



ASOCIACION ARGENTINA
DE ECONOMIA POLITICA

ANALES | ASOCIACION ARGENTINA DE ECONOMIA POLITICA

XLIV Reunión Anual

Noviembre de 2009

ISSN 1852-0022

ISBN ISBN 978-987-99570-7-3

GASTO DE BOLSILLO EN SALUD E IMPACTO
FINANCIERO SOBRE LOS ADULTOS MAYORES
EN ARGENTINA

Apella, Ignacio

Gasto de bolsillo en salud e impacto financiero sobre los adultos mayores en Argentina*

Ignacio Apella

*Centro de Estudios de Estado y Sociedad
Sánchez de Bustamante, 27 (C1173AAA)
Buenos Aires, Argentina*
www.cedes.org
ignacioa@cedes.org

Resumen:

El objetivo del presente trabajo es establecer la cantidad de adultos mayores con gastos catastróficos en salud y sus determinantes. A partir de los microdatos de la ETEP (2003) se observa que el 39% de los adultos mayores presenta gastos en salud superiores al 10% del ingreso. Dicho gasto, puede dejar a un individuo en una situación de pobreza. El gasto en medicamentos y consultas ambulatorias son los factores que inciden en la probabilidad de ser nuevo pobre. El gasto en internación no resulta significativo producto de la oferta de hospitales públicos con internación en el sistema de salud argentino.

Abstract:

The objective of this paper is to establish the amount of older people with catastrophic out-of-pocket payments for health care and its determinants. From the ETEP (2003) survey, We can observe that 39% of older people spend 10% of their income in out-of-pocket payments for health care. Out-of-pocket payments can leave an individual in a poverty situation. Drugs and outpatient care are the factors that affect the probability of being new poor. The cost in inpatient care is not significant. This result is associated with the public supply of inpatient care in the Argentine health system.

Código JEL: I1, I3, J1.

Palabras claves: Gasto catastrófico en salud, pobreza, adultos mayores.

* El presente trabajo forma parte del programa de investigación de Doctorado en Economía de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. El desarrollo del mismo contó con el apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Argentina. Cualquier error y omisión como así también las opiniones vertidas en este documento son de absoluta responsabilidad del autor y en nada comprometen a las instituciones que representan

1. Introducción

Argentina se encuentra experimentando un proceso de transición demográfica hacia una estructura poblacional de mayor edad. Ello es producto de la disminución de la tasa de fecundidad y mortalidad. De acuerdo con información provista por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), entre el quinquenio 1950-1955 y 2000-2005 la tasa de fecundidad mantiene una caída del 25 por ciento, en tanto la tasa de mortalidad por cada mil habitantes presenta una disminución del 12.2 por ciento.

A partir de tales resultados, el cociente entre la población mayor a 65 años y la población activa de entre 15 y 64 años evidencia una tasa de crecimiento anual del 9.2 por ciento entre el quinquenio 1950-1955 y 2000-2005, ascendiendo en este último al 15.6 por ciento. Asimismo, se espera un crecimiento aún mayor hasta llegar al 28.5 por ciento en 2050.

En términos regionales, este fenómeno ubica a la Argentina entre los cuatro países de América Latina con la mayor tasa de dependencia pasiva¹ junto a Uruguay (20.8 por ciento), Cuba (15.4 por ciento) y Chile (11.8 por ciento).

Esta estructura poblacional más envejecida plantea un interrogante referido a la capacidad del sistema de seguridad social para hacer frente a la potencial mayor demanda de servicios sociales tales como los asociados con el cuidado de la salud. Una población con mayor participación de los adultos mayores implica un mayor esfuerzo económico para satisfacer la "depreciación" del capital en salud requiriendo de una participación compartida pública, seguridad social y privada.

De acuerdo con información proveniente de la Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud (2005) realizada por el Ministerio de Salud y Universidad de Buenos Aires, el grupo de personas mayores a 65 años realiza en promedio 2.05 consultas mensuales, ello representa una tasa de uso un 9 por ciento mayor a la verificada para el grupo poblacional de entre 15 y 64 años.

El financiamiento de tales consultas puede provenir del sistema público de atención a través de sus redes de hospitales y centros de atención, del sistema de seguridad social (obras sociales y PAMI), seguros privados de salud y del gasto directo de bolsillo del paciente.

En Argentina, las familias contribuyen con una porción significativa del financiamiento del sistema de salud a partir del gasto de bolsillo, entendido este como las erogaciones en servicios de salud (medicamentos, consultas y procedimientos ambulatorios y hospitalizaciones) netas de cualquier reembolso que sea efectuado por el propio sistema o seguro al que esté afiliado el individuo.

Tales erogaciones constituyen un shock financiero en salud – debido a que no es un gasto previsto sino que es ejecutado al momento que se realiza la probabilidad de enfermedad – y generan un riesgo de reducción del bienestar del hogar después de su ejecución. Ello debido a que se destinan recursos desde otros consumos básicos hacia la atención de la salud.

Es posible esperar que tal riesgo se incremente en hogares con presencia de adultos mayores. Ello es el resultado de dos factores complementarios: una mayor demanda de servicios de salud y una mayor complejidad de la misma que requiere de tratamientos más costosos.

A partir de la lógica de seguro, el alcance de la seguridad social y su suficiencia desempeña un papel activo en el alivio de los efectos adversos provenientes de los shocks financieros en salud. En este sentido, en Argentina el Instituto Nacional de Servicios Sociales para el Jubilado y Pensionado (INSSJP) o PAMI, es la institución que otorga cobertura de salud a la población jubilada y pensionada mayor de 65 años. Tanto la cantidad y tipo de beneficiarios como la tasa de uso de servicios de salud hacen del PAMI la institución más importante de la seguridad social.

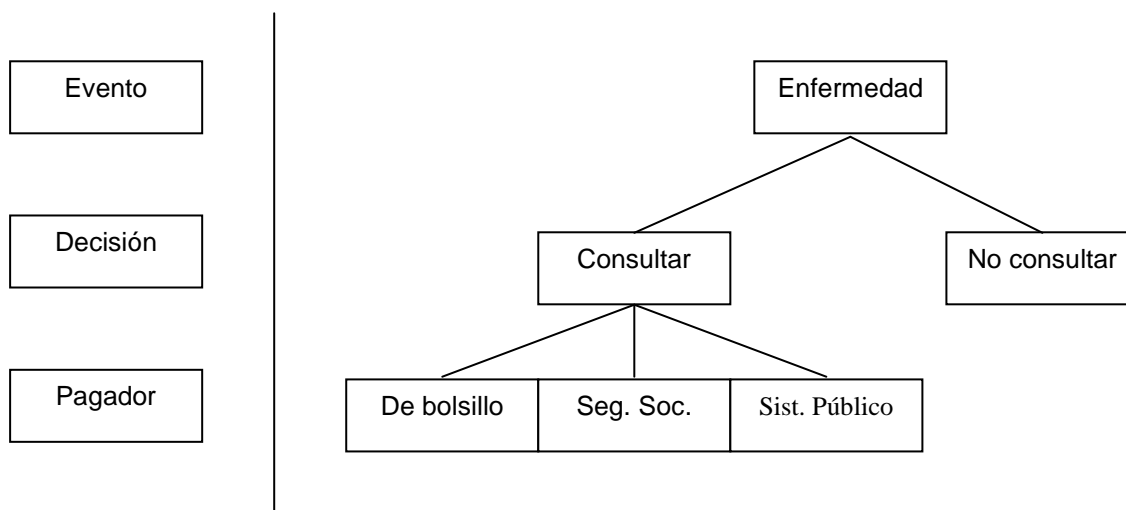
¹ Se define dependencia pasiva al cociente entre la población mayor de 65 años y las personas entre 15 y 64 años de edad. Se la define pasiva porque en el indicador se excluye al segundo grupo dependiente constituido por los niños.

El objetivo del presente trabajo es establecer la incidencia que tiene el gasto de bolsillo en salud sobre la condición económica de la población mayor de 65 años. Asimismo, se plantea la identificación del papel desempeñado por los seguros formales de salud vis a vis el sistema público en términos de “alivio” de la carga financiera que representa el cuidado médico.

2. Marco teórico

Frente a la presencia de eventos tanto catastróficos, es decir enfermedades de baja frecuencia y alto costo tales como discapacidad, hipertensión, cáncer, entre otras, o simplemente situaciones leves pero recurrentes (infecciones respiratorias) una persona debe decidir entre consultar o no al médico². Si decide no consultar asume la depreciación del capital en salud. En caso de efectivizar la consulta y la cantidad correspondiente, su financiamiento puede provenir de tres fuentes complementarias: pública, seguridad social o de bolsillo.

Diagrama 1



Quienes frente a una enfermedad deciden no consultar (por preferencia o restricción) no afronta un gasto de bolsillo, al igual que quienes son financiados completamente (consultas, estudios, medicamentos, etc.) por el sistema de seguridad social o lo hacen a través de la estructura de oferta pública. Por tal motivo, tales grupos no son objeto del presente estudio, ya que no realizan un gasto en salud. Por el contrario, aquellas personas que habiendo decidido consultar y deben realizar un pago (total o parcial) de bolsillo en salud deben afrontar los efectos de dicho financiamiento. En el extremo, tal gasto puede generar una situación de pobreza o agravar una ya existente.

2.1 Pobreza

La definición conceptual del término “pobreza” podría ser muy amplia según el punto de vista mantenido por las distintas ciencias sociales. De acuerdo a Spicker (1999) tres formas posibles de interpretar esta palabra son: necesidad, estándar de vida e insuficiencia

² Existe una vasta literatura sobre los determinantes de la función de demanda de servicios de salud (Grossman, 1972; Feldstein, 1993; Chiappori et al., 1998; Bertranou, 1999; entre otros).

de recursos. Si bien tales conceptos podrían ser considerados mutuamente excluyentes, existe la posibilidad de su interacción simultánea.

Tales enfoques están asociados a la satisfacción de las necesidades, al consumo de bienes y servicios y al ingreso disponible de los hogares.

La interpretación de necesidad hace referencia a la carencia de ciertos bienes y servicios materiales requeridos para vivir. Por otra parte, la interpretación de la pobreza bajo el concepto de insuficiencia de recursos se refiere a la carencia de riqueza para adquirir lo que una persona u hogar necesita. Si bien existe una asociación entre satisfacción de necesidades y el nivel de ingreso disponible del hogar, bajo esta última interpretación, la satisfacción de las necesidades no basta para que una persona deje de ser pobre, pues tal satisfacción puede no haber sido procurada por medio de recursos propios.

El enfoque de necesidad, estándar de vida e insuficiencia de recursos, plantea la obligación de establecer cuáles son los objetos que determinan ese estándar y satisfacción. El análisis económico tradicional suele identificar la noción de estándar de vida con la de utilidad experimentada por los individuos por el consumo de bienes.

Si bien Sen (1984) critica este enfoque, argumentando que el nivel de vida de un individuo está determinado por sus "capacidades" y no por los bienes que posee, Ravallion (1999) sostiene que el enfoque de capacidades desarrollado por Sen puede servir como complemento al análisis económico utilitarista, y que no necesariamente ambos representarían extremos opuestos.

La caracterización del bienestar más frecuentemente utilizada postula una función de utilidad definida en relación al consumo de bienes, de manera tal que la función reproduce las preferencias del consumidor en cuanto a canastas de bienes.

En este contexto, se define una línea de pobreza como el costo monetario de un nivel de bienestar de referencia para una persona dada, en un momento y lugar dado. Aquellas personas que no alcanzan ese nivel de bienestar se consideran pobres, y quienes si lo hacen se excluyen de tal calificación. La pregunta que plantea Ravallion (1999) es cómo se evalúa entonces el bienestar.

La línea de pobreza puede interpretarse como un punto en la función de gasto del consumidor, que da el costo mínimo que representa para un hogar alcanzar un nivel dado de utilidad a los precios prevalecientes y para determinadas características domésticas.

Con el fin de determinar si una persona es pobre, se puede adoptar un enfoque directo o indirecto. En el primero, una persona pobre es aquella que no satisface una o varias necesidades básicas, como por ejemplo una nutrición adecuada, un lugar decente para vivir, educación básica, etc. Por su parte, el enfoque indirecto, clasifica como pobres a aquellas personas que no cuentan con los recursos suficientes para satisfacer sus necesidades básicas.

Podría decirse que, mientras el primer método relaciona el bienestar con el consumo efectivamente realizado, el método indirecto evalúa el bienestar a través de la capacidad para realizar consumo.

Por tal motivo ambos métodos pueden generar clasificaciones de pobreza no necesariamente equivalentes. Bajo el método directo, una persona que cuenta con recursos suficientes para satisfacer sus necesidades podría ser pobre; bajo el método indirecto una persona que no haya satisfecho varias necesidades básicas podría no ser considerada pobre. Frecuentemente se utiliza el método indirecto debido a la disponibilidad de información.

El método indirecto se caracteriza por utilizar líneas de pobreza que establecen el nivel de ingreso o gasto mínimo que permite acceder a una cesta de bienes y servicios que otorga un nivel de utilidad adecuada, según ciertos estándares elegidos.

Dicha canasta se encuentra compuesta por dos grupos de bienes: alimentos y otros bienes. Respecto de los primeros la idea es conformar una canasta que satisfaga las necesidades básicas de nutrición.

Para la construcción de la canasta básica de "otros bienes" se presentan dos alternativas. Una de ellas consiste en proceder de manera similar a la de los alimentos, e identificar los requerimientos mínimos de cada necesidad, como vivienda, vestuario,

educación, transporte, etc. Sin embargo, la fijación de un nivel mínimo para estas necesidades no cuenta con una base teórica equivalente a la de las necesidades nutricionales, por lo que llevaría a depender de la opinión de quienes construyan la línea. Una segunda alternativa es utilizar la proporción observada de gasto en dichos bienes dentro del gasto total de los hogares, en un grupo particular de la población.

2.2 Gasto catastrófico

Habiendo definido el concepto de pobreza, resta indagar sobre el tipo de gasto en salud que una persona y su familia puede afrontar. En tanto a medida que las personas se acercan a la muerte o experimentan una enfermedad crónica o discapacidad, la tasa de utilización de servicios de salud crece y con ello el gasto asociado.

En un contexto de ausencia de cobertura formal de salud (o insuficiente alcance) – potenciada por la reducción de ingresos laborales producto del retiro del mercado laboral o menor productividad –, el gasto de bolsillo en servicios de salud podría generar o agravar una situación de pobreza del individuo y su hogar.

Las personas y/o hogares sin cobertura formal en salud se enfrentan al riesgo de incurrir en grandes gastos asociados al cuidado de la salud en caso de contraer una enfermedad. Este riesgo no asegurado reduce el bienestar del individuo. Más aún, en el caso en que un integrante del hogar contrajera una enfermedad, el gasto de bolsillo asociado con la atención podría reducir el estándar de vida del resto los integrantes del hogar (transferencia intra-hogar).

Si el gasto de bolsillo en salud es de gran magnitud en relación a los recursos disponibles del hogar, tal que implicara una disminución en el estándar de vida de la familia, tal gasto es denominado como catastrófico.

El gasto catastrófico en salud puede ser entendido desde dos perspectivas. La primera es definir el gasto médico como catastrófico si excede alguna fracción de la renta o del gasto total del hogar en un período dado (Russell, 2004; Wagstaff y van Doorslaer, 2003; Xu et al. 2003). La idea es que destinar un porcentaje significativo del presupuesto del hogar en atención de la salud debe ser realizado a expensas del consumo de otros bienes y servicios de la canasta básica.

No obstante se presentan algunas dificultades de cuantificación, particularmente con datos de corte transversal. El costo de oportunidad puede ser asumido en el corto o largo plazo. El primero ocurre si los servicios de salud son financiados mediante recursos extraídos de otros consumos presentes, en tanto el segundo si el financiamiento proviene de ahorros, venta de activos o créditos (O'Donnell et al., 2008).

Asimismo, existen otras limitaciones en esta conceptualización. Por un lado, sólo se contempla a los hogares que incurren en gastos médicos catastróficos y se omite a aquellos que no pueden resolver tales costos renunciando al tratamiento³.

Una segunda interpretación de gasto catastrófico se concibe cuando el gasto destinado a reponer el capital en salud implica un significativo esfuerzo financiero. En el extremo, el gasto de bolsillo en salud podría dejar a un individuo en una situación de pobreza o agravar una existente. Ello no se encuentra reflejado en los métodos estándar de medición de pobreza, los cuales comparan el gasto total del hogar con una línea de pobreza que no es sensible a las necesidades altamente variables como es el cuidado de la salud (O'Donnell et al., 2008). Estas necesidades se caracterizan por tener una función de distribución de probabilidades de ocurrencia y en algunos casos podría ser altamente costoso.

Un hogar que en tiempo de enfermedad de alguno de sus miembros desvía ocasionalmente gasto hacia el cuidado de la salud, tal que el nivel de su gasto en otras

³ Por otra parte, además del gasto en servicios de salud, los *shock* de salud generan consecuencias económicas catastróficas en términos de ganancias no realizadas. Gertler y Gruber (2002) encuentran tales resultados para el caso de Indonesia en donde las pérdidas incurridas son más importantes que el propio gasto médico.

necesidades básicas se ve reducido por debajo del umbral de la pobreza no será considerado como pobre. Asimismo, no será definido como pobre un hogar que encontrándose debajo de la línea de pobreza tome préstamos para cubrir las erogaciones en salud tal que su gasto total se incrementa por sobre el umbral de la pobreza.

En este marco, resulta necesario realizar algún ajuste a las medidas de pobreza que permita contemplar el gasto en servicios de salud. Esencialmente, ello implica una medida en base al ingreso o gasto total del hogar neto del gasto de bolsillo en salud.

Información del tipo longitudinal podría ser utilizada para estimar la duración de la caída en el estándar de vida del individuo ocasionado por el gasto de bolsillo en servicios de atención médica como respuesta a un shock negativo de salud. Sin embargo, usualmente la información disponible es de corte transversal. Por tal motivo, se requiere de alguna aproximación de los efectos negativos sobre el estándar de vida proveniente del out-of-pocket.

3. El marco analítico

El gasto catastrófico, su incidencia e impacto sobre la condición económica de los adultos mayores contempla el análisis conjunto de dos variables claves: los pagos de bolsillo destinados al cuidado médico realizados por el hogar y una medida de recursos del hogar.

Respecto de ésta última medida es posible identificar diferencias si se contempla el ingreso o el gasto total del hogar. Por un lado, la renta no se encuentra directamente relacionada con el gasto en servicios de salud. Ello puede ser considerado como una ventaja. Sin embargo, el cociente entre el gasto de bolsillo y el ingreso no refleja todos los medios de financiamiento utilizados por el hogar para la atención de la salud, y ello puede representar una desventaja⁴.

Si el gasto total per cápita del hogar es utilizado como denominador, los gastos catastróficos son definidos en relación al porcentaje que representa las erogaciones en salud. La severidad de la restricción presupuestaria implica que la mayoría de los recursos son destinados a la adquisición de bienes y servicios de primera necesidad, tales como alimentos y abrigo.

Dado que el gasto en salud es transitorio, se realiza en un momento de enfermedad, es posible definir al gasto catastrófico no en relación al gasto total del hogar sino al gasto neto de las necesidades básicas.

Sobre este último se ha referido como "gasto no discrecional" o "capacidad de pago" (Wagstaff y van Doorslaer, 2003). La dificultad se encuentra en la definición del gasto que es no discrecional. Una aproximación es el gasto neto del concepto "alimentos".

Por supuesto, no todas las compras de alimento son no discrecionales. Pero el gasto no alimenticio puede distinguirse mejor entre los individuos de bajos y altos recursos.

Definiendo T como el out-of-pocket per cápita del hogar, x el gasto o ingresos total del hogar por adulto equivalente, y $f(x)$ el gasto en alimentos del hogar (o gasto no discrecional) por adulto equivalente, un hogar incurrirá en gastos catastróficos en salud si T/x o $T/[x - f(x)]$ excede cierto umbral z . El valor de z representa el punto a partir del cual la absorción de los recursos del hogar en servicios de salud genera una caída severa en el estándar de vida del hogar.

El valor de z no puede ser definido de manera absoluta y se plantea la presentación de un conjunto de valores discretos entre 5% y 40%. Asimismo, su valor dependerá si el denominador es el ingreso, gasto total del hogar o el gasto no discrecional. En este sentido, un gasto en salud superior al 10% de los recursos puede ser considerado catastrófico, aunque no probablemente si tal gasto excede el 10% del gasto no discrecional.

⁴ A modo de ejemplo, es posible considerar dos hogares con el mismo nivel de ingresos y gasto en salud. Uno de ellos tiene ahorros y financia los servicios de salud con tales recursos, mientras que el otro no tiene ningún ahorro y debe prescindir de otros consumos para pagar los servicios médicos. Esta diferencia no se refleja en el cociente entre el gasto en salud y el ingreso, el cual será igual en ambos casos.

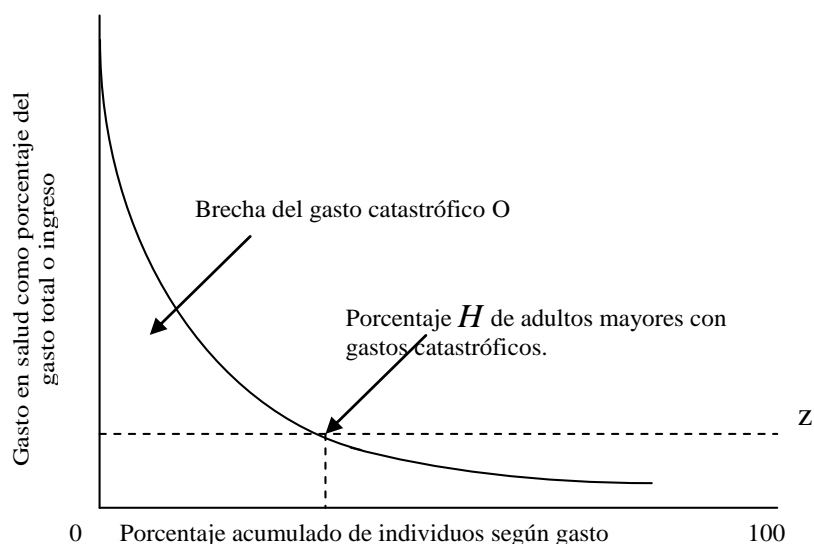
El eje horizontal de la Figura 1 muestra el porcentaje acumulado de individuos ordenados descendentemente por el cociente T/x o $T/[x - f(x)]$. En la intersección entre dicha curva y el umbral z se obtiene el porcentaje (H) de hogares con gastos en salud mayores a z .

Definiendo un indicador, E , igual a 1 si T_i/x_i o $T_i/(x_i - f(x_i)) > z$ y cero en cualquier otro caso, entonces una estimación de la incidencia del gasto catastrófico se obtiene de:

$$H = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N E_i \quad (1)$$

Donde N es la cantidad total de adultos mayores.

Figura 1
% del gasto de bolsillo en salud sobre los recursos por adulto equivalente



Fuente: O'Donnell et al. (2008)

Complementariamente, resulta útil conocer el grado promedio por el cual los gastos en salud exceden a z . Definiendo a la brecha individual del gasto catastrófico como $O_i = E_i[(T_i/x_i) - z]$ o $O_i = E_i[(T_i/x_i - f(x_i)) - z]$, la brecha total viene expresada por:

$$O = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N O_i \quad (2)$$

A partir de la segunda interpretación de gasto catastrófico, resulta necesario realizar algún ajuste a las medidas de pobreza que permita contemplar el gasto en servicios de salud. Esencialmente, ello implica una medida en base al ingreso total o gasto total del hogar neto del gasto de bolsillo en salud.

Algunos hogares son clasificados como no pobres simplemente porque el alto gasto en salud incrementan las erogaciones totales del hogar por sobre el valor de la línea de

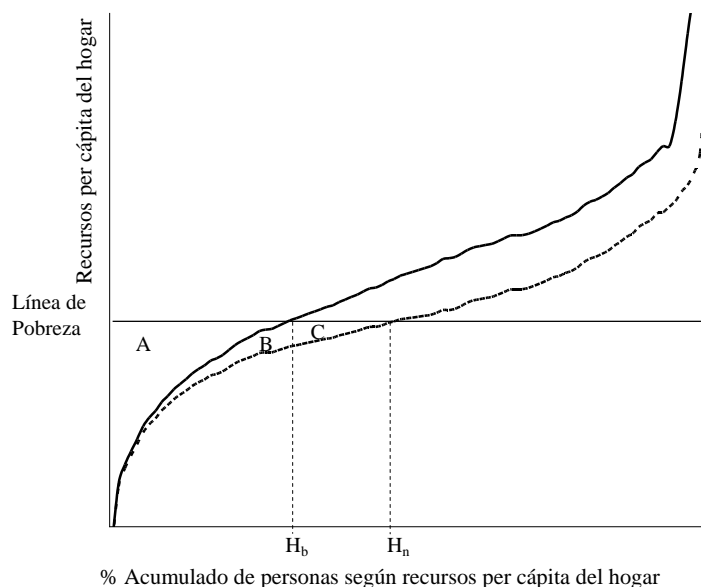
pobreza, en tanto que el gasto en alimentos y vestimenta se encuentra debajo del nivel de subsistencia.

Bajo dos condiciones, la diferencia entre las estimaciones de pobreza derivadas de los ingresos o gastos totales del hogar bruto y neto del out-of-pocket se puede interpretar como aproximación del efecto de empobrecimiento de tales erogaciones (Wagstaff y van Doorslaer, 2003)

Tales condiciones son: (i) el out-of-pocket es considerado en su totalidad no discrecional, es decir es el resultado de la ocurrencia de un evento aleatorio y, (ii) los recursos o gastos totales del hogar son fijos. Bajo estas condiciones, la diferencia entre las dos estimaciones corresponde a la pobreza debido a los gastos en salud.

Figura 2

Pen's parade de los hogares según recursos brutos y neto del gasto de bolsillo en salud



Fuente: O'Donnell et al (2008)

Se considera a T_i como el gasto de bolsillo per cápita del hogar en servicios de salud y x_i el indicador de estándar de vida per cápita del hogar, tal como el ingreso o gasto total per cápita.

La Figura 2 proporciona un marco simple para examinar el impacto de los gastos de bolsillo en servicios de salud sobre las dos medidas básicas. La figura es una variante del desfile de Jan Pen's Parade "de enanos y gigantes". Los dos desfiles trazan el nivel de recursos/gasto del hogar bruto (curva lisa) y neto de las erogaciones de bolsillo en salud (curva punteada) en el eje de las ordenadas. Estos se encuentran ubicados de manera descendente por la frecuencia acumulada del nivel de ingreso/gastos per cápita del hogar.

El punto en el eje de las abscisas en el cual la curva cruza la línea de pobreza da el porcentaje de individuos que se encuentran en una situación de pobreza, H .

El área por debajo de la línea de pobreza sobre el desfile es una medida del monto por el cual tales hogares no alcanzan la línea de pobreza, G . Utilizando el ingreso/gasto por adulto equivalente del hogar bruto del gasto de bolsillo en salud, el porcentaje de individuos ubicados debajo de la línea de pobreza es H_b y la brecha de pobreza es igual al área A .

Por otra parte, si al ingreso/gasto por adulto equivalente del hogar se le resta el gasto en salud el porcentaje de personas en condición de pobreza y la brecha asociada es H_n y el área $A+B+C$, respectivamente.

Consecuentemente, $H_n - H_b$ es el porcentaje de individuos que caen bajo la línea de pobreza producto de un gasto de bolsillo en salud.

Considerando a x_i como los recursos por adulto equivalente del hogar i , una estimación de este estadístico viene dado por:

$$H^b = \frac{\sum_{i=1}^N s_i p_i^b}{\sum_{i=1}^N s_i} \quad (3)$$

Donde $p_i^b = 1$ si $x_i < LP$ y cero en cualquier otro caso, s_i es el tamaño del hogar, y N es el número de hogares en la muestra. Definida la brecha de pobreza bruta después del gasto en salud como $g_i^b = p_i^b(LP - x_i)$, entonces el promedio de dicha brecha expresado en unidades corrientes viene dado por:

$$G^b = \frac{\sum_{i=1}^N s_i g_i^b}{\sum_{i=1}^N s_i} \quad (4)$$

Asimismo, el porcentaje de hogares pobres neto del gasto de salud se obtiene reemplazando p_i^b por $p_i^n = 1$ si $(x_i - T_i) < LP$ y cero en cualquier otro caso, y la brecha de pobreza neta del gasto de bolsillo en salud se obtiene de reemplazar g_i^b en la ecuación (2) por $g_i^n = p_i^n[LP - (x_i - T_i)]$.

4. Resultados empíricos

La fuente de información utilizada es la Encuesta a la Tercera Edad sobre Estrategias Previsionales (2003) realizada por Banco Mundial. La misma tiene como objetivo estudiar la situación previsional de la población de la tercera edad y sus estrategias de manutención. La muestra incorporada tuvo alcance nacional para los conglomerados urbanos con más de 500 mil habitantes de la República Argentina, excluyendo las provincias del sur del país. La encuesta se lleva a cabo exclusivamente en hogares urbanos donde vivan personas de 55 o más años. La misma consta de tres módulos: el primero releva características del barrio y la vivienda del encuestado; el segundo apuntó al individuo abarcando distintas temáticas: educación, jubilación, situación ocupacional, ingresos, la historia laboral del encuestado y los gastos de salud; el tercer módulo registra tanto las características educativas y ocupacionales del resto de los individuos que habitan el hogar, como los gastos del mismo.

4.1 Gasto de bolsillo en salud

La Tabla 1 presenta el gasto mensual en salud promedio de los adultos mayores según componente. Considerando al total de las personas mayores de 65 años, el gasto medio es de \$38, destinando el 82% del mismo a la compra de medicamentos.

Se identifican algunas diferencias de nivel según características individuales. El gasto de bolsillo en salud se incrementa con la edad de la persona, pasando de \$33.6 entre aquellos de entre 65 y 70 años a \$46.7 para el grupo de entre 75 y 80 años.

Paralelamente, el out-of-pocket es creciente con el nivel de ingresos. Aquellas personas pertenecientes al cuarto y quinto quintil de ingresos mantienen un gasto absoluto de hasta tres veces mayor al realizado por los quintiles más bajos.

El 78.1% de la población adulta mayor cuenta con cobertura formal de salud. De dicho total, el 58.7% cuenta con cobertura del Instituto Nacional de Seguridad Social para el Jubilado y Pensionado (PAMI) seguido por el 24.8% que cuenta con cobertura de obras sociales. Finalmente, el 7.9% se encuentra asegurado con el sistema de medicina prepago y un 7.5% mantiene un sistema de emergencias.

En términos de gastos de bolsillo en salud, el gasto promedio más elevado se registra entre aquellas personas que tienen cobertura por el sistema Prepago (\$55.7), seguido por los asegurados por el sistema de emergencias (\$43) y el sistema de obras sociales (\$43). Por su parte los beneficiarios del PAMI realizan un gasto promedio de \$39,7. Finalmente, aquellos adultos mayores sin cobertura formal en salud ejecutan el menor gasto promedio en salud equivalente a \$19.5.

Tabla 1
Gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores. 2003

Característica	Gasto en Salud ^(a)	Consultas	Medicamentos	Internación	Resto
Total	38.00	3.52	44.32	0.31	6.78
Sexo					
Mujer	40.55	3.98	47.14	0.31	6.37
Hombre	37.13	3.00	43.49	0.24	7.74
Edad					
65-70	33.64	2.64	42.88	0.25	5.59
70-75	38.98	5.55	45.14	0.23	6.97
75-80	46.72	2.07	51.76	0.46	8.66
80 y mas	37.08	3.74	42.06	0.21	6.44
Nivel educativo					
Sin instrucción	34.55	11.43	40.47	0.11	1.38
Primaria incompleta	36.12	2.34	45.31	0.18	4.60
Primaria completa	40.28	2.68	47.23	0.43	6.05
Secundaria incompleta	39.17	4.14	42.02	0.43	7.65
Secundaria completa	45.17	4.77	49.00	0.22	12.22
Superior incompleto	56.13	3.22	48.34	0.21	31.85
Superior completo	57.26	10.01	49.35	0.06	24.44
Condición económica					
Ocupado	38.69	3.36	54.41	0.17	8.61
Desocupado	25.34	2.18	37.94	0.02	3.23
Inactivo	39.68	4.04	45.52	0.35	7.24
Quintil de ingreso					
I	12.89	1.15	18.43	0.16	3.45
II	17.33	1.11	23.70	0.24	1.98
III	35.01	2.43	45.43	0.18	2.74
IV	39.38	2.73	44.82	0.18	5.95
V	57.92	6.57	60.67	0.49	13.05
Cobertura en salud					
Sin cobertura	19.95	1.76	32.32	0.19	4.69
Obra Social	46.20	4.53	49.99	0.36	6.83
Prepaga	55.69	2.52	60.67	0.02	12.98
PAMI	39.70	3.80	45.65	0.28	5.88
Emergencias	46.36	3.20	42.19	0.45	14.49
Otro	14.31	-	23.40	-	0.13

Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

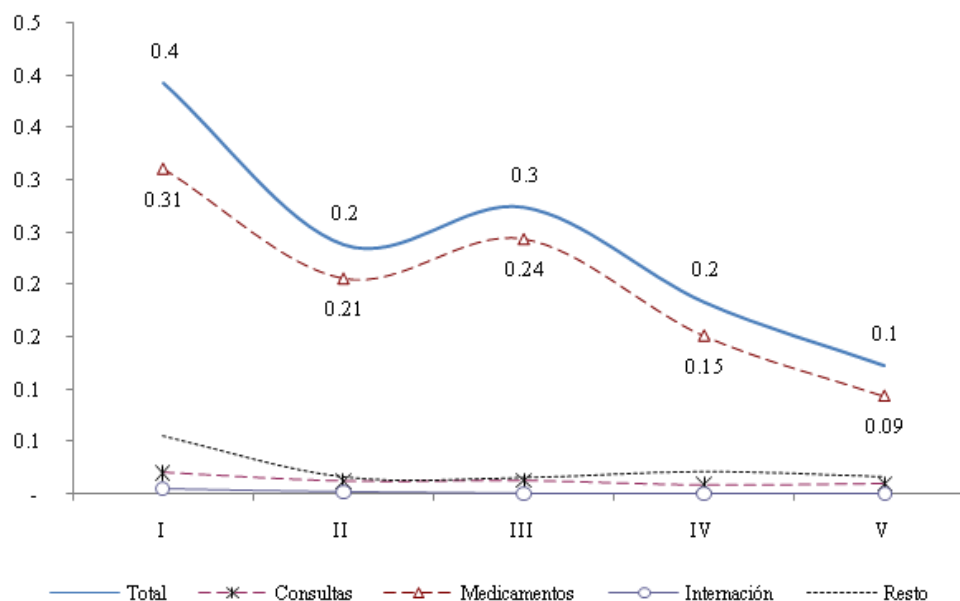
a/ el gasto total promedio contempla a toda la población, en tanto los conceptos sólo a aquellos que tuvieron gasto de bolsillo en salud en al menos un concepto.

Tabla 2
Estructura del gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores. 2003

Característica	Gasto en Salud	Consultas	Medicamentos	Internación	Resto
Total	1.00	0.06	0.82	0.01	0.10
Sexo					
Mujer	1.00	0.06	0.83	0.01	0.10
Hombre	1.00	0.05	0.84	0.01	0.10
Edad					
65-70	1.00	0.05	0.83	0.01	0.11
70-75	1.00	0.07	0.82	0.01	0.11
75-80	1.00	0.05	0.86	0.01	0.08
80 y mas	1.00	0.07	0.81	0.01	0.10
Nivel educativo					
Sin instrucción	1.00	0.05	0.86	0.00	0.09
Primaria incompleta	1.00	0.06	0.83	0.00	0.11
Primaria completa	1.00	0.05	0.86	0.01	0.07
Secundaria incompleta	1.00	0.05	0.82	0.00	0.13
Secundaria completa	1.00	0.08	0.74	0.01	0.17
Superior incompleto	1.00	0.06	0.71	0.04	0.19
Superior completo	1.00	0.11	0.76	0.00	0.14
Condición económica					
Ocupado	1.00	0.07	0.80	0.01	0.13
Desocupado	1.00	0.03	0.87	0.00	0.10
Inactivo	1.00	0.06	0.83	0.01	0.10
Quintil de ingreso					
I	1.00	0.05	0.80	0.02	0.13
II	1.00	0.06	0.81	0.02	0.11
III	1.00	0.06	0.87	0.01	0.07
IV	1.00	0.06	0.87	0.00	0.07
V	1.00	0.07	0.78	0.01	0.15
Cobertura en salud					
Sin cobertura	1.00	0.04	0.83	0.01	0.12
Obra Social	1.00	0.09	0.79	0.02	0.10
Prepaga	1.00	0.02	0.85	0.00	0.13
PAMI	1.00	0.05	0.85	0.01	0.09
Emergencias	1.00	0.11	0.74	0.02	0.13
Otro	1.00	-	0.95	-	0.05

Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Figura 3
Gasto de bolsillo en salud de los adultos mayores según quintil de ingreso. Año 2003
% del ingreso



Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Si bien el gasto de bolsillo en salud es creciente con el ingreso de los individuos, su incidencia mantiene una relación inversa. La Figura 3 presenta la relación entre el gasto en salud y nivel de ingreso, según tipo de erogación y quintil.

Se observa una relación negativa entre ambos conceptos: a menor nivel de ingreso mayor proporción del mismo destinado al cuidado de la salud. En tanto, el primero y segundo quintil destina un 39% y 24% de su ingreso a los servicios de salud, respectivamente, el cuarto y quinto quintil gastan entre un 18% y 12%, respectivamente.

Estos resultados muestran el diferente esfuerzo financiero que realizan los hogares al momento de demandar servicios de salud.

La regresividad del gasto en salud se explica por el gasto en medicamentos, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los hogares pertenecientes a los quintiles más pobres, para hacer efectiva su demanda potencial. En este sentido, la participación del gasto en medicamentos sobre el ingreso de los individuos pertenecientes al quintil más pobre es de 31% y 21%, en tanto el quinto quintil destina sólo el 9%.

4.2 Gasto catastrófico

Tal como fuera definido en la sección anterior, un gasto de bolsillo en salud puede resultar catastrófico si el mismo sobrepasa cierto nivel de participación en los recursos disponibles del hogar (ingresos o gastos). La idea subyacente es que si los hogares destinan gran parte de sus recursos a salud, el mismo debe ser financiado resignando consumo de otros bienes y servicios. Este costo de oportunidad puede manifestarse en el corto plazo mediante una reducción del consumo presente, o en el largo plazo con la utilización de ahorros, la venta de activos o el endeudamiento. No obstante, con datos de corte transversal no es posible distinguir cuál de los dos mecanismos financia el hogar.

Que el gasto sea financieramente catastrófico para una persona depende de la capacidad de financiamiento de la persona, ya sea mediante sus propios recursos y/o la cobertura de salud. Por este motivo, en la mayoría de las propuestas de un seguro

catastrófico o programas destinados a este fin, solamente se considera el out-of-pocket excluyendo cualquier pago realizado por un tercer pagador.

Para determinar en que medida un gasto de bolsillo resulta catastrófico se han establecido diversos umbrales de participación sobre el nivel de ingreso y gasto total por adulto equivalente que van entre 5% y 25%. Complementariamente, al considerar al gasto no discrecional los umbrales definidos son 15%, 25% y 40%.

En el presente trabajo se utiliza el ingreso o gasto por adulto equivalente ya que existe la posibilidad de agrupamientos de riesgo (risk pooling) al interior de la familia.

La Tabla 4.a presenta el porcentaje de individuos con gasto catastrófico en salud en términos del nivel de ingresos por adulto equivalente según algunas características seleccionadas.

Tabla 4.a
Taxonomía del gasto catastrófico en salud de los adultos mayores, según ingreso por adulto equivalente. 2003

Característica	Count 5	Count 10	Count 15	Count 25
Total	0.54	0.39	0.28	0.17
Overshoot	0.10	0.08	0.06	0.04
% hombres	0.40	0.39	0.40	0.40
Gasto en salud	61.78	74.10	85.29	102.11
Gasto en salud / Ingreso	0.24	0.30	0.36	0.48
% Gasto en consultas	0.05	0.05	0.05	0.05
% Gasto en medicamentos	0.86	0.86	0.85	0.84
% Gasto en internación	0.00	0.01	0.00	0.00
% Resto del gasto	0.09	0.09	0.10	0.11
Quintil I	0.07	0.09	0.11	0.13
Quintil II	0.13	0.13	0.14	0.16
Quintil III	0.22	0.24	0.27	0.30
Quintil IV	0.29	0.31	0.30	0.28
Quintil V	0.28	0.23	0.19	0.12
% Ocupados	0.10	0.10	0.10	0.09
% Desocupados	0.04	0.04	0.03	0.04
% Inactivos	0.86	0.86	0.87	0.87
% Pobres	0.44	0.48	0.53	0.61
% entre 65-70 años	0.27	0.26	0.26	0.25
% entre 70-75 años	0.27	0.26	0.25	0.24
% entre 75-80 años	0.23	0.23	0.23	0.23
% entre 80 y mas	0.23	0.25	0.26	0.29
% con cobertura	0.88	0.88	0.85	0.84

Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Considerando un umbral del 5% del ingreso, el 54% de los adultos mayores experimentan un gasto catastrófico en salud, en tanto que dicho porcentaje desciende al 39% con un umbral del 10%.

La caracterización de la población con gasto catastrófico es similar para todo umbral. Del total de personas con gastos en salud superior al 10% el 39% son hombres. El gasto en salud promedio es de \$74.1, con un participación del gasto en medicamentos del 86%. Tal gasto promedio representa el 30% del ingreso per cápita familiar.

El 31% de los individuos con gasto catastrófico pertenecen al cuarto quintil de ingresos, seguido por los integrantes del tercer quintil (24%) y quinto quintil (23%). Tales resultados se encuentran asociados a la capacidad de pago de tales grupos de personas, en relación a los quintiles de ingresos más bajos, quienes frente a un shock en salud encuentran cobertura en el sistema público. Del mismo modo, el 88% de los individuos mantienen algún tipo de cobertura formal en salud. Tal fenómeno se genera por el gran alcance que tiene el PAMI sobre los adultos mayores.

Respecto de su condición económica, el 86% de los adultos mayores con gasto catastrófico declaran ser inactivos, seguido por los ocupados que representan el 10%.

Finalmente, no se observan diferencias significativas entre grupos de edades. Cada grupo etáreo representa el 25% del total de personas con gasto catastrófico en salud.

Del mismo modo, la Tabla 4.b presenta los resultados alcanzados al considerar el nivel de gasto total por adulto equivalente como medida de recursos disponibles del hogar. El 53% de los adultos mayores experimentan un gasto en salud superior al 5% del gasto total, siendo el 34% la cantidad de personas con un gasto de bolsillo superior al 10%.

Los resultados alcanzando son similares a los hallados a partir del nivel de ingreso. El 41% de los adultos mayores que enfrentaron un gasto catastrófico son hombre, destinando en promedio el 35% del gasto total al consumo de servicios de salud.

Tabla 4.b
Taxonomía del gasto catastrófico en salud de los adultos mayores, según gasto total por adulto equivalente. 2003

Característica	Count 5	Count 10	Count 15	Count 25
Total	0.53	0.34	0.21	0.06
Overshoot	0.05	0.03	0.02	0.01
% hombres	0.40	0.41	0.42	0.41
Gasto en salud	69.25	86.57	100.57	131.86
Gasto en salud / Ingreso	0.28	0.35	0.43	0.72
% Gasto en consultas	0.05	0.05	0.06	0.08
% Gasto en medicamentos	0.86	0.86	0.85	0.84
% Gasto en internación	0.00	0.00	0.00	0.00
% Resto del gasto	0.09	0.09	0.10	0.09
Quintil I	0.06	0.07	0.09	0.17
Quintil II	0.12	0.12	0.12	0.18
Quintil III	0.20	0.20	0.22	0.21
Quintil IV	0.27	0.29	0.30	0.23
Quintil V	0.35	0.32	0.27	0.21
% Ocupados	0.10	0.09	0.08	0.06
% Desocupados	0.03	0.04	0.04	0.07
% Inactivos	0.86	0.87	0.87	0.86
% Pobres	0.29	0.30	0.32	0.43
% entre 65-70 años	0.27	0.28	0.28	0.27
% entre 70-75 años	0.27	0.26	0.23	0.22
% entre 75-80 años	0.23	0.23	0.24	0.25
% entre 80 y mas	0.23	0.24	0.25	0.26
% con cobertura	0.87	0.86	0.83	0.80

Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Finalmente, la Tabla 4.c presenta un tercer ejercicio en el que se calcula el porcentaje de hogares con gasto catastrófico considerando el gasto no alimenticio del hogar. El 31% de los adultos mantienen un gasto en salud superior al 15% del gasto no discrecional, el 12% realiza un gasto de bolsillo mayor al 25%, y el 2% realiza erogaciones superiores al 40%.

Tabla 4.c
Taxonomía del gasto catastrófico en salud de los adultos mayores, según gasto no alimenticio por adulto equivalente. 2003

Característica	Count 15	Count 25	Count 40
Total	0.31	0.12	0.02
Overshoot	0.03	0.01	0.00
% hombres	0.42	0.44	0.46
Gasto en salud	85.03	106.75	132.00
Gasto en salud / Ingreso	0.35	0.51	0.69
% Gasto en consultas	0.05	0.06	0.05
% Gasto en medicamentos	0.85	0.85	0.91
% Gasto en internación	0.00	0.00	-
% Resto del gasto	0.10	0.09	0.04
Quintil I	0.07	0.10	0.23
Quintil II	0.12	0.13	0.13
Quintil III	0.22	0.23	0.29
Quintil IV	0.31	0.32	0.14
Quintil V	0.28	0.22	0.21
% Ocupados	0.09	0.09	0.04
% Desocupados	0.04	0.05	0.07
% Inactivos	0.87	0.86	0.89
% Pobres	0.31	0.34	0.56
% entre 65-70 años	0.27	0.26	0.21
% entre 70-75 años	0.25	0.23	0.08
% entre 75-80 años	0.24	0.24	0.31
% entre 80 y mas	0.24	0.27	0.40
% con cobertura	0.84	0.80	0.88

Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

4.3 Efecto empobrecedor

El objetivo de la presente sección es identificar al grupo de adultos mayores que después de haber realizado un gasto de bolsillo en salud caen por debajo de la línea de pobreza.

Para ello se consideran las tres medidas de recursos del hogar utilizadas: ingreso por adulto equivalente, gasto total por adulto equivalente y gasto no alimenticio por adulto equivalente.

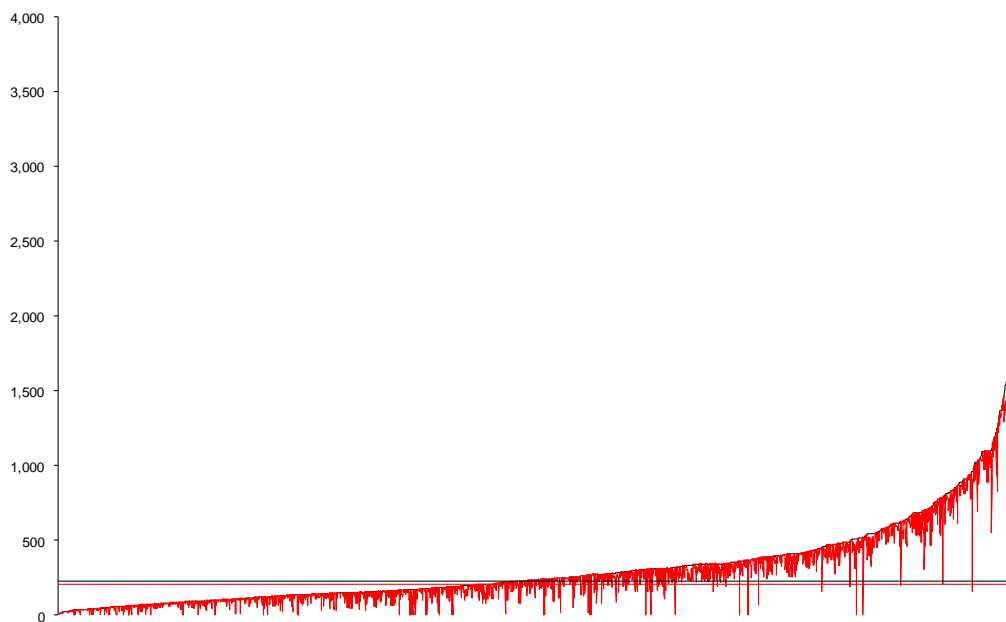
En este sentido, el primer paso consiste en hallar los recursos por adulto equivalente neto de las erogaciones de bolsillo en salud. Para ello, se restó a cada medida de recursos el gasto de bolsillo mensual en salud. Posteriormente, se lo comparó con el valor de la línea de pobreza oficial (\$225.6) neto del gasto en salud (\$209.8).

De esta manera, es posible observar el número de personas que estando bajo la condición de no pobres, una vez realizado el gasto en salud experimentaron una reducción en su nivel de ingreso que los ubica por debajo de la línea de pobreza.

Las Figuras 4 presentan el Pen's Parade del gasto de bolsillo en salud según las tres medidas de recursos utilizadas. Tales Figuras muestran a la población ordenada ascendentemente por niveles de recursos, comparándolo contra el valor de la línea de pobreza. Simultáneamente, la línea discontinua representa el nivel de recursos netos luego de deducir los gastos de bolsillo en salud.

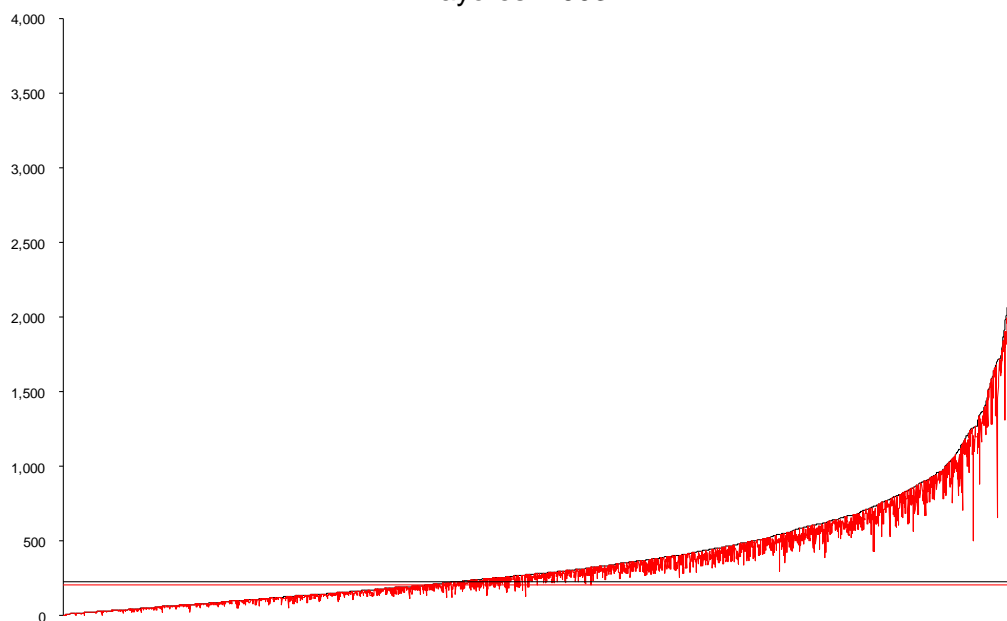
En términos de ingresos por adulto equivalente el 7.8% de los adultos mayores caen por debajo de la línea de pobreza ajustada a partir de efectuar gastos de bolsillo en salud. Tal porcentaje asciende al 4.3% y 7.9% al contemplar al gasto total y al gasto no alimenticio, respectivamente.

Figura 4.4.a
Pen's Parade del gasto de bolsillo en salud según nivel de ingreso de los adultos mayores.
2003



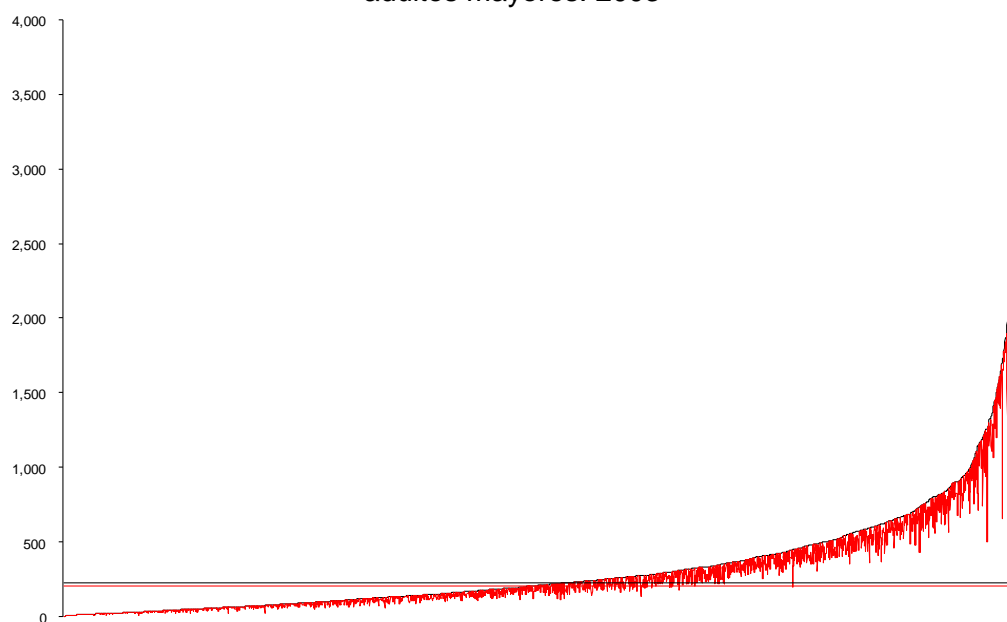
Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Figura 4.4.b
Pen's Parade del gasto de bolsillo en salud según nivel de gasto total de los adultos mayores. 2003



Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Figura 4.4.c
Pen's Parade del gasto de bolsillo en salud según nivel de gasto no alimenticio de los adultos mayores. 2003



Fuente: Elaboración propia en base a ETEEP (2003)

Con el fin de identificar los efectos que diversas variables asociadas con shocks en salud tienen sobre la probabilidad de dejar a un individuo por debajo de la línea de pobreza se estima un modelo probit. Tal estimación se realiza para los tres indicadores de recursos utilizados.

Entre los regresores incorporados, se distinguen tres conjuntos de variables: socioeconómicas, tipo de gasto y estado de salud percibido.

El primer grupo de variables incluye la medida de recursos utilizada en cada caso (ingreso, gasto y gasto discrecional), la edad, y dos variables dummies que toman valor uno si el individuo es hombre y otra si cuenta con cobertura formal de salud.

El segundo conjunto de variables se encuentra constituido por tres grandes categorías de gastos en salud: gasto mensual en medicamentos, internación y consultas ambulatorias. Este último tipo de gasto incluye el gasto por consulta, análisis, tratamientos, consultas odontológicas, salud mental, entre otras.

Al incluir estas tres variables, se busca conocer cuál es la probabilidad que tiene un individuo de caer bajo la línea de pobreza debido a los costos financieros relacionados con cada uno de estos tres rubros.

Finalmente se incorporan tres variables dummies que denotan la percepción subjetiva del estado de salud: muy bueno, bueno, regular. La inclusión de estas variables tiene como fin conocer la asociación entre un shock financiero catastrófico en salud y la naturaleza de la enfermedad que produce tal gasto.

La Tabla 5 presenta los resultados hallados. Las estimaciones presentan un buen ajuste de regresión, con un porcentaje de aciertos equivalente al 62.3%, 74.9% y 58.6%, en cada uno de los tres ejercicios. Del mismo modo, los estimadores resultaron estadísticamente significativos de manera conjunta.

En los tres casos, los resultados confirman la existencia de una relación negativa entre el nivel de recursos per cápita (ingresos, gastos totales y gastos no discrecionales), previo al shock en salud, y la probabilidad de ser nuevo pobre a partir de éste. De este modo, cuanto mayor es el nivel de recursos menores son las chances de caer por debajo de la línea de pobreza después de la ocurrencia de algún tipo de shock financiero en salud. Paralelamente, los hombres tienen una mayor de ser nuevos pobre.

Por su parte, las variables asociadas con el tipo de gasto en salud son significativas y positivas. Sin embargo, los efectos son diferentes entre tipo de gastos. El mayor impacto no proviene de las erogaciones en internación, sino del gasto en servicios ambulatorios y medicamentos, donde la financiación de los distintos seguros es parcial. Este fenómeno se encuentra asociado al hecho que el costo de los servicios de hospitalización o son financiados completamente por los seguros formales de salud o por el sector público a través de su propia oferta.

Por último, el estado de salud no presenta diferencias significativas al momento de explicar el gasto catastrófico en salud.

Tabla 5
Estimación de la probabilidad de caer bajo la línea de pobreza

Coeficientes	Nuevos Pobres en términos del		
	Ingreso	Gasto total	Gasto no alimenticio
Edad	0.003 [0.012]	0.017 [0.014]	0.005 [0.014]
Hombre	0.552*** [0.201]	0.407** [0.202]	0.677*** [0.198]
Gasto ambulatorio	0.046*** [0.006]	0.053*** [0.009]	0.056*** [0.006]
Gasto en medicamentos	0.033*** [0.003]	0.048*** [0.005]	0.050*** [0.005]
Gasto en internación	-0.034 [0.091]	0.170 [0.441]	-0.231 [0.430]
Cobertura	-0.474* [0.287]	0.007 [0.257]	-0.266 [0.283]
Recursos	-0.042*** [0.004]	-0.050*** [0.005]	-0.061*** [0.006]
Hmb		0.616 [0.567]	0.322 [0.696]
Hb	-0.012 [0.279]	0.008 [0.257]	-0.094 [0.246]
Hr	0.365* [0.205]	0.122 [0.226]	0.226 [0.219]
Constantes	5.585*** [1.126]	5.573*** [1.361]	8.402*** [1.325]
Nº Observaciones	1187	1602	1309
LR Chi2	590.77	437.73	594.89
Prob>chi2	0.00	0.00	0.00
Pseudo R2	0.709	0.670	0.709
Log likelihood	-120.984	-107.641	-121.681
Cociente de aciertos	62.3	74.9	58.6

Error estándar entre paréntesis

*significativa al 10%; ** al 5%; *** al 1%

5. Conclusiones

En el presente trabajo se estima la cantidad de adultos mayores que a partir de realizar erogaciones de bolsillo en salud, tal gasto se constituye financieramente catastrófico. En este sentido, a partir de la definición de diferentes umbrales, un gasto de bolsillo en salud es considerado catastrófico si excede un porcentaje determinado de los recursos del hogar.

A partir de los microdatos provenientes de la Encuesta a la Tercera Edad sobre Estrategias Previsionales (2003) realizada por Banco Mundial se observa que si bien el gasto de bolsillo en salud es creciente con el ingreso de los individuos, su incidencia presenta una relación inversa: a menor nivel de ingreso mayor la proporción del mismo destinado al cuidado de la salud. Tales resultados sugieren el diferente esfuerzo financiero que realizan los hogares al momento de demandar servicios de salud.

La regresividad del gasto en salud se explica por el gasto en medicamentos, implicando un mayor esfuerzo financiero por parte de los hogares pertenecientes a los quintiles más pobres, para hacer efectiva su demanda potencial.

A partir de tales gastos de bolsillo en salud, se encuentra que el 39% de los adultos mayores presentan gastos en salud mayores al 10% del ingreso por adulto equivalente. Al considerar el gasto total del hogar como medida de recursos o el gasto no discrecional, el 34% de los adultos mayores experimenta gastos catastróficos a partir de un umbral del 10%.

Las personas que experimentan un gasto catastrófico en salud se concentran en los tres quintiles de ingresos más altos. Ello asociado a la capacidad de pago de tales grupos respecto de los quintiles de ingresos más bajos, quienes frente a un shock en salud encuentran cobertura en el sistema público.

Asimismo el gasto de bolsillo en salud puede representar un elevado esfuerzo financiero, tal que puede dejar a un individuo en una situación de pobreza o agravar una existente. Tal situación se presenta menos probable entre las mujeres y entre las personas de mayores recursos.

Finalmente, es el gasto en consultas ambulatorias y en medicamentos el factor que explica positivamente la probabilidad de un individuo de enfrentar un gasto catastrófico en salud y ubicarlo debajo la línea de pobreza, en tanto que el de internación no tiene una incidencia significativa. Tal resultado es producto de la oferta de hospitales públicos con internación disponible en el sistema de salud argentino

6. Referencias Bibliográficas

Bryant, J., Teasdale, A., Tobias, M. y Cheung, J. y McHugh, M., 2004, "Population Ageing and Government Health Expenditures in New Zealand, 1951-2051, *New Zealand Treasury, Working Paper 04/14*.

Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), Informe Demográfico, www.eclac.org/celade

Cowell, F., 1995, *Measuring Inequality*. London and New York: Prentice Hall/Harvester Wheatsheaf.

Cutler, D. y Sheiner, L., 1998, "Demographics and Medical Care Spending: Standard and Non-standard Effects" *Cambridge MA, National Bureau of Economic Research, Working Paper 6866*.

Gertler, P. y Gruber, J., 2002, "Insuring Consumption Against Illness", *American Economic Review* 92(1) pp. 51-70.

Gornemann, I. y Zunzunegui, M.V., 2001, "Incremento en la Utilización de Servicios Hospitalarios por las Personas mayores de 55 años: Envejecimiento Poblacional y Respuesta del Sistema de Servicios de Salud", *Gac Sanit*, 16(2) pp. 156-159.

Gray, A., 2005, "Population Ageing and Health Care Expenditure", *Ageing Horizons* 2, pp. 15-20.

Marín Casado, D., 2001, "Los Efectos del Envejecimiento Demográfico sobre el Gasto Sanitario: Mitos y Realidades", *Gac Sanit* 15(2), pp. 154-163.

Martínez, G. y Conesa, B. 2003, "Estructura y Financiamiento de los Regímenes de Seguros de Salud para los Jubilados. Financiación de los Gastos Médicos para Jubilados", *XIV Conferencia Internacional de Actuarios y Estadísticos de la Seguridad Social* organizada por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, México, D.F., Septiembre de 2003.

Ministerio de Salud de la Nación y Universidad de Buenos Aires, 2005, *Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud. Argentina 2005*, Serie 10 (20).

O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A., y Lindelow, M., 2008, *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data*, World Bank Institute.

O'Connell, J., 1996, "The Relationship Between Health Expenditures and the Age Structure of the Population in OECD Countries", *Health Economics* 5(6) pp: 573-578.

Organización Mundial de la Salud, 2002, "Salud y Envejecimiento. Un Documento para el Debate", *mimeo*.

Russell, S., 2004, "The Economic Burden of Illness for Households in Developing Countries: A Review of Studies Focusing on Malaria, Tuberculosis, and Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome", *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 71(2) pp. 147-155.

van Doorslaer, E., O. O'Donnell, R. P. Rannan-Eliya, A. Somanathan, S. R. Adhikari, D. Harbianto, C. G. Garg, A. N. Herrin, M. N. Huq, S. Ibragimova, A. Karan, C.-w. Ng, B. R. Pande, R. Racelis, S. Tao, K. Tin, L. Trisnantoro, C. Vasasvid, and Y. Zhao. 2006. "Effect of

Health Payments on Poverty Estimates in 11 Countries in Asia: An Analysis of Household Survey Data." *The Lancet* 368(14) pp. 1357–64.

Wagstaff, A., y van Doorslaer, E., 2003, "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: with Applications to Vietnam 1993–98", *Health Economics* 12(11) pp. 921–934.

Zweifel, P., Elder, S. y Meiers, M., 1999, "Aging of Population and Health Care Expenditure: a Red Herring?" *Health Economics* 8(6) pp. 485–496.

Xu, K., Evans, D., Jawabate, K., Zeramdini, R., Klavus, J., y Murray, C., 2003, "Household Catastrophic Health Expenditure: A Multicountry Analysis", *Lancet* 362 pp. 111–117.