<0,05	Inferior	Superior
Sexo (Varón)			
Mujer	0,99	0,98	1,00
Edad	0,96*	0,96	0,96
Estado civil (Soltero)			
Casado	1,08*	1,06	1,09
Años de educación formal	0,89*	0,89	0,90
Condición de actividad (Ocupado)			
Desocupado	2,33*	2,27	2,39
Inactivo	0,48*	0,47	0,48
Menor de 10 años	0,12*	0,11	0,12
Región (GBA)			
Noa	0,93*	0,92	0,95
Nea	1,01	0,99	1,03
Cuyo	0,94*	0,92	0,96

Pampeana	0,71*	0,70	0,72
Patagónica	0,61*	0,60	0,63
<hr/>			
Deciles de ingreso (10 Más rico)			
Decil 1 -Más pobre-	16,57*	16,16	16,98
Decil 2	10,78*	10,53	11,04
Decil 3	7,22*	7,06	7,39
Decil 4	5,26*	5,14	5,38
Decil 5	3,98*	3,89	4,07
Decil 6	3,21*	3,14	3,29
Decil 7	2,58*	2,52	2,64
Decil 8	2,03*	1,98	2,08
Decil 9	1,58*	1,54	1,62
<hr/>			
Variable dependiente:			
Cobertura de seguro de salud (y=0 con cobertura; y=1 sin cobertura)			
<hr/>			

Gasto en eventos relacionados a la salud en los hogares

En este apartado se analizaron 3 indicadores:

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

En el primer indicador, se identificó al 2,1% de los hogares del país con un gasto superior al 30% del gasto total del hogar, observándose algunos diferenciales en 12 provincias con mayor cantidad de hogares que el total país (tabla 5).

En el segundo indicador, el 3% de los hogares del país reportaron un gasto superior al 40% de los gastos no alimentarios, aunque la situación empeora en 12 provincias del país (tabla 5).

Con respecto al empobrecimiento debido a los pagos directos por eventos de salud, en primer lugar fue necesario realizar la estimación de la línea de pobreza para la base de datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2012. En este procedimiento se obtuvo una tasa de pobreza del 4,5% de los hogares, de manera de tener un control sobre la estimación con las estimaciones realizadas por el INDEC a través de la Encuesta Permanente de Hogares para el

mismo período (reportando el 4,0%) (Observatorio de la Deuda Social Argentina, 2013). Finalmente se observó un 1,7 de hogares en el total país que cayeron por debajo de la línea de pobreza como consecuencia de los pagos directos de bolsillo para cubrir eventos relacionados a la salud. En este punto también hay provincias que superan la media del país, como es el caso de Corrientes, Chaco, Formosa, La Rioja, Misiones, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán (Tabla 5).

Tabla 5. Distribución de los hogares según tipo de gasto de bolsillo en salud, por jurisdicciones. Año 2012. ENGH. INDEC.

Jurisdicción	Hogares con gasto en salud que excede el 30% del gasto total del hogar				Hogares con gasto en salud que excede el 40% de los gastos totales no-alimentarios				Hogares con empobrecimiento debido a los pagos directos de bolsillo			
	Sin gasto		Con gasto		Sin gasto		Con gasto		No		Si	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
CABA	578	94,3	35	5,7	596	94,3	36	5,7	633	99,5	3	0,5
Bs. Aires	2174	97,5	56	2,5	2212	96,5	80	3,5	2263	98,6	33	1,4
Catamarca	880	98,9	10	1,1	883	97,9	19	2,1	892	98,8	11	1,2
Córdoba	624	96,6	22	3,4	647	96,4	24	3,6	667	99,3	5	0,7
Corrientes	944	96,9	30	3,1	971	96,2	38	3,8	965	95,4	47	4,6
Chaco	814	99,3	6	0,7	818	98,7	11	1,3	813	98,1	16	1,9
Chubut	743	97,9	16	2,1	747	97,5	19	2,5	762	99,5	4	0,5
Entre Ríos	668	97,4	18	2,6	679	96,9	22	3,1	695	99,0	7	1,0
Formosa	918	97,0	28	3,0	924	95,7	42	4,3	944	97,3	26	2,7
Jujuy	977	98,1	19	1,9	981	96,7	34	3,3	1000	98,4	16	1,6
La Pampa	773	97,5	20	2,5	782	96,9	25	3,1	807	99,8	2	0,2
La Rioja	952	98,3	16	1,7	961	97,6	24	2,4	955	97,0	30	3,0
Mendoza	621	97,5	16	2,5	632	96,9	20	3,1	647	98,8	8	1,2
Misiones	1063	99,0	11	1,0	1077	98,0	22	2,0	1083	98,1	21	1,9
Neuquén	566	99,5	3	0,5	572	99,0	6	1,0	574	99,3	4	0,7
Río Negro	632	98,3	11	1,7	643	97,9	14	2,1	651	99,1	6	0,9
Salta	841	98,8	10	1,2	848	98,4	14	1,6	843	97,3	23	2,7
San Juan	671	96,4	25	3,6	683	95,0	36	5,0	703	97,6	17	2,4
San Luis	933	98,9	10	1,1	935	98,0	19	2,0	952	99,6	4	0,4
Santa Cruz	711	98,8	9	1,3	726	98,9	8	1,1	730	99,5	4	0,5

Santa Fe	689	96,9	22	3,1	697	95,0	37	5,0	730	99,3	5	0,7
S. del Estero	735	99,2	6	0,8	735	97,7	17	2,3	722	95,9	31	4,1
Tucumán	955	97,3	27	2,7	963	95,9	41	4,1	979	97,2	28	2,8
T. del Fuego	415	98,3	7	1,7	425	97,9	9	2,1	430	99,1	4	0,9
Total país	19877	97,9	433	2,1	20137	97,0	617	3,0	20440	98,3	355	1,7

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

De las variables ingresadas en el modelo original se retiró “condición ocupacional del/a jefe/a del hogar” debido a que esta no resultó significativa. El resultado de la estimación sobre el gasto en salud en los hogares se observa en la Tabla 6.

Los coeficientes de la tabla exhiben que con el incremento de una persona menor de 14 años en el hogar, la variable latente porcentaje de gasto en salud del hogar con pago directo de bolsillo se incrementa en 2 puntos porcentuales. Ocurre lo mismo con el incremento de la cantidad de adultos mayores, pero en este caso implica el aumento de 26 puntos porcentuales sobre la variable latente de gasto en salud sobre el gasto total del hogar.

El nivel de instrucción del/a jefe/a de hogar también presentó una relación positiva, ya que a mayor nivel de instrucción se presenta un aumento en la variable latente de 9 puntos porcentuales; ocurre lo mismo con el decil de ingreso, ya que el aumento de una unidad en el decil de ingreso implica un incremento de 12 puntos porcentuales en la variable latente porcentaje de gasto en salud del hogar. En este punto se puede hipotetizar que a mayor nivel de instrucción y de ingresos puede existir un mayor nivel de alarma sobre los eventos de salud y por lo tanto un mayor consumo de servicios de salud, por ende mayor erogación; o dicho de otra manera, al no tener los activos suficientes surge una imposibilidad de realizar el gasto en salud priorizando otros rubros de gasto en el hogar.

La condición de aseguramiento (con cobertura) y el sexo (masculino) del jefe de hogar se comportaron como variables que protegen contra el gasto en salud, ya que los coeficientes

negativos implican que el gasto disminuye en 61 y 14 puntos porcentuales respectivamente sobre la variable latente.

Tabla 6. Modelo de Regresión Tobit para la variable censurada porcentaje de gasto en salud sobre el gasto total del hogar. Año 2012. ENGH. INDEC:

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

Nº de observaciones = 20896
 9889 observaciones censuradas a la izquierda en $y \leq 0$
 3762 observaciones no censuradas
 7244 observaciones censuradas a la derecha en $y \geq 100$

Conclusiones

Los resultados relacionados a la cobertura de la población sugieren que entre el año 2010 y el año 2014 en Argentina hubo avances favorables en el aumento de la cobertura de la población; sin embargo aún persisten sin cobertura 3 de cada 10 personas en los aglomerados urbanos de la Argentina, y esta relación aumenta a 5 de cada 10 personas en todo el país. Esto sucede posiblemente porque tanto las Encuestas Permanentes de Hogares como las Encuestas de Gastos de los Hogares no captan la población en las áreas rurales, en donde el fenómeno de carencia de cobertura de salud adquiere una mayor dimensión.

Por su parte, las diferencias en la captación de los indicadores de cobertura de la población entre las distintas fuentes de datos utilizadas en este estudio pueden asumirse como una limitación del presente estudio. Otra limitación que puede reconocerse es la imposibilidad de construir indicadores de cobertura de seguro de salud para toda la población del país con datos censales más recientes.

Con respecto a los factores que determinan la cobertura de la población a través del auto-reporte de estar asociado a un plan de salud, se observaron diferenciales sociales, resaltando la condición de vulnerabilidad sanitaria por carencia de cobertura de salud en las personas que tienen un perfil de casados/as o unidos/as, desocupados/as y que pertenecen a un hogar situado en los deciles de ingreso más bajos (más pobres). Por el contrario, se puede afirmar que las personas de mayor edad que se encuentran en situación ocupacional de inactivo/a y con mayor cantidad de años de educación formal se encuentran con menores chances de no estar adscriptos a algún tipo de plan de salud. Esto puede deberse a la adscripción de esta población al sistema de protección social para jubilados y pensionados.

Respecto al pago directo de gastos derivados de eventos de salud, la situación de gasto catastrófico en salud compromete a 2 de cada 10 hogares y en algunas provincias la situación puede agravarse; mientras que la situación de empobrecimiento debido al gasto en salud se encontró en 2 de cada 10 hogares. Todo esto en suma llevaría a pensar que si un hogar incurre en gasto catastrófico, es decir que si debe destinar más del 30% de sus gastos totales a un gasto por eventos de salud, probablemente caiga en situación de pobreza relacionada a la salud.

Los hogares con mayor cantidad de integrantes mayores de 65 años son los que más erogaciones tienen por gastos en salud –al igual que los hogares con mayor cantidad de integrantes menores de 14 años-. Ahora retomando lo dicho en párrafos anteriores respecto de que esta población contaría con mayor cobertura a través de la adscripción al seguro de salud para adultos mayores, debería indagarse en profundidad sobre la efectiva cobertura de los servicios, lo cual puede ser una posible línea a seguir en futuros abordajes de esta problemática. Esto se fundamenta en que la situación de pago de bolsillo directo en salud no sólo se presenta en los hogares excluidos de la seguridad social, sino que también los asegurados llevan a cabo gastos de bolsillo por eventos de salud, tal como lo afirma Frenz (2013).

Bibliografía

- Castro, J. (2009). “Hacia el aseguramiento universal en salud en el Perú”. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 26(2): 232-35.
- Cruz Rivero C, Luna Ruiz G, Morales Barrera R, Pérez Lizaur A (2011). *Los gastos catastróficos en salud : diferentes perspectivas de análisis (ENIGH y ENNVIH)*. México, D.F: Universidad Iberoamericana.
- Fleury S, Molina C. (2002). *Modelos de Protección social*. En: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Diseño y gerencia de políticas y programas sociales. Washington: INDES.
- Frenz P, Becerra I, Villanueva L, Kaufman J, Muñoz Porras F, et al. (2013). “Seguimiento de cobertura sanitaria universal con equidad en Chile entre 2000 y 2011 usando las Encuestas CASEN”. *Rev Med Chile*. 141: 1095-1106
- Golovanevski, L. (2007). *Vulnerabilidad y transmisión intergeneracional de la pobreza. Un abordaje cuantitativo para Argentina en el siglo XXI*. Tesis Doctoral. Doctorado en Economía. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires.
- Martínez D, Vega ML. (2001). *La globalización gobernada. Estado, sociedad y mercado en el siglo XXI*. Madrid: Editorial Tecnos (Grupo Anaya).
- Mesa Lago C. (2000). *Desarrollo social, Reforma del Estado y de la seguridad social al umbral del siglo XXI*. Serie Políticas Sociales N° 36. Santiago de Chile: CEPAL/ECLAC.
- Observatorio de la Deuda Social Argentina. (2013). *Comunicado de Prensa: Estimaciones de Tasas de Indigencia y Pobreza (2010-2012). Totales Urbanos. Informe Final*. Pontificia Universidad Católica Argentina.
- OMS. (2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf).
- OPS-OMS. (2014a). *Resolución N°53 Consejo Directivo 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C; EUA.

- OPS-OMS. (2014b). *Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 66ª Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas*. Washington, D.C; EUA.
- Scheil-Adlung X, Bonnet F, Wiechers T, Ayangbayi T. (2010). “New approaches to measuring decits in social health protection coverage in vulnerable countries”. *World Health Report*. Background Paper N° 56. WHO.
- Sherri H, Hatt L, Leegwater A, El-Khoury M, Wong W. (2012). *Indicators for Measuring Universal Health Coverage: A Five-Country Analysis (DRAFT)*. Bethesda, MD: Health Systems 20/20 project, Abt Associates Inc.
- Sojo A. (2003). “Vulnerabilidad social, aseguramiento y diversificación de riesgos en América Latina y el Caribe”. *Revista CEPAL*; 80: 121-140
- Titelman D, Uthoff A. (2003). “El papel del aseguramiento en la protección social”. *Revista CEPAL*; 81: 103-122.
- Tobin J. (1958). “Liquidity Preference as Behavior Towards Risk”. *Review of Economic Studies* 25.1: 65-86.
- WHO. (2010). *Health Systems Financing: The path to universal coverage. The World Health Report*. Geneva: World Health Organization.