

XVI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. III Congreso Internacional de Población del Cono Sur. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Virtual, 2021.

Gasto catastrófico en salud y sus determinantes en hogares de Argentina (1985-2018).

Viridis, Juan Marcelo, Elorza, María Eugenia y Delbianco, Fernando.

Cita:

Viridis, Juan Marcelo, Elorza, María Eugenia y Delbianco, Fernando (2021). *Gasto catastrófico en salud y sus determinantes en hogares de Argentina (1985-2018)*. XVI Jornadas Argentinas de Estudios de Población. III Congreso Internacional de Población del Cono Sur. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Virtual.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/xvijornadasaepa/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ewcH/teF>



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>.

**VI Jornadas Argentinas de Estudios de Población -III Congreso Internacional de
Población del Cono Sur, 13-15 de octubre de 2021**

Trabajo completo para ponencia

Gasto catastrófico en salud y sus determinantes en hogares de Argentina (1985-2018)

Juan Marcelo Virdis¹

jmvirdis@iess-conicet.gob.ar

María Eugenia Elorza^{1,2}

eugenia.elorza@uns.edu.ar

Fernando Delbianco^{2,3}

fernando.delbianco@uns.edu.ar

Resumen

El gasto de bolsillo de la atención de la salud (GBS) en el momento de ser requerida es considerado el mecanismo de financiamiento más inequitativo y puede generar riesgo financiero. Una de las metodologías utilizadas para evaluar la medida en que el GBS es elevado consiste en la estimación de la cantidad de hogares que incurren en *gasto catastrófico en salud* (GCS). Esto sucede cuando el GBS de un hogar es mayor a un determinado porcentaje de sus ingresos. Este trabajo tiene por objetivo evaluar la evolución del GCS y sus determinantes socioeconómicos en Argentina durante el periodo 1985-2018. Para cumplir con el objetivo, se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo). Para evaluar los determinantes del GCS y su evolución se estimaron regresiones logísticas y de mínimos cuadrados ordinarios utilizando como variables independientes distintas características socioeconómicas de las unidades observacionales. Los indicadores evaluados señalan que la prevalencia del GCS en los hogares argentinos ha disminuido en los periodos posteriores a 1985/86 y 1996/97. Algunos sectores de la población potencialmente vulnerables, como adultos

¹ Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (UNS-CONICET), San Andrés 800, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

² Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, San Andrés 800, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina.

³ Instituto de Matemática de Bahía Blanca (UNS-CONICET), Av. Alem 1253, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

mayores o integrantes de hogares con jefe de hogar mujer, mantienen un mayor riesgo de GCS en los distintos periodos evaluados.

1. Introducción

La protección financiera de los hogares frente a gastos en salud es una de las metas que deben cumplirse para lograr la Cobertura Sanitaria Universal (en adelante CUS). La CUS consiste en “*el acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación*” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2005). Por definición, un hogar se encuentra protegido financieramente frente a gastos en salud si el pago realizado para que sus miembros puedan acceder a bienes y servicios no supera una proporción determinada de sus ingresos o gastos (Wagstaff & van Doorslaer, 2003; Xu, 2005). Estos bienes y servicios se pueden financiar mediante el pago anticipado a través de impuestos o seguros de salud, o pago directo de bolsillo. En general se acepta que el pago por anticipado es la mejor opción para financiar la atención a la salud, ya que disminuye el riesgo de incurrir en gastos excesivos (OMS, 2010, p. 53). Estos pagos dan origen a los llamados seguros de salud, que pueden ser públicos o privados. En el extremo opuesto, el pago directo de bolsillo de la atención de la salud al momento de ser requerida es considerado el mecanismo de financiamiento más inequitativo, porque el acceso queda vinculado a la condición económica del hogar y no a las necesidades de salud de sus miembros. Un modelo de financiación equitativo de salud debe evitar que: i) los hogares de bajos niveles de ingreso paguen proporcionalmente más que los hogares de altos niveles de ingreso por atender sus necesidades de salud y ii) los hogares se empobrezcan por incurrir en gastos elevados en salud cuando uno de sus miembros enferma. Por tal motivo, proteger a las personas de gastos elevados en salud y del subsiguiente empobrecimiento constituye una preocupación constante de los tomadores de decisión.

La medida en que el gasto de bolsillo en salud (en adelante GBS) es elevado en relación a los ingresos de los hogares es evaluada a partir de dos grupos de indicadores: el *gasto empobrecedor en salud* y el *gasto catastrófico en salud* (en adelante GCS). El GCS se produce cuando el GBS de un hogar es mayor a un determinado porcentaje de sus ingresos en un periodo de referencia. Estos indicadores, también, son estimados en base a la proporción que representa el GBS respecto al ingreso del hogar menos el gasto en alimentos, lo que se define como *capacidad de pago* (en adelante CDP).

Este trabajo tiene por objetivo evaluar la evolución del GCS y sus determinantes socioeconómicos en Argentina durante el periodo 1985-2018. En la segunda sección, se exponen definiciones metodológicas que han sido adoptadas en la literatura específica; y además, resultados obtenidos en estudios previos realizados para Argentina. En la tercera sección se describen los materiales y métodos utilizados. En la cuarta sección se exponen los resultados del presente trabajo. Por último, se presenta un apartado de conclusiones y discusión.

2. Antecedentes

La definición operativa del GCS varía en función de la proporción a partir de la cual se establece que un hogar incurre en GCS. Para esto existen varias metodologías, pero no aún existe consenso sobre cuál debe ser el umbral que marque exactamente el nivel a partir del cual el GCS es perjudicial para los hogares. Xu (2005) considera que el GCS se vuelve catastrófico cuando sobrepasa el 40% de la CDP, estimando el gasto en alimentos entre el 45% y el 55% del Gasto Total del Hogar⁴ (en adelante GTH) según la cantidad de miembros del grupo familiar. Sin embargo, señala que pueden utilizarse límites diferentes al 40% de acuerdo a las características de cada país. Por otra parte, Wagstaff & van Doorslaer (2003) proponen evaluar el GCS a partir de distintos límites, siendo estos el 2,5%, 5%, 10% y 15% del GTH, y el 10%, 20%, 30% y 40% de la CDP. En el mismo sentido, O'Donnell et al. (2007) proponen el 5%, 10%, 15% y 25% del GTH y el 15%, 25% y 40% de la CDP. La selección del límite es un aspecto particularmente relevante ya que, según cual se elija, pueden obtenerse distintos resultados al comparar muestras de distintos periodos o países (Hsu et al., 2018).

En Argentina distintos trabajos han estimado la incidencia del GCS. Utilizando un límite del 40% de la CDP, Cavagnero et al. (2006) encontraron que el 5,5% de los hogares incurrieron en GCS en el periodo 1996-97. Peticara (2008), para el mismo periodo y utilizando el mismo límite, estima la incidencia del GCS en el 5,6%. Maceira & Reynoso (2010) realizan para los periodos 1996-97 y 2004-05, una estimación de la incidencia de GCS utilizando distintos límites y metodologías para el cálculo de la CDP. Los autores concluyen que, si se toma en cuenta un límite del 30% de la CDP, los indicadores de GCS correspondientes al periodo 2004-05 son más favorables que los correspondientes a 1996-97. Knaul et al. (2011) estudian el GCS

⁴ Las estimaciones de GCS suelen aproximar el ingreso del hogar mediante el GTH por representar una variable que tiene una menor varianza a lo largo del tiempo. Además, en las encuestas de hogares, los datos de gasto suelen ser más confiables que los de ingreso (Murray et al., 2003).

para algunos países de Latinoamérica entre los cuales se encuentra Argentina y concluyen que la incidencia del GCS para el periodo 2004-05 usando como límite el 30% de la CDP es del 8,4%. Abeldaño (2017) encuentra que el GCS medido como un GBS superior al 30% del GTH fue del 2,3% mientras que si se toma como límite el 40% de la CDP fue del 3% en el periodo 2012-13. Estos resultados muestran una mejora significativa en los indicadores respecto a los estudios sobre periodos previos.

3. Materiales y métodos

3.1 Fuente de información

Los datos utilizados en el presente trabajo provienen del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC). Estos datos corresponden a hogares relevados en la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (en adelante ENGHo). Esta encuesta tiene por objetivo principal conocer las estructuras de gasto de los distintos grupos de hogares argentinos (INDEC, 2020b). La ENGHo fue realizada en cinco versiones u ondas⁵ las cuales fueron completadas en dos años. En adelante, denominaremos a cada onda según el año en el que inició y culminó el relevamiento de forma que, por ejemplo, la ENGHo realizada entre 1985 y 1986 se denota ENGHo 1985/86. Así, Las cuatro ondas restantes son: las ENGHo 1996/97, 2004/05, 2012/13 y 2017/18. Estas cuatro versiones contienen una muestra representativa de hogares urbanos en todo el país, mientras que la ENGHo 1985/86 abarcó solo la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su región Metropolitana (AMBA). Las bases de datos correspondientes a las distintas ENGHo fueron obtenidas del sitio web del INDEC (2020a).

3.2 Construcción de indicadores

Con el fin de estimar los indicadores de GCS se utilizaron las variables gth_i , $gsalud_i$, $galim_i$ y $cantmiem_i$ que denotan para el i -ésimo hogar el GTH, GBS, gasto en alimentos y cantidad de miembros del hogar, respectivamente.

Los resultados se presentan en un conjunto de gráficos de líneas que muestran el nivel de cada indicador en cada periodo, y su intervalo de confianza del 95% en barras verticales. Además,

⁵ El INDEC denomina onda a cada repetición del relevamiento en distinto periodo de tiempo.

todos los indicadores pueden consultarse en el Anexo A. A continuación, se expone la metodología utilizada.

En primer lugar, fueron estimados los indicadores de GCS basados en el GTH usando como límites $z = 5\%$ y $z = 10\%$. Los hogares que han incurrido en GCS son clasificados según la variable *dummy* E_i que es igual a 1 si para el i -ésimo hogar $\frac{gsalud_i}{gth_i} > z$, y es 0 en el resto de los casos.

A partir de E_i , se estima la incidencia del GCS:

$$H_{cat} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n E_i \quad (1)$$

siendo n el tamaño de la muestra.

El indicador H_{cat} mide la proporción de hogares que han destinado a GBS un porcentaje de su GTH superior al límite z . Sin embargo, no brinda información respecto a la magnitud por la cual los hogares superan el límite establecido. Para aproximar esta dimensión se estima la brecha del GCS, la cual para es igual a $O_i = \frac{gsalud_i}{gth_i} - z$ si $\frac{gsalud_i}{gth_i} > z$ y $O_i = 0$ en el resto de los casos. A partir de la brecha calculada para cada hogar se estima la brecha promedio:

$$G_{cat} = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n O_i \quad (2)$$

La brecha positiva promedio también puede ser estimada solo para los hogares que incurrieron en GCS. Este indicador se denomina brecha positiva promedio y es igual a

$$MPG_{cat} = \frac{\sum_{i=1}^n O_i}{\sum_{i=1}^n E_i} \quad (3)$$

Además, todos los indicadores descriptos fueron estimados en base a la CDP. Para esto se reemplazó en las estimaciones la variable gth_i por $cdp_i = gth_i - galim_i$. En este grupo de indicadores se utilizaron los límites $z = 20\%$ y $z = 40\%$.

Por último, para evaluar los determinantes del GCS y su evolución se estimaron regresiones logísticas y de mínimos cuadrados ordinarios usando como variable dependiente E_i y como variables independientes, el género del jefe de hogar (varón o mujer) y situación laboral (Empleado, desempleado o inactivo), la cantidad de miembros del hogar mayores a 65 años y

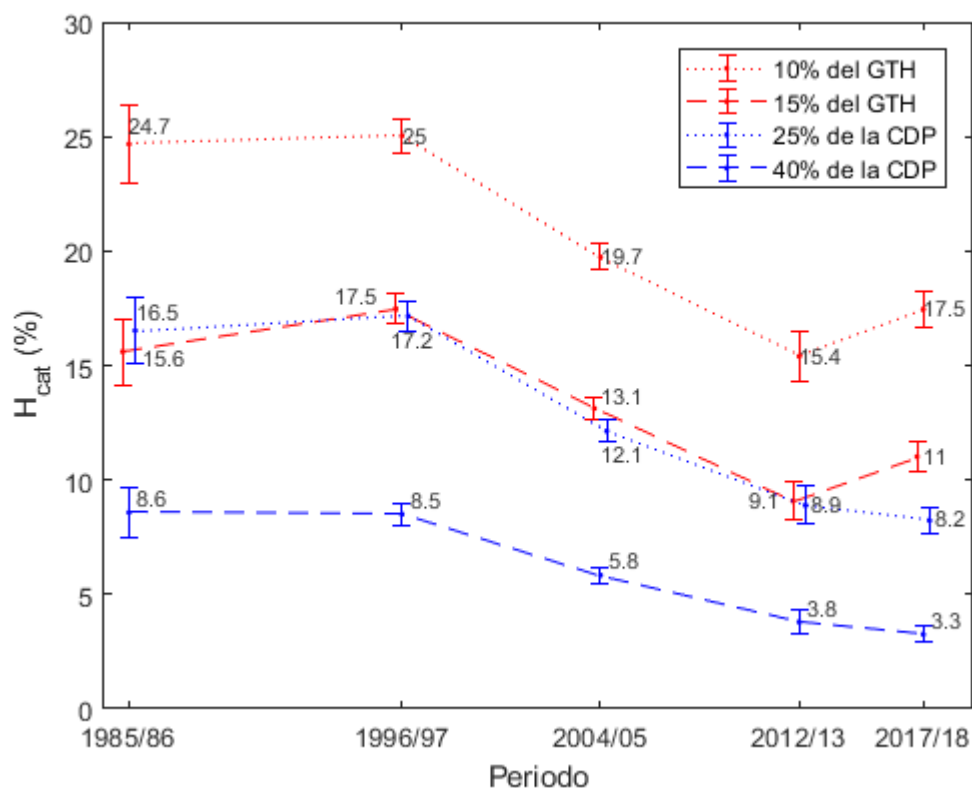
la cobertura de gastos de salud (1 si todos los miembros tienen cobertura y 0 si ningún miembro tiene cobertura). La cobertura de gastos en salud y la inactividad como condición laboral del jefe de hogar no están disponibles para 1985/86 y 2012/13 respectivamente. Se presentan en tablas los *odd* ratios y coeficientes de las regresiones logísticas y de mínimos cuadrados ordinarios junto a su significancia estadística y error estándar. El quintil de ingreso regional y la región del país en la que fue relevada cada observación fueron incluidas en la estimación como variables de control. Los coeficientes de estas variables no son presentados en las tablas. Para evaluar la bondad de ajuste de los modelos fue estimado el criterio de información de Akaike (AIC) para cada una de las estimaciones.

Todas las estimaciones fueron realizadas en el software Libre RStudio (2020).

4. Resultados

Gráfico 1 se presentan los resultados sobre GCS. En el periodo 2017/18 el 17,5% de los hogares tuvo un GBS que superó el 10% del GTH, el 11% de los hogares superó el 15% del GTH, el 8,2% de los hogares superó el 25% de la CDP y el 3,3% el 40% de la CDP. Todos los indicadores muestran una caída en la prevalencia del gasto catastrófico en salud a lo largo del periodo estudiado. Sin embargo, mientras que los resultados basados en la CDP exponen una caída sostenida desde el periodo 1996/97, en los indicadores basados en el GTH se observa un incremento en el periodo 2017/18.

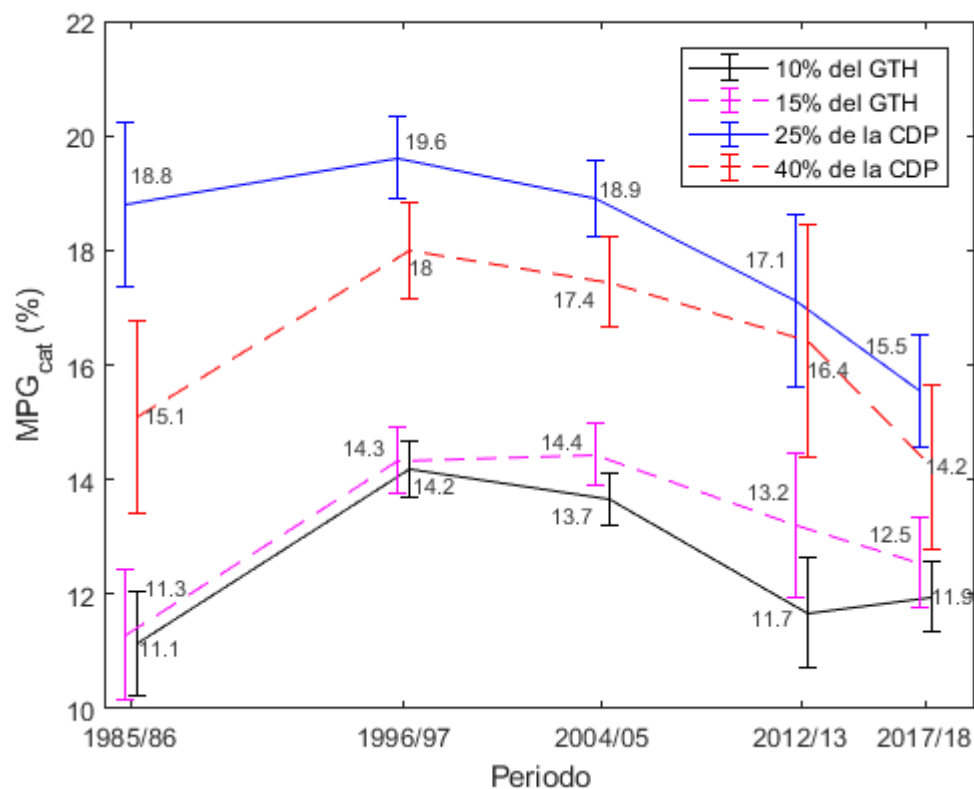
Gráfico 1: Evolución del porcentaje de hogares que han incurrido en GCS (H_{cat}) según distintos límites entre los años 1985/86 y 2017/2018 (Argentina).



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENGHo (INDEC, 2020a)

Gráfico 2 muestra las brechas positivas promedio respecto de los límites usados en la estimación del GCS. Se observa que, en el 2017/18, la brecha promedio fue del 11,9% en los hogares tuvieron un GBS superior al 10% del GTH, el 12,5% en el caso del 15% del GTH, el 15,5% en el caso del 25% de la CDP y el 14,2% en el caso del 40% de la CDP. Al igual que en los indicadores descriptos párrafo previo, se observa una caída en los índices desde el periodo 1996/97 hasta 2017/2018. En los indicadores basados en la CDP y en el 10% del GTH se observa un incremento significativo entre 1985/86 y 1996/97. Este comportamiento resulta diferente al observado en los indicadores de GCS presentados en el Gráfico 1.

Gráfico 2: Evolución de la brecha positiva promedio del GCS (MPG_{cat}) entre los años 1985/86 y 2017/2018 (Argentina).



Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENGHo (INDEC, 2020a)

La Tabla 1 expone los resultados de la estimación de mínimos cuadrados ordinarios, la cual mostro mejor bondad de ajuste según el AIC (ver anexo B). Sin embargo, estos resultados no son inconsistentes con los coeficientes de la regresión logística expuestos en el anexo C. La regresión muestra que el número de integrantes del hogar mayores a 65 años incrementan la probabilidad de incurrir en GCS. De igual forma, a excepción de 1985/86, un jefe de hogar inactivo o desempleado también incrementa la probabilidad. El mismo efecto se replica en 2012/13 y 2017/18 en los hogares cuyo jefe de hogar corresponde al sexo femenino. Por último, no se observan resultados consistentes respecto a la incidencia de la cobertura en gastos de salud.

Tabla 1: Estimación de mínimos cuadrados ordinarios del GCS

Variable	Periodo				
	1985/86	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
GBS mayor al 10% del GTH					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	0.005 (0.023)	0.021*** (0.007)	0.021*** (0.006)	0.030*** (0.006)	0.035*** (0.006)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	-0.054 (0.066)	0.028** (0.012)	0.028** (0.013)	0.028*** (0.007)	0.040** (0.017)
Inactivo	0.037 (0.024)	0.047*** (0.008)	0.060*** (0.007)	<i>No disponible</i>	0.038*** (0.008)
Número de miembros mayores a 65 años	0.078*** (0.015)	0.092*** (0.006)	0.111*** (0.005)	0.071*** (0.005)	0.095*** (0.006)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	0.066*** (0.007)	-0.037*** (0.006)	0.033*** (0.006)	0.036*** (0.008)
GBS mayor al 15% del GTH					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	0.002 (0.020)	0.016*** (0.006)	0.014*** (0.005)	0.023*** (0.005)	0.025*** (0.005)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	-0.033 (0.056)	0.030*** (0.010)	0.027** (0.011)	0.030*** (0.006)	0.022 (0.014)
Inactivo	0.049** (0.020)	0.054*** (0.007)	0.065*** (0.006)	<i>No disponible</i>	0.034*** (0.007)
Número de miembros mayores a 65 años	0.069*** (0.013)	0.083*** (0.005)	0.103*** (0.004)	0.058*** (0.004)	0.085*** (0.005)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	0.041*** (0.006)	-0.015*** (0.005)	0.017*** (0.005)	0.006 (0.006)

Tabla 1: Estimación de mínimos cuadrados ordinarios del GCS (continuación)

GBS mayor al 25% de la CDP					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	-0.018 (0.020)	0.010* (0.006)	0.007 (0.005)	0.015*** (0.004)	0.021*** (0.004)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	-0.028 (0.057)	0.032*** (0.010)	0.033*** (0.011)	0.039*** (0.006)	0.026** (0.012)
Inactivo	0.063*** (0.021)	0.058*** (0.007)	0.071*** (0.006)	<i>No disponible</i>	0.037*** (0.006)
Número de miembros mayores a 65 años	0.082*** (0.013)	0.091*** (0.005)	0.106*** (0.004)	0.058*** (0.004)	0.073*** (0.004)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	0.032*** (0.006)	-0.004 (0.005)	0.009* (0.005)	-0.006 (0.006)
GBS mayor al 40% de la CDP					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	-0.032** (0.015)	0.006 (0.004)	0.001 (0.003)	0.010*** (0.003)	0.009*** (0.003)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	-0.008 (0.043)	0.029*** (0.008)	0.024*** (0.008)	0.028*** (0.004)	0.011 (0.008)
Inactivo	0.077*** (0.016)	0.045*** (0.005)	0.062*** (0.004)	<i>No disponible</i>	0.024*** (0.004)
Número de miembros mayores a 65 años	0.055*** (0.010)	0.068*** (0.004)	0.064*** (0.003)	0.033*** (0.003)	0.038*** (0.003)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	0.012*** (0.004)	0.004 (0.003)	0.001 (0.003)	-0.007** (0.004)
Observaciones	2,714	22,132	23,691	16,508	16,088

Error estándar entre paréntesis. * p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1**

5. Conclusiones y discusión

A pesar del repunte observado entre 2012/13 y 2017/18 en las estimaciones basadas GTH, los indicadores de GCS mejoraron luego de 1985/86 y 1996/97. Algunos sectores de la población

potencialmente vulnerables, como adultos mayores o integrantes de hogares con jefe de hogar de género femenino, mantienen un mayor riesgo de GCS en los distintos periodos evaluados.

Este trabajo se diferencia de investigaciones realizadas previamente en tres aspectos. En primer lugar, según nuestro conocimiento, es la primera evaluación de GCS basada en la última versión de la ENGHo (2017/18). En segundo lugar, de acuerdo a nuestra revisión bibliográfica, es la primera investigación sobre GCS realizada para Argentina, que contempla 5 ondas de la ENGHo que abarcan un periodo aproximado de 35 años.

Asimismo, este trabajo tiene algunas limitaciones que deben ser contempladas al momento de leer los resultados. El uso de datos de corte transversal no permite evaluar de forma precisa el impacto del GBS cuando la proporción de hogares que enfrenta GCS es pequeña y se utilizan datos de consumo que abarcan un periodo corto de tiempo. Por este motivo, sería importante contar con datos longitudinales para evaluar cuan recurrente resulta en los hogares el GBS elevado. Finalmente, la protección financiera está relacionada con eventos imprevistos, que exceden el deseo de un individuo de consumir bienes y servicios. Los datos disponibles en la ENGHo no permiten distinguir si este es el origen de los gastos en salud, o se trata de un deseo del consumidor. De hecho, Maceira y Reynoso (2013) señalan que los hogares que cuentan con un seguro médico tienen una mayor probabilidad de experimentar GCS, hecho que resulta contra intuitivo. Esto podría ser explicado por problemas de riesgo moral descriptos como los descriptos por Arrow (1963) y Pauly, (1968) que suelen observarse en mercados de salud.

6. Anexos

Anexo A: indicadores de GCS

Tabla 1: indicadores de GCS basados en el GTH

Periodo	H_{cat}		MPG_{cat}	
	10%	15%	10%	15%
1985/86	24.7%	15.6%	11.1%	11.3%
1996/97	25.0%	17.5%	14.2%	14.3%
2004/05	19.7%	13.1%	13.7%	14.4%
2012/13	15.4%	9.1%	11.7%	13.2%
2017/18	17.5%	11.0%	11.9%	12.5%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENGHo (INDEC, 2020a)

Tabla 2: indicadores de GCS basados en la CDP

Periodo	H_{cat}		MPG_{cat}	
	25%	40%	25%	40%
1985/86	16.5%	8.6%	18.8%	15.1%
1996/97	17.2%	8.5%	19.6%	18.0%
2004/05	12.1%	5.8%	18.9%	17.4%
2012/13	8.9%	3.8%	17.1%	16.4%
2017/18	8.2%	3.3%	15.5%	14.2%

Fuente: elaboración propia en base a datos de la ENGHo (INDEC, 2020a)

Anexo B: Bondad de ajuste las regresiones logísticas (Logit) y de mínimos cuadrados

ordinarios (MCO)**Tabla 3: Criterio de información de Akaike**

Indicadores de GCS	Modelo	Periodo				
		1985/86	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
GBS mayor al 10% del GTH	Logit	2878	20923	19470	11494	13243
	MCO	2966	21323	18886	9275	12727
GBS mayor al 15% del GTH	Logit	2206	16694	15038	8212	9808
	MCO	2022	15031	11409	2322	6696
GBS mayor al 25% de la CDP	Logit	2280	16828	14531	7931	8120
	MCO	2143	15000	10048	1488	2795
GBS mayor al 40% de la CDP	Logit	1421	10252	8399	4209	4074
	MCO	561	1488	-5425	-11028	-10676

Tabla 4: Regresión logística del GCS (*Odds ratios*)

Variable	Periodo				
	1985/86	1996/97	2004/05	2012/13	2017/18
GBS mayor al 10% del GTH					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	1.014 (0.130)	1.147*** (0.050)	1.184*** (0.050)	1.323*** (0.071)	1.318*** (0.061)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	0.629 (0.308)	1.230** (0.108)	1.290** (0.145)	1.320*** (0.086)	1.473*** (0.209)
Inactivo	1.212 (0.162)	1.351*** (0.067)	1.538*** (0.080)	<i>No disponible</i>	1.363*** (0.081)
Número de miembros mayores a 65 años	1.479*** (0.119)	1.587*** (0.051)	1.858*** (0.060)	1.639*** (0.074)	1.738*** (0.068)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	1.810*** (0.089)	0.652*** (0.033)	1.637*** (0.126)	1.700*** (0.133)
GBS mayor al 15% del GTH					
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	0.999 (0.148)	1.146*** (0.057)	1.169*** (0.057)	1.385*** (0.091)	1.338*** (0.075)
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	0.637 (0.390)	1.365*** (0.138)	1.430*** (0.188)	1.520*** (0.120)	1.405* (0.253)
Inactivo	1.373** (0.210)	1.530*** (0.085)	1.765*** (0.103)	<i>No disponible</i>	1.497*** (0.106)
Número de miembros mayores a 65 años	1.544*** (0.141)	1.636*** (0.058)	1.999*** (0.071)	1.747*** (0.092)	1.939*** (0.087)
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	1.766*** (0.106)	0.719*** (0.044)	1.602*** (0.159)	1.395*** (0.137)

Tabla 4: Regresión logística del GCS (*Odds ratios*) (continuación)

GBS mayor al 25% de la CDP						
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	0.886 (0.130)	1.103** (0.054)	1.111** (0.056)	1.258*** (0.084)	1.372*** (0.087)	
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	Desempleado	0.741 (0.399)	1.385*** (0.134)	1.563*** (0.200)	1.745*** (0.140)	1.635** (0.313)
	Inactivo	1.457** (0.217)	1.570*** (0.087)	1.895*** (0.112)	<i>No disponible</i>	1.701*** (0.135)
Número de miembros mayores a 65 años	1.616*** (0.143)	1.697*** (0.059)	2.084*** (0.075)	1.765*** (0.094)	2.022*** (0.100)	
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	1.505*** (0.086)	0.871** (0.053)	1.266** (0.119)	1.073 (0.113)	
GBS mayor al 40% de la CDP						
Sexo del jefe de hogar (varón = 0)	0.713* (0.138)	1.124* (0.073)	1.109 (0.076)	1.384*** (0.135)	1.391*** (0.135)	
Situación laboral del jefe de hogar (Empleado = 0)	Desempleado	0.844 (0.627)	1.809*** (0.230)	1.967*** (0.348)	2.265*** (0.267)	1.772* (0.548)
	Inactivo	2.088*** (0.402)	1.833*** (0.136)	2.673*** (0.217)		2.160*** (0.268)
Número de miembros mayores a 65 años	1.596*** (0.178)	1.860*** (0.081)	2.110*** (0.100)	1.914*** (0.143)	2.220*** (0.162)	
Cobertura de gastos de salud (No = 0)	<i>No disponible</i>	1.391*** (0.114)	1.020 (0.089)	1.095 (0.160)	0.880 (0.150)	
Observaciones	2,715	22,132	23,691	16,508	16,088	

Error estándar entre paréntesis. *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

7. Bibliografía

Abeldaño, R. A. (2017). Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1631–1640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>

Cavagnero, E., Carrin, G., Xu, K., & Aguilar-Rivera, A. (2006). Health financing in

Argentina : An Empirical Study of Health Care Utilization and Health Care Expenditure. In *Innovations in Health Financing: Working Paper Series* (Vol. 8).

<http://digicollection.org/hss/documents/s15747e/s15747e.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2016). *La medición de la pobreza y la indigencia en la Argentina*.

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/EPH_metodologia_22_pobreza.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2002). *Incidencia de la pobreza en los aglomerados urbanos: mayo de 2001* (pp. 1–6).

https://www.indec.gob.ar/ftp/nuevaweb/cuadros/74/pob_tmay01.pdf%0A

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2005a). Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos: resultados 1° semestre de 2005. *Información de Prensa*, 1–12.

http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/SOCIEDAD/pob_tot_1sem05.pdf%0A

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2005b). Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos: resultados 2° semestre de 2004. *Información de Prensa*, 1–10.

http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/SOCIEDAD/pob_tot_2sem04.pdf%0A

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2006). Incidencia de la pobreza y de la indigencia en 28 aglomerados urbanos: resultados 2° semestre de 2005. *Información de Prensa*, 1–14.

http://www.estadistica.ec.gba.gov.ar/dpe/images/SOCIEDAD/pob_tot_2sem05.pdf%0A

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2017). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: primer semestre de 2017. *Informes Técnicos*, 1(180), 1–15.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_17.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2018a). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: primer semestre de 2018. *Informes Técnicos*, 2(188), 1–15.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_01_18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2018b). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: segundo semestre de 2017. *Informes Técnicos*,

2(63), 1–15.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_17.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2019). Incidencia de la pobreza y la indigencia en 31 aglomerados urbanos: segundo semestre de 2018. *Informes Técnicos*, 3(59), 1–15.

https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_18.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2020a). *Bases de datos: gastos de los hogares*. Bases de Datos. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-BasesDeDatos-4>

Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). (2020b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017-2018: manual de uso de la base de datos usuario* (1a ed.).

https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/menusuperior/engho/engho2017_18_manual_uso_bases.pdf

Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., Bitran, R., Campino, A. C., Flórez Nieto, C. E., Giedion, U., Maceira, D., & Rathe, M. (2011). Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Pública de México*, 53, s85–s95. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342011000800005&script=sci_arttext&tlng=en

Maceira, D., & Reynoso, A. (2010). *Gasto Financieramente Catastrófico y Empobrecedor en Salud. Argentina, 1997-2005*.

https://scholar.google.com.ar/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=gasto+financieramente+catastrofico+y+empobrecedor+en+salud+argentina&btnG=

O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., & Lindelow, M. (2007). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data. In *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*. The World Bank. <https://doi.org/10.1596/978-0-8213-6933-3>

Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud*. Ediciones de la OMS.

<http://www.who.int/whr/2010/es/>

Perticara, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*. <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6146>

RStudio Team. (2020). *RStudio: Integrated Development Environment for R*.

<http://www.rstudio.com/>

Wagstaff, A., & van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: With applications to Vietnam 1993-1998. *Health Economics*, 12(11), 921–933. <https://doi.org/10.1002/hec.776>

Xu, K. (2005). *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*.