

Acceso a servicios médicos y farmacéuticos de los afiliados al INSSJyP-PAMI


Juan Marcelo Virdis^{1*}, María Eugenia Elorza^{1, 2} y Fernando Delbianco^{2, 3}


¹Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur, Concejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) - Universidad Nacional del Sur (UNS), San Andrés 800, Bahía Blanca, Argentina.


²Departamento de Economía, UNS, San Andrés 800, Bahía Blanca, Argentina.

³Instituto de Matemática de Bahía Blanca, CONICET-UNS, Av. Alem 1253, Bahía Blanca, Argentina

Nota del autor

Juan Marcelo Virdis  <https://orcid.org/0000-0001-7118-9259>

María Eugenia Elorza  <https://orcid.org/0000-0003-1562-1363>

Fernando Delbianco  <https://orcid.org/0000-0002-1560-2587>

* Autor para correspondencia. Información de contacto:

Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur (CONICET-UNS), Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur.

San Andrés 800, Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina (CP: 8000)

E-mail: jmvirdis@iies-conicet.gob.ar

Teléfono: +54 291 4595138

Resumen

Dentro del sistema de la seguridad social de Argentina se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI). El INSSJyP-PAMI es el seguro de salud más grande de Argentina, brindando cobertura a, aproximadamente, 5.000.000 de personas. En el presente trabajo se propone evaluar el acceso a servicios farmacéuticos y médicos en afiliados al INSSJyP-PAMI, y compararlo con el acceso del resto de la población.

Los datos utilizados corresponden a la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) realizada entre 2017 y 2018. Se utilizó el estimador de Nadaraya-Watson para obtener valores esperados de gasto de utilización de servicios farmacéuticos y realización de consultas médicas en los hogares según la edad y seguro médico del jefe de hogar (JH).

Los resultados muestran que los hogares que tienen un JH beneficiario del INSSJyP-PAMI utilizan en mayor medida servicios farmacéuticos y realizan una menor cantidad de consultas médicas que los hogares con un JH con cobertura de otro tipo de seguro.

1 Introducción

La cobertura universal en salud (CUS) es un objetivo que han establecido los países miembro de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas (ONU). La 58ª Asamblea Mundial de la Salud (2005) definió la CUS como el acceso “por un precio asequible a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación”. Desde el Informe Mundial de la Salud del 2010 (Organización Mundial de la Salud, 2010) la definición se ha centrado en el acceso a servicios y la protección financiera. En este sentido, Evans et al. (2013) sintetizan las condiciones que deben cumplirse para que exista cobertura en salud: i) los servicios necesarios para cada individuo deben estar disponibles, ii) las personas deben ser conscientes de la existencia de estos servicios y estar dispuestas a utilizarlos y iii) el gasto de bolsillo necesario para acceder a estos servicios, es decir el desembolso de dinero en el momento de utilizar los bienes y servicios de salud, debe ser lo suficientemente pequeño como para no afectar los niveles de consumo del hogar. El logro de este objetivo se encuentra, principalmente, relacionado con la instituciones que se encargan de proveer y financiar las necesidades de salud de la población, y que junto con los usuarios constituyen lo que se define como sistema de salud (Vaidya & Boes, 2021).

Dentro de cada sistema existen seguros que buscan distribuir entre la población riesgos de gastos elevados en salud. Investigaciones previas han demostrado que los seguros de salud tienen un impacto significativo en el acceso a servicios de salud y la protección financiera (Hoffman & Paradise, 2008; Xu et al., 2007). Existen distintos tipos de seguros. En primer lugar, los seguros privados, que actúan como maximizadoras de beneficios y reciben pagos voluntarios para financiar servicios de salud requeridos, de acuerdo a acuerdos contractuales. Los servicios demandados son financiados por las primas pagadas por todos los asegurados, lo que funciona como un mecanismo redistributivo. En segundo lugar, los seguros sociales, que también redistribuyen recursos, buscan proveer servicios de acuerdo a las necesidades de la población y recibir pagos de acuerdo a la capacidad de pago. Esta definición incluye financiación a personas que no cuentan con la capacidad financiera para realizar ningún aporte. Los seguros sociales tienen su origen en las organizaciones de trabajadores y, actualmente, también están presentes en organismos estatales. Asimismo han sido señalados como una herramienta eficaz para mejorar la cobertura en países no desarrollados (Mathauer, Doetinchem, et al., 2011; Mathauer, Musango, et al., 2011). Distintos países han diseñado seguros sociales para proveer cobertura de salud a segmentos específicos de la población, basados en criterios demográficos o socioeconómicos con el fin de proteger a segmentos vulnerables. Es común que en estos segmentos poblacionales estén representados niños, personas discapacitadas, personas sin capacidad de pago y adultos mayores.

El sistema de salud argentino brinda cobertura a la población a través de tres subsistemas: el público, que tiene por objetivo garantizar el acceso a la salud de, principalmente, los sectores de menores ingresos que no cuentan con otra cobertura de gastos médico-sanitarios; el de la seguridad social, que está compuesto por organizaciones sin fines de lucro denominadas Obras Sociales que brindan cobertura, principalmente, a asalariados de la economía formal y su grupo familiar; y el privado, al que accede población de ingresos medios y altos dado que requiere el pago de primas voluntarias (Arnaudo et al., 2016). Dentro del sistema de la seguridad social se encuentra el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP-PAMI), un seguro social que financia prestaciones de salud a los jubilados y pensionados del sistema de seguridad social del Estado Nacional. Esta institución se diseñó con el propósito de brindar cobertura a los trabajadores que habían completado una cantidad mínima de aportes durante su etapa activa, los cuales les permitían acceder al INSSJyP-PAMI en el momento en que finalizaba la cobertura del seguro sindical debido a que alcanzaban la edad jubilatoria. En años recientes se han producido reformas que permiten acceder a la cobertura ofrecida por el INSSJyP-PAMI a cualquier persona mayor a 70 años, aunque no haya realizado aportes a la Seguridad Social del Estado Nacional.

Los afiliados del INSSJyP-PAMI no deben realizar ningún tipo de pago voluntario para tener cobertura, lo que produce importantes incentivos a la afiliación. Además, se rige por un principio solidario ya que todos los afiliados acceden a las mismas prestaciones, independientemente de su aporte al financiamiento del INSSJyP-PAMI. La ausencia de barreras económicas a la afiliación enfatiza su función social, pues brinda cobertura de gastos médico-sanitarios al rango etario de la población con mayor riesgo de tenerlos, sin restricciones respecto a su estado de salud o el establecimiento de primas elevadas, como sucede en los mercados privados de seguros. En la actualidad, el INSSJyP-PAMI es el seguro de salud más grande del país brindando cobertura a aproximadamente 5.000.000 de personas entre las cuales se encuentra más del 50% de la población de entre 60 y 64 años y más del 75% en los rangos mayores. El

INSSJyP-PAMI también brinda cobertura a veteranos de guerra, personas con discapacidad y al grupo familiar de los afiliados titulares. Sin embargo, el nivel de cobertura en la población menor a 60 años es prácticamente nulo. A pesar de sus elevados niveles de cobertura poblacional, distintos trabajos empíricos han concluido que los adultos mayores en Argentina tienen riesgo significativo de enfrentar gastos elevados en salud (Abeldaño, 2017; Knaul et al., 2011; Maceira, 2018; Organización Mundial de la Salud, 2006). Por otro lado, el análisis empírico del impacto del INSSJyP-PAMI en el acceso a la salud aún es limitada.

En el presente trabajo se propone evaluar el acceso a servicios farmacéuticos y médicos en afiliados al INSSJyP-PAMI, y compararlo con el acceso del resto de la población. El análisis está basado en regresiones kernel lo que permite estimar valores esperados de una variable objetivo a partir de intervalos de una variable explicativa. De esta forma la relación funcional puede ser diferente en distintos intervalos. El trabajo se estructura de la siguiente manera: en la segunda sección se presentan los datos utilizados y la metodología aplicada. En la tercera sección, se presentan los resultados de esta investigación. En la cuarta sección, se realiza una discusión de los resultados obtenidos y, por último, en la quinta sección se presentan las referencias bibliográficas.

2 Datos y Metodología

Para cumplir con el objetivo se utilizaron datos de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2020b). La ENGHo es un relevamiento que permite conocer las estructuras de gasto de los distintos grupos de hogares y caracterizar a la población con variables socioeconómicas (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2020a). La encuesta fue realizada por el INDEC entre los años 2017 y 2018 a una muestra obtenida por un procedimiento compuesto por tres etapas aplicado a aglomerados o localidades de 2000 habitantes o más. La muestra seleccionada estuvo compuesta por 44.922 viviendas de las cuales se obtuvieron 21.547 respuestas, lo que abarca a 68.725 habitantes.

Tabla 1 Estadística descriptiva

Variable	n	Media	Desvío estándar
<i>Total de la muestra</i>			
Gasto per cápita	21.068	8.869,35	9.017,60
Ingreso per cápita	21.068	11.801,51	15.602,25
Gasto del bolsillo en salud	21.068	889,43	2.655,67
<i>Muestra utilizada</i>			
Gasto per cápita	11.463	10.784,15	10.088,68
Ingreso per cápita	11.463	13.176,91	17.341,65
Gasto del bolsillo en salud	11.463	1.634,70	3.426,98
Recibió servicios farmacéuticos (Sí=1; No=0)	11.463	0,48	0,50
Realizó consultas médicas (Sí=1; No=0)	11.463	0,37	0,48

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo (2017-2018).

Las variables que caracterizan la edad y cobertura de salud de cada observación correspondiente a un hogar relevado en la ENGHo son las del jefe de hogar (JH). Este supuesto fue adoptado en base a lo establecido en la legislación correspondiente al INSSJyP-PAMI y a los seguros sindicales. En estos casos, cada miembro titular cuenta con la posibilidad de extender el beneficio a su grupo familiar. Por este motivo, el hecho que el jefe de hogar cumpla la edad correspondiente para poder acceder a la cobertura otorgada por el INSSJyP-PAMI podría tener un efecto en la cobertura de salud de todos los integrantes del hogar y, por ende, en el consumo de bienes y servicios de salud del hogar.

En la Tabla 1 se presentan estadísticas descriptivas de las variables de estudio en esta investigación. El gasto per cápita incluye a todas las erogaciones realizadas para adquirir bienes y servicios. El ingreso per cápita representa el dinero percibido por todo concepto, lo que incluye subsidios estatales y ayudas familiares. El gasto de bolsillo en salud está compuesto por los pagos realizados para adquirir bienes y servicios médico sanitarios, netos de primas de seguros y cualquier otro tipo de servicio pre-pago. Las variables relacionadas al consumo de servicios médicos y farmacéuticos contienen una gran cantidad

de datos faltantes. Con el objetivo de evaluar sesgos en relación a la muestra completa, se presentan estadísticos de la muestra completa y de la muestra utilizada en este estudio. Se observa que tanto el gasto e ingreso per cápita, y el gasto de bolsillo en salud son mayores en la muestra utilizada que en la muestra total.

La metodología aplicada en este trabajo está basada en estimadores de Nadaraya-Watson (Nadaraya, 1964; Watson, 1964). Se trata de regresiones no paramétricas que estiman una función $f(\cdot)$ usando una combinación lineal kernel ponderada de las variables objetivo de forma que

$$\hat{f}(x) = \sum_{i=1}^n y_i w_i(x) \quad (1)$$

donde las ponderaciones se definen como

$$w_i(x) = \frac{K([x - x_i]/h)}{\sum_{i=1}^n K([x - x_i]/h)} \quad (2)$$

donde $K(\cdot)$ denota la función kernel Gaussiana y $h > 0$ es el ancho de banda, el cual establece cuantos datos cercanos (x_i, y_i) son utilizados en la estimación de $f(\cdot)$ en el punto x . El ancho de banda h es elegido a través un ejercicio optimización. Los valores de $f(\cdot)$ serán distintos en diferentes h , por ende es posible definir $f(h)$ y h^* óptimo minimiza

$$\frac{1}{n} \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_{(i)}(h))^2 \quad (3)$$

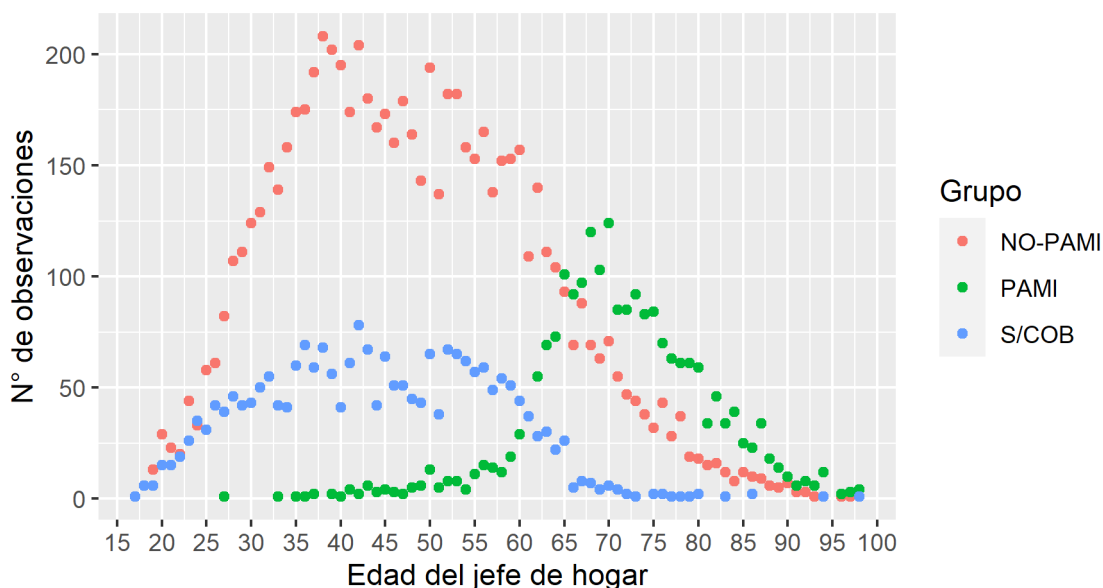
Este criterio puede establecerse de forma más eficiente como

$$\frac{1}{n} \frac{\sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i(s))^2}{1 - v_s/n} \quad (4)$$

donde $v_s = \sum_{i=1}^n h_{ii}(h)$ es la traza de la matriz de proyección de la estimación.

Se establece como variable dependiente x_i la edad del JH y como variable y_i las variables objetivo que se muestran en la Tabla 1. Además, se divide a la muestra de hogares en tres grupos según JH sea: i) beneficiario del INSSJyP-PAMI (PAMI), ii) beneficiario de otro seguro de salud (NO-PAMI) y iii) no cuente con ningún seguro de salud (S/COB). A partir de las estimaciones, se confeccionaron gráficos lineales que muestran los valores esperados de las variables objetivo en distintos valores de x , junto con los intervalos de confianza del 95 %. Como se puede observar en la Figura 1 la cantidad de observaciones del grupo PAMI es cercana a cero en valores de x menores a 50. Lo mismo se observa en el grupo S/COB en valores de x superiores a 60. Por este motivo, se esperan intervalos de confianza amplios en estos valores de x .

Figura 1 Observaciones de hogares con jefe de hogar según cobertura de salud (Argentina, 2017-2018)

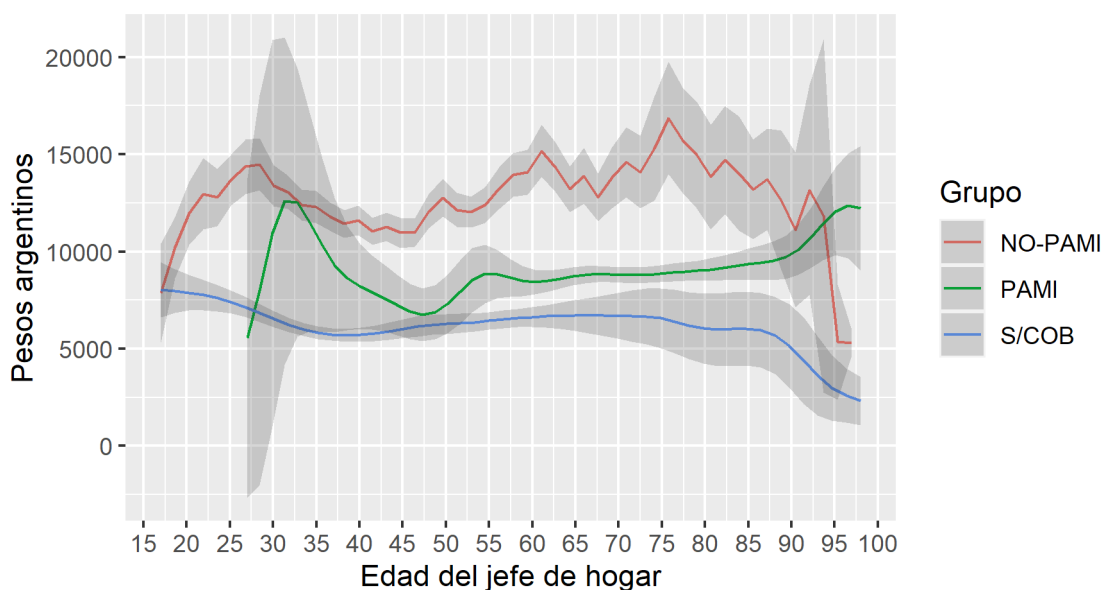


Fuente: elaboración propia en base a ENGHo (2017-2018)

3 Resultados

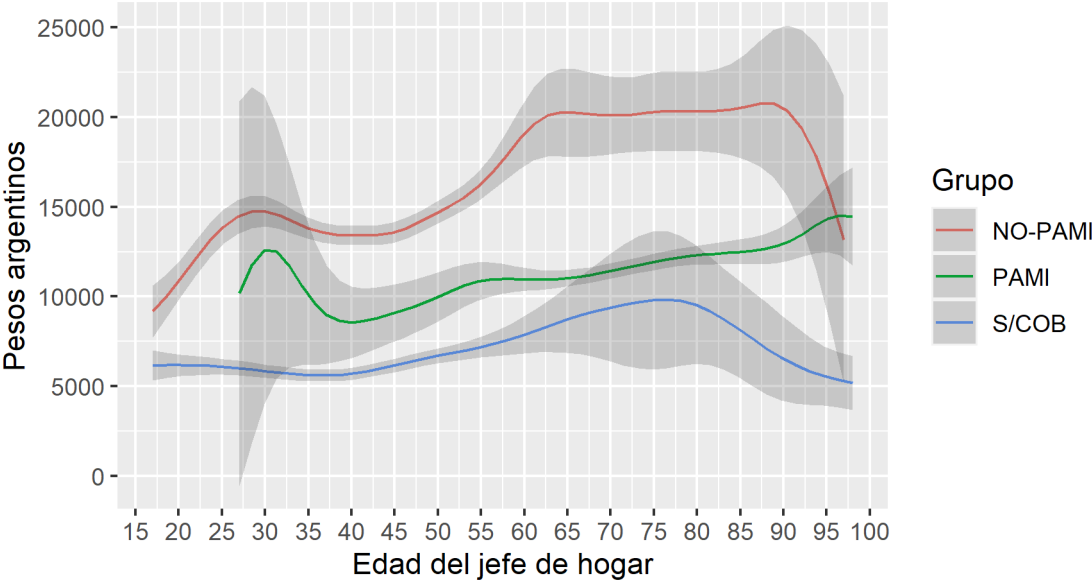
En las Figuras 2 y 3 se presentan el gasto e ingreso per cápita estimado según edad del JH por grupo de cobertura de salud. Se puede observar que el grupo que tiene una cobertura de salud diferente a PAMI (NO-PAMI) es el segmento de mayor poder adquisitivo (medido tanto en términos del gasto como el ingreso per cápita del hogar), seguido por PAMI y, por último, S/COB. Esta relación se mantiene a lo largo de todas las edades del JH (representadas en el eje x). Si bien en edades menores a 35 años y superiores a 90 se observan cruces entre las líneas de los valores estimados de gasto e ingreso per cápita, los intervalos de confianza son amplios a causa de una baja cantidad de observaciones.

Figura 2 Gasto per cápita de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

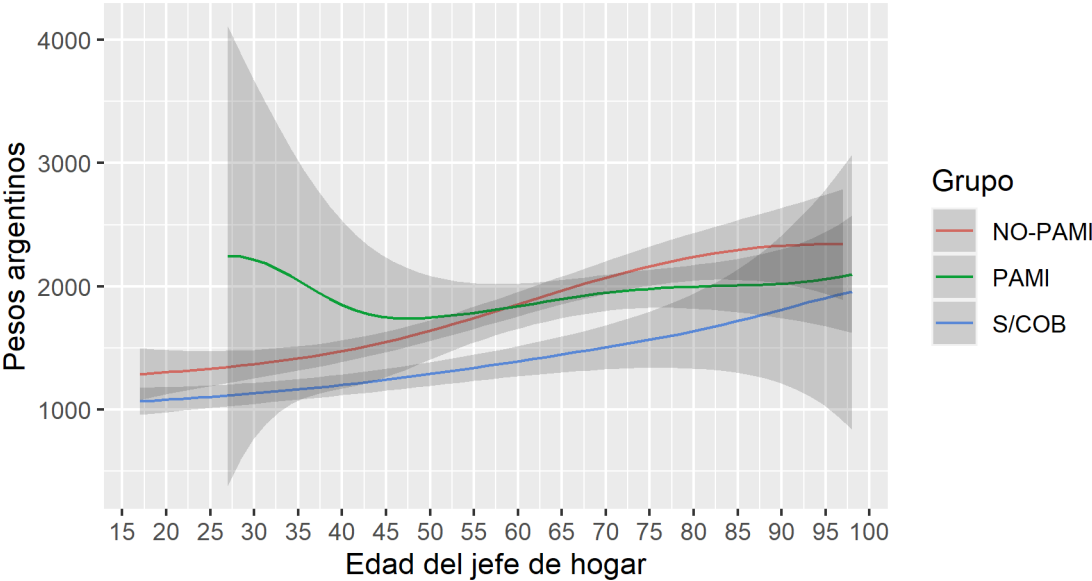
Figura 3 Ingreso per cápita de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

En la Figura 4 se presenta el gasto en salud estimado para las diferentes edades del jefe de hogar. Los grupos PAMI y NO-PAMI presentan valores estimados similares. En edades menores a 50 se observa un gasto similar entre los grupos S/COB y NO-PAMI, siendo el de este último levemente más alto. En el grupo PAMI se observan valores estimados mayores, pero con intervalos de confianza amplios. Entre los 50 y los 75 años, el grupo S/COB tiene un gasto significativamente inferior. Por otro lado, a partir de los 50 años el gasto en salud en los hogares en los que el JH cuenta con cobertura distinta al INSSJyP-PAMI crece a tasa decreciente mientras que los hogares en los que el JH no es beneficiario de un seguro, lo hace a tasa creciente.

Figura 4 Gasto de bolsillo en salud de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)

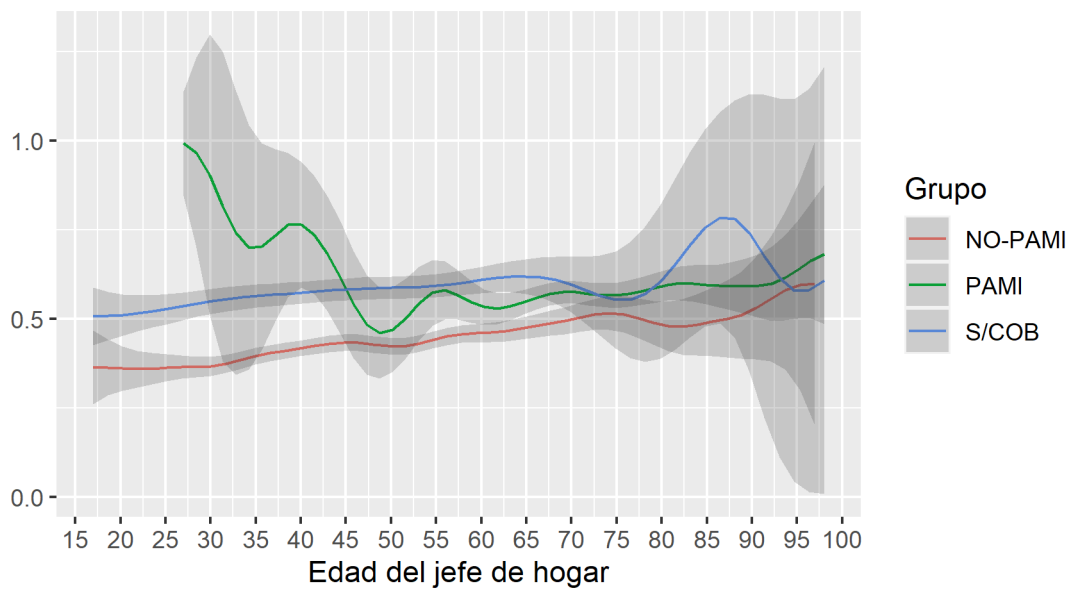


Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

En las Figuras 5 y 6 se presentan las estimaciones de la proporción de hogares que utilizaron servicios

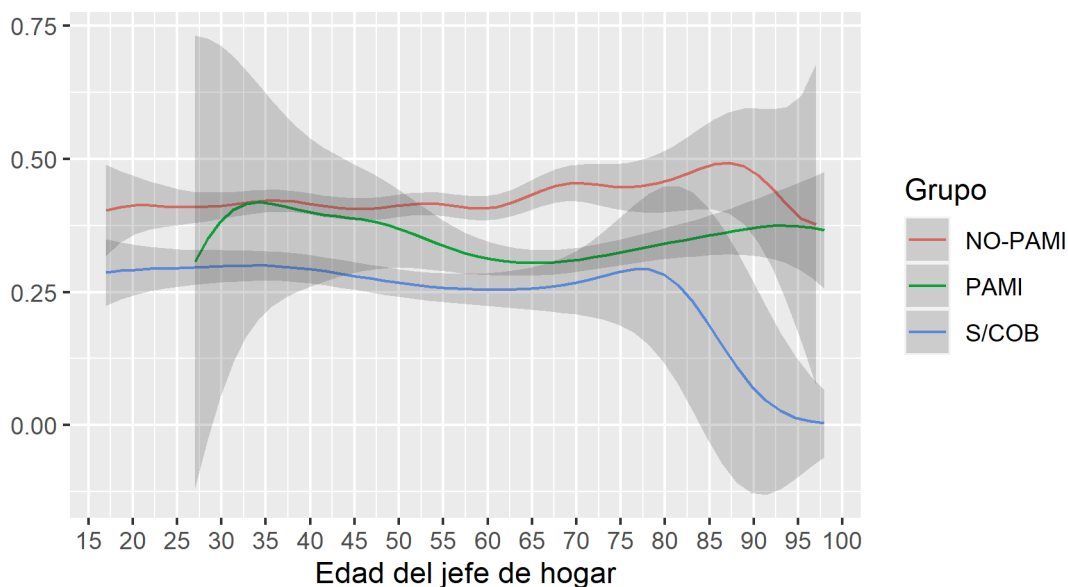
farmacéuticos y realizaron consultas médicas. En el primer caso, se observan valores estimados similares en los tres grupos, a lo largo de todos los valores de edad del JH. De hecho, en edades inferiores a 60 años, se observa que los hogares del grupo S/COB acceden en mayor medida a productos farmacéuticos. En edades mayores, los tres grupos confluyen en valores similares. En el caso de las consultas médicas, se observa que el grupo NO-PAMI es el que muestra mayor utilización de consultas médicas. En el grupo de hogares con un JH sin cobertura de salud, se observan valores esperados significativamente menores. Además, en edades del JH elevadas se observa una caída de gran magnitud que no es observada en los hogares cuyo JH tiene un seguro médico.

Figura 5 Proporción de hogares que utilizaron servicios farmacéuticos según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

Figura 6 Proporción de los hogares que realizaron consultas médicas según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

4 Discusión

El INSSJyP-PAMI es la institución principal en la cobertura de la salud de los adultos mayores en Argentina. En este trabajo se halló evidencia empírica sobre diferencias en la cobertura que reciben los hogares según el tipo de seguro que posee su JH. En el caso de servicios farmacéuticos, parece haber un acceso similar entre los grupos. En el caso de servicios médicos, la proporción de hogares que accede es significativamente distinta entre grupos. Existen distintas explicaciones para este fenómeno. Los afiliados al INSSJyP podrían estar experimentando barreras para acceder a las consultas médicas. El primer nivel de atención del Instituto tiene a la figura de médico de cabecera como la puerta de entrada al Sistema de Salud. Existe evidencia sobre dificultades en el acceso al médico de cabecera, y la consulta solo con el fin de obtener la prescripción de una receta (Alonso, 2015, p. 86).

Este trabajo tiene limitaciones que deben ser consideradas al evaluar los resultados. Existe una cantidad pequeña o nula de observaciones para valores bajos de la edad del JH en el grupo PAMI y para las edades más altas del grupo S/COB. Esto produce que los intervalos de confianza sean amplios para edades menores a 50 en el grupo PAMI y en edades mayores a 75 en el grupo S/COB. Esta limitación no invalida el análisis principal que se busca realizar en este trabajo, el cual está relacionado a la cobertura del INSSJyP-PAMI. Cabe recordar que es un seguro social destinado a adultos mayores y, por ende, el análisis en personas menores de 50 años no reviste particular relevancia. Por otra parte, al no existir restricciones a la afiliación a partir de los 70 años es razonable que existan pocos JH sin cobertura, por lo cual el benchmark sobre el cual es útil comparar al INSSJyP-PAMI es el resto de las coberturas médicas, grupo para el cual existe una cantidad de observaciones similar al grupo PAMI en edades elevadas. En segundo lugar, la tasa de no respuesta en el relevamiento utilizado es sensiblemente más elevada para las variables de acceso a los servicios de salud que en el resto de las variables. Como se muestra en la Tabla 1, en el primer caso el total de observaciones es 11.463, mientras que para las variables relacionadas al ingreso y gasto del hogar se obtuvieron 21.068. Sin embargo, en las Figuras 1 y 7 se observa que la distribución relativa de observaciones entre edades y tipos de cobertura es similar en ambas muestras.

Como futuras líneas de investigación se propone ampliar los servicios médico-sanitarios analizados y realizar regresiones no paramétricas multivariadas para ampliar y dar robustez a los resultados encontrados.

5 Referencias bibliográficas

- 58^a Asamblea Mundial de la Salud. (2005). Seguro social de enfermedad: financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad: Informe de la Secretaría.
- Abeldaño, R. A. (2017). Analysis of household expenditure on healthcare in Argentina, as a component of universal health coverage. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(5), 1631–1640. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.21102015>
- Alonso, S. M. (2015). Demanda aumentada de consultas por guardia y a especialistas, en una institución de II nivel, de afiliados a PAMI en santa rosa de la pampa. año 2012, 89–89.
- Arnaudo, M. F., Lago, F., Moscoso, N., Báscolo, E., & Yavich, N. (2016). Concentración y desigualdades en el financiamiento de las obras sociales posdesregulación: Un análisis comparativo de los años 2004 y 2011. *Salud colectiva*, 12(1), 125–137. <https://doi.org/10.18294/sc.2016.880>
- Evans, D. B., Hsu, J., & Boerma, T. (2013). Universal health coverage and universal access. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(8), 546–546A. <https://doi.org/10.2471/BLT.13.125450>
- Hoffman, C., & Paradise, J. (2008). Health insurance and access to health care in the united states. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1136, 149–160. <https://doi.org/10.1196/annals.1425.007>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020a). *Encuesta Nacional de Gastos de Hogares 2017-2018: manual de uso de la base de datos usuario* (1a).
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2020b). *Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares 2017 / 2018 (Base de datos)*.
- Knaul, F. M., Wong, R., Arreola-Ornelas, H., Méndez, O., & Network on Health Financing and Social Protection in Latin America and the Caribbean. (2011). Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México*, 53(2), s85–s95.
- Maceira, D. (2018). *Evolución de la Protección Financiera en el Sistema de Salud Argentino El Papel de la Seguridad Social*.

- Mathauer, I., Doetinchem, O., Kirigia, J., & Carrin, G. (2011). Reaching universal coverage by means of social health insurance in lesotho? results and implications from a financial feasibility assessment. *International Social Security Review*, 64. <https://doi.org/10.1111/j.1468-246X.2011.01392.x>
- Mathauer, I., Musango, L., Sibandze, S., Mthethwa, K., & Carrin, G. (2011). Is universal coverage via social health insurance financially feasible in swaziland? *South African medical journal = Suid-Afrikaanse tydskrif vir geneeskunde*, 101(3), 179–183. <https://doi.org/10.7196/samj.4281>
- Nadaraya, E. A. (1964). On estimating regression. *Theory of Probability and its Applications*, 9(1), 141–142. <https://doi.org/10.1137/1109020>
- Organización Mundial de la Salud. (2006). *Health financing in Argentina: an empirical study of health care utilization and health care expenditure*.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal*. Ediciones de la OMS.
- Vaidya, S., & Boes, S. (2021). Strategies to mitigate inequity within mandatory health insurance systems: A systematic review. *World medical & health policy*, 13(2), 272–292. <https://doi.org/10.1002/wmh3.446>
- Watson, G. S. (1964). Smooth regression analysis. *Sankhyā: The Indian Journal of Statistics, Series A (1961-2002)*, 26(4), 359–372.
- Xu, K., Evans, D. B., Carrin, G., Aguilar-Rivera, A. M., Musgrove, P., & Evans, T. (2007). Protecting Households From Catastrophic Health Spending. *Health affairs*, 26(4), 972–983. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.26.4.972>

A Anchos de banda h

Variable	PAMI	NO-PAMI	S/COB
Gasto per cápita (Muestra completa)	3.09	1.06	4.23
Ingreso per cápita (Muestra completa)	3.91	3.10	5.03
Gasto en salud (Muestra completa)	7.53	4.87	5.96
Gasto per cápita	2.88	3.02	5.10
Ingreso per cápita	5.63	3.77	6.02
Gasto en salud	9.44	6.72	12.88
Utilización de servicios farmacéuticos	7.87	12.71	13.69
Realización de consultas médicas	18.51	6.37	5.47

B Estimaciones con muestra completa

Figura 7 Observaciones de hogares con jefe de hogar según cobertura

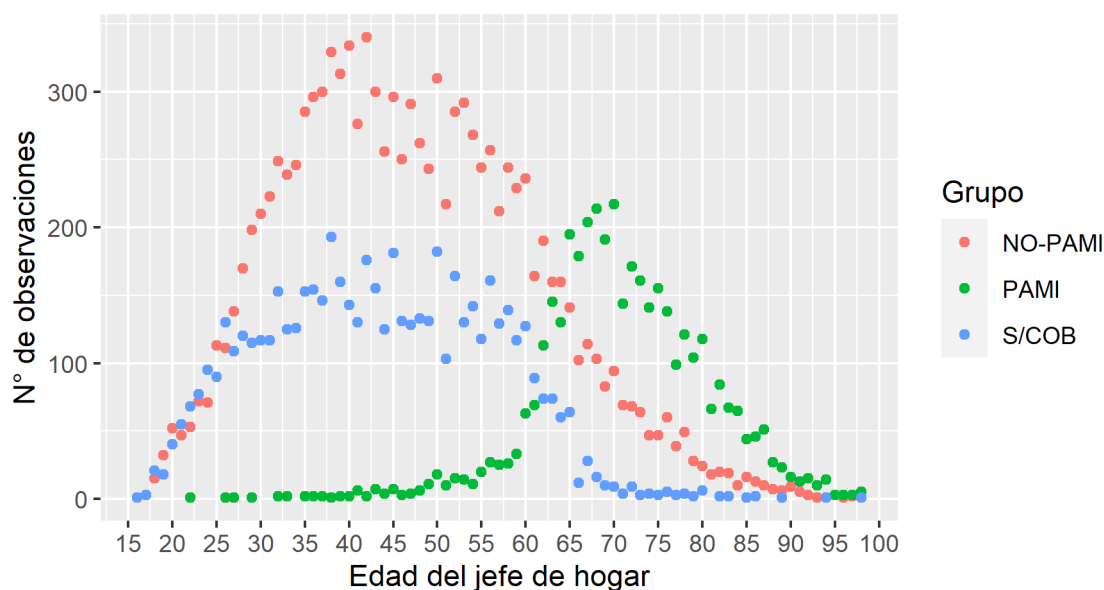
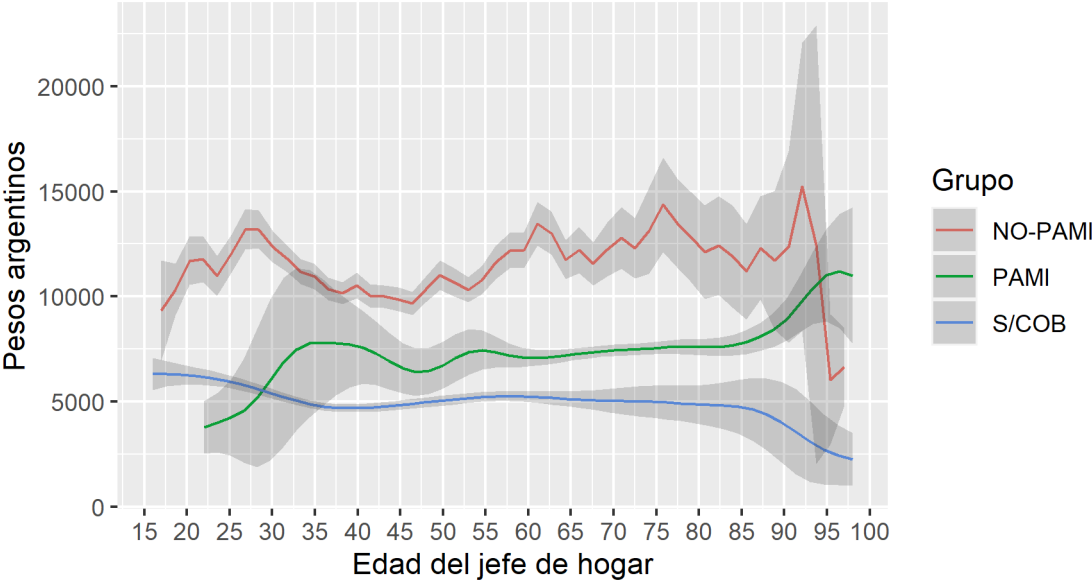
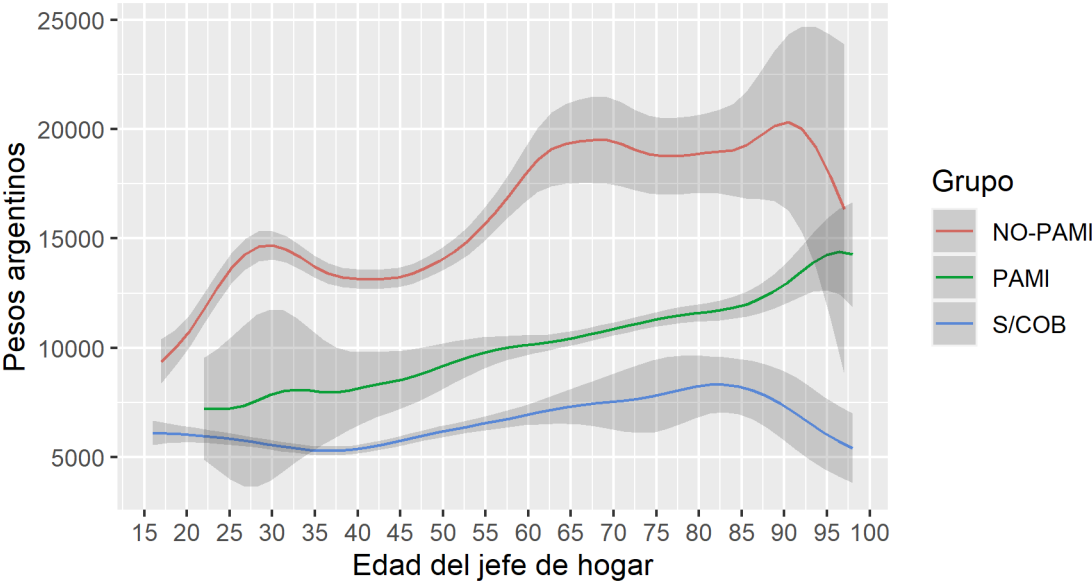


Figura 8 Gasto per cápita de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



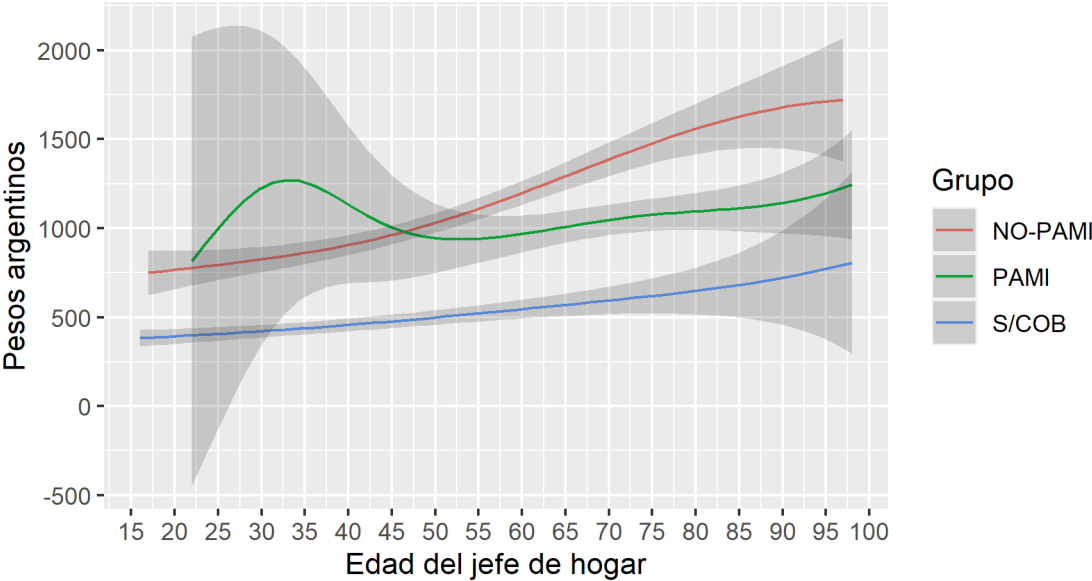
Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

Figura 9 Ingreso per cápita de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.

Figura 10 Gasto de bolsillo en salud de los hogares (en pesos argentinos) según la edad del jefe de hogar (Argentina, 2017-2018)



Nota. En el área gris se presenta el intervalo de confianza del 95 %.