

El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina



Daniel Maceira
Alen Jiménez

El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina

Daniel Maceira
Alen Jiménez



Índice

| | | |
|--|----|--|
| El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina | 4 | Motivación |
| | 4 | Antecedentes |
| | 6 | Resultados destacados |
| | 6 | Niveles de gasto directo en salud por parte de los hogares |
| | 9 | Tipo de cobertura de salud |
| | 10 | Componentes del gasto de bolsillo según tipo de cobertura |
| | 12 | Discusión |
| | 15 | Bibliografía |

Motivación

Desde hace ya algunas décadas, el avance de enfermedades crónicas relacionadas con hábitos de la Según las Naciones Unidas, el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 3.8 propone lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces y asequibles para todos/as (Naciones Unidas, 2015).

Planteado en otras palabras, el sendero para lograr una cobertura universal en salud no solo considera el diseño de una estrategia de atención primaria que garantice equidad y acceso físico, sino que ello debe complementarse con un plan de protección financiera que permita que tal acceso sea efectivo, sin anteponer barreras asociadas con el ingreso (Maceira, 2021b).

Particularmente, existe un indicador clave para identificar la presencia de barreras financieras al acceso: cuán relevante es el desembolso directo del bolsillo de las familias en el financiamiento del gasto total en salud. Altos niveles de gasto directo en salud en proporción del ingreso reflejan que los umbrales de protección financiera son deficientes.

Asimismo, si la proporción de tales desembolsos de bolsillo son mayores en familias de bajos recursos, ello evidencia modelos inequitativos y financieramente empobrecedores (Baeza et al., 2006; Knaul et al., 2012; Lustig, 2010; Xu et al, 2003).

El propósito de este documento es avanzar en una línea de trabajo iniciada anteriormente destinada a analizar los niveles de gasto de bolsillo dirigidos al cuidado de la salud de las familias argentinas a partir de la Encuesta de Gasto de los Hogares (ENGHO) 2017/8, publicada por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

El documento indaga centralmente si el peso del gasto total en salud y sus componentes cambia según el tipo de cobertura al cual accede el hogar: sector público, obra social y/o prepaga. Esta apertura hace posible estudiar si la fuente de protección financiera establece distinciones sobre los niveles del gasto y la composición del mismo, y cuáles son sus implicancias en términos del funcionamiento del sistema de salud.

Asimismo, el trabajo considera la composición del gasto a partir de una serie de características del hogar (nivel de ingreso, género, región geográfica), descomponiéndolo entre sus diferentes causas: gastos de cuidado ambulatorio, gastos de internación, desembolsos por medicamentos, equipos e insumos y el pago de cuotas de afiliación a seguros privados de salud.

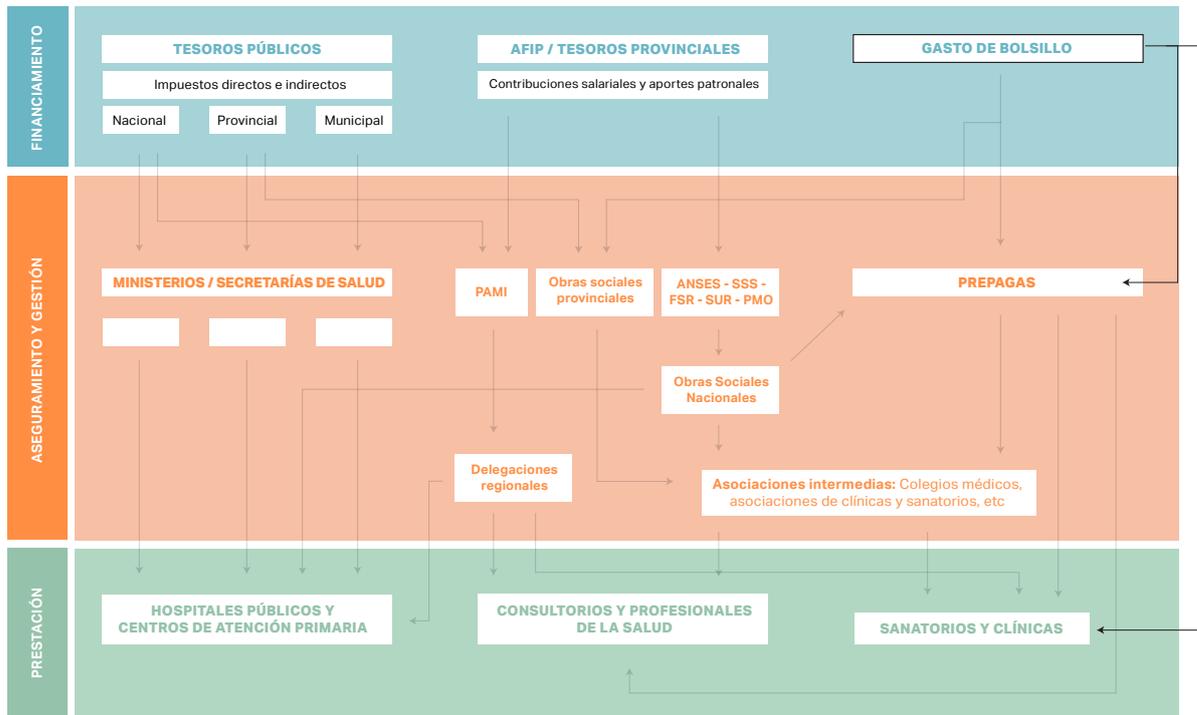
A partir de esta información, se discuten distintas alternativas que expliquen las diferencias encontradas y se sugieren algunos ejes para el debate de política sanitaria, abriendo una potencial hoja de ruta de investigación a futuro

Antecedentes

En un documento anterior (Maceira, 2021a) se presenta el sistema de salud argentino, y se resalta su estructura segmentada y los diferentes esquemas de financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios para cada uno de sus subsistemas. La Figura 1 resume estas características.

El sistema de salud argentino

Gráfico 1



Fuente: Maceira (2021a).

En ella se muestra que los gastos de bolsillo son una de las varias fuentes de financiamiento existentes, y que ellos se dirigen particularmente al pago de seguros privados, al complemento de contribuciones para traspasar aportes de la seguridad social al sistema prepago, como también al abono de copagos, medicamentos y consultas. El cálculo realizado muestra que este aporte constituye aproximadamente un 20% del gasto total del sistema (Maceira, 2020).

Este documento se propone investigar en mayor profundidad las características de estos desembolsos, observando su nivel de regresividad/progresividad con respecto al ingreso del hogar y la evolución observada en el tiempo a partir de distintas agregaciones de los hogares (por género del jefe/a de hogar, ubicación geográfica, nivel de ingreso). Así, construye información sobre lo desarrollado en 2021 por el Ministerio de Salud de la Nación (2021a, 2021b), incorporando la dimensión del género y el análisis de la eficacia del mecanismo de protección financiera provisto por cada subsistema de cobertura de salud.

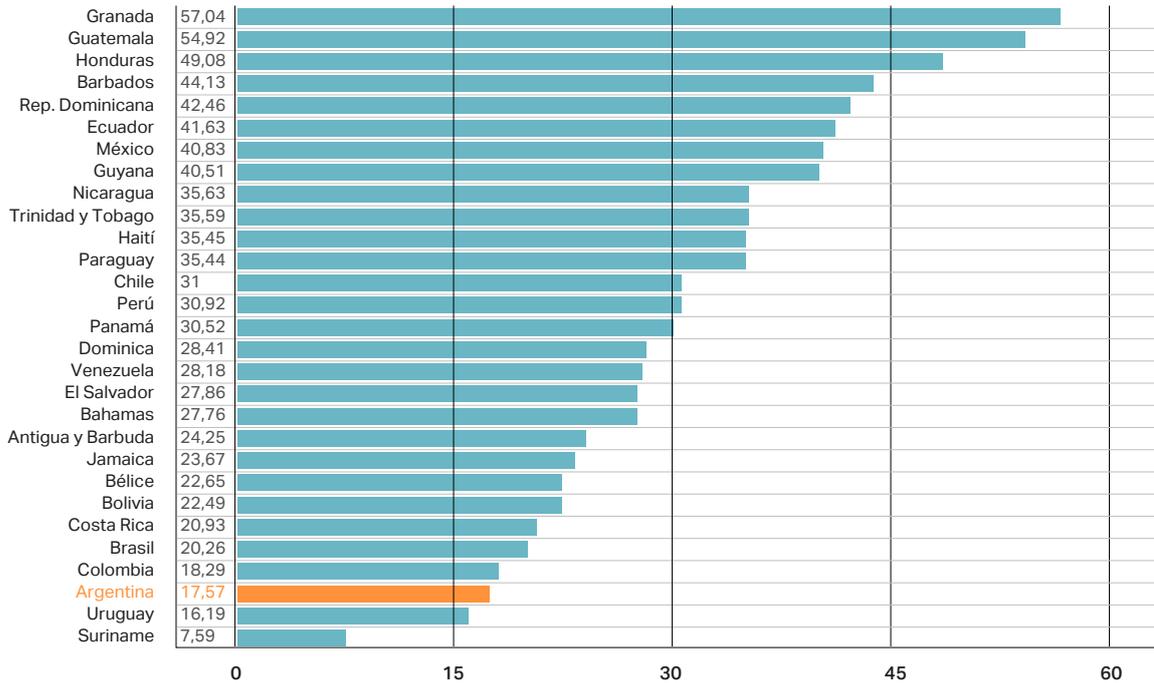
De acuerdo con el Banco Mundial, el gasto de bolsillo representa el 18% del gasto total en salud a nivel global. La región de América Latina y el Caribe es la tercera a nivel mundial con mayor gasto directo de los hogares, alcanzando en promedio el 30% de los gastos totales en salud, 12 puntos porcentuales por encima de la media mundial (Banco Mundial, 2018).

La región de América Latina y el Caribe es la tercera a nivel mundial con mayor gasto directo de los hogares, alcanzando en promedio el 30% de los gastos totales en salud.



El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe

Gráfico 2



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2015.

Según los datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para 2015, el gasto de bolsillo en salud representa el 18% del gasto total en salud en Argentina. El país se posiciona entre las tres naciones de América Latina y el Caribe con menor porcentaje del gasto total en salud explicado por desembolsos de bolsillo. De las naciones vecinas, solo se encuentra por encima de Uruguay, mientras que los países del resto de la región muestran porcentajes más altos (Gráfico 2).

Resultados destacados¹

Niveles de gasto directo en salud por parte de los hogares

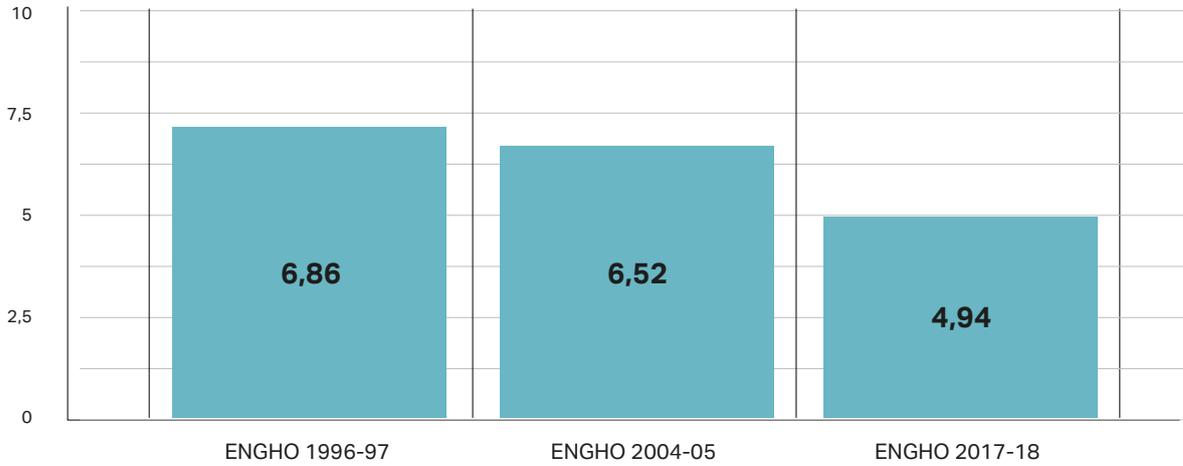
La tendencia del gasto de bolsillo sobre el ingreso familiar muestra un sendero evolutivo deseable en el panorama argentino. Como se refleja en la Figura 3, el peso porcentual del gasto de bolsillo en salud respecto del ingreso total de los hogares se redujo un 28% en los últimos veinte años, pasando de 6.9% en la ENGH0 1996-1997 a 4.9% en la de 2017-2018, sin observarse diferencias drásticas en la muestra entre 2004-2005 en relación al año inicial. Asimismo, el nivel de desembolsos de las familias no muestra variaciones importantes en proporción al ingreso, lo que refleja un movimiento hacia la equidad en la asignación de fondos personales al tratamiento de la salud.

¹ Las estimaciones incorporan los factores de expansión del espacio muestral de la encuesta según lo establecido en el documento metodológico de la ENGH02017/8.

Resultados destacados

Evolución temporal del gasto de bolsillo en salud en Argentina

Gráfico 3



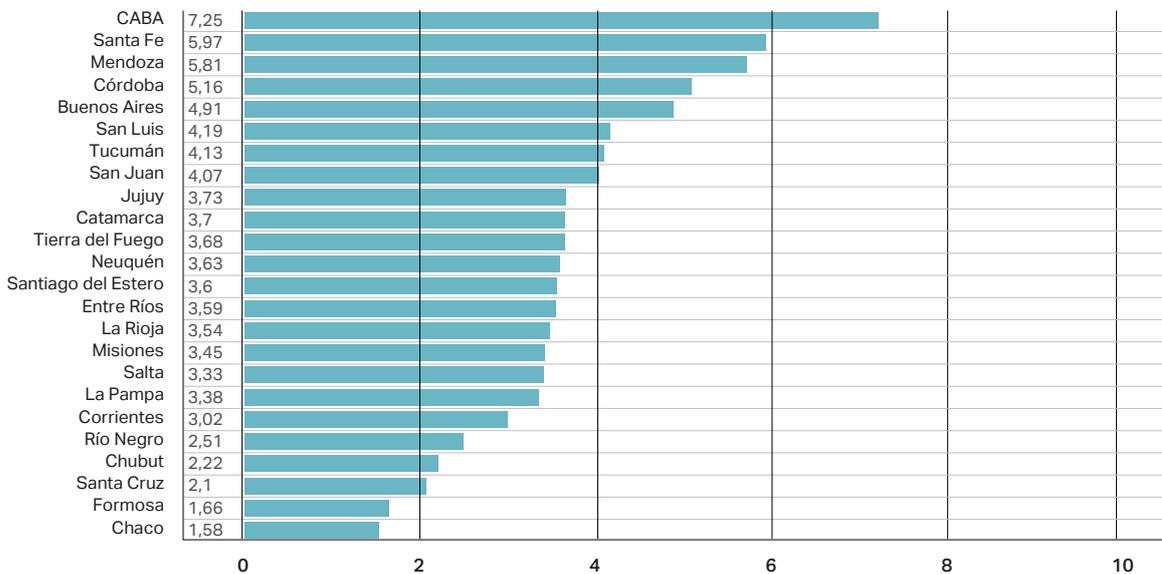
Fuente: elaboración propia en base a ENGHO 1996/7, 2004/5 y 2017/8.

Al mismo tiempo, se observan disparidades a lo largo de las distintas jurisdicciones del país. El gasto de bolsillo representa mayores proporciones del ingreso familiar en CABA, Santa Fe y Mendoza, mientras que las provincias con menos peso del gasto de bolsillo en salud son Chaco, Formosa y Santa Cruz. Así, la jurisdicción donde el gasto de bolsillo representa el mayor porcentaje, CABA, destina 4,6 veces lo que le destina Chaco.

El gráfico 4 ordena de mayor a menor al conjunto de jurisdicciones nacionales a partir del promedio de este indicador, medido en términos del ingreso promedio de cada caso. Se observa que no existe una correlación entre la capacidad financiera de cada provincia (nivel de riqueza, generalmente asociado con el indicador de Producto Bruto Geográfico per cápita), y los desembolsos de los hogares en el sector.

Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso del hogar, provincias de Argentina

Gráfico 4



Fuente: elaboración propia en base a ENGHO 1996/7, 2004/5 y 2017/8.

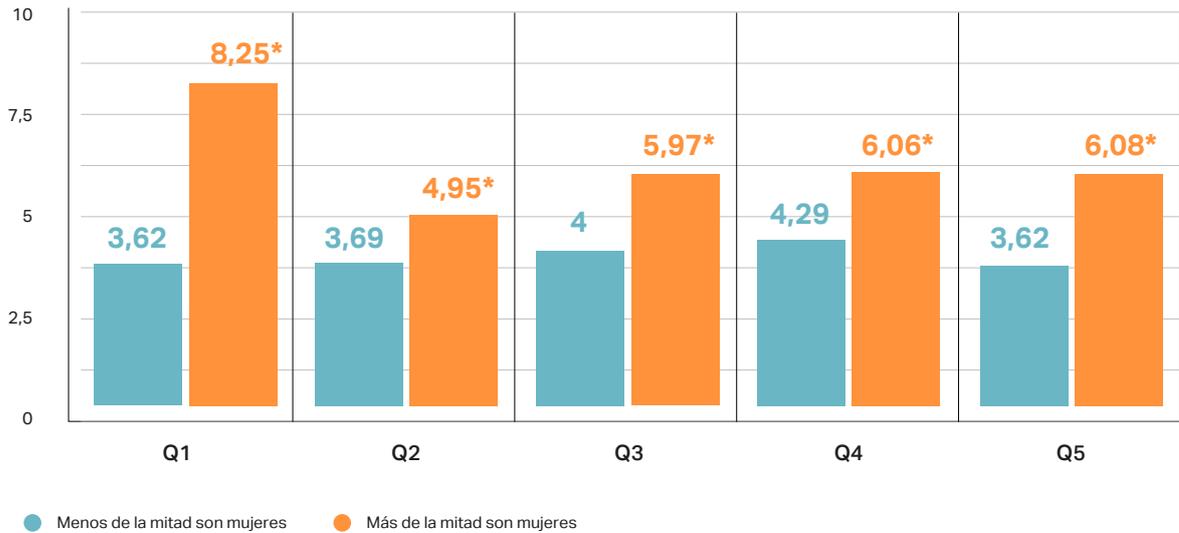
Sin embargo, es posible identificar una asociación entre la cantidad de habitantes o densidad poblacional de las provincias y el porcentaje del ingreso destinado al cuidado sanitario que no se condice con un sector donde las economías de escala debieran reducir los costos medios de operación.

A partir de ello pueden sugerirse dos posibles interpretaciones para el análisis: una de ellas es que las jurisdicciones con mayor densidad poblacional facilitarían inducción de demanda —sobre prescripción de servicios y productos asociados al cuidado de la salud, y/o su sobre utilización—, con los consecuentes efectos sobre la eficiencia en el uso de los recursos sociales en el sector. La alternativa toma igual argumento, pero interpreta que en jurisdicciones con menor dotación de profesionales e instalaciones sanitarias el acceso se encuentra por debajo de lo deseado. Un análisis comparado complementario hacia el final de este trabajo propone aportar a este debate.

Complementariamente, el gráfico 5 considera a las familias según la presencia masculina/ femenina en la composición familiar. Como presumimos que las dinámicas de género pueden variar según el nivel de ingresos, combinamos el análisis de jefatura de hogar con una segmentación en quintiles de ingreso per cápita del hogar.

Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso del hogar, por quintil de ingreso per cápita y grado de presencia de mujeres

Gráfico 5



Nota: Las diferencias estadísticamente significativas al 99% entre hogares con proporción de mujeres menor al 50% respecto de hogares con proporción de mujeres de 50% o más se destacan con *.

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo 2017/8.

En estudios anteriores se observó que la jefatura de hogar no necesariamente brinda información determinante sobre los patrones de consumo de las familias, en tanto que quien decide qué comprar o consumir no siempre es quien aporta el mayor soporte financiero. Es por ello que se consideró la proporción de mujeres que componen el hogar como una medida alternativa de feminización de las decisiones de gasto, a fin de observar si existen diferenciales particulares —en términos de intensidad de inversión en cuidado— cuando en el hogar hay mayor presencia femenina.

La encuesta de hogares confirma que el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso es mayor entre las familias que cuentan con una cantidad de mujeres igual o mayor a la de los hombres, y para todo quintil de ingreso, observándose la mayor diferencia en aquellos hogares relativamente más pobres, en una relación de 2,3:1. Este resultado puede ser interpretado como una mayor “propensión

al cuidado familiar” de los hogares con presencia femenina, como también a espacios de interacción más frecuentes de las mujeres con el sistema de salud (por ejemplo, estandarización de pautas de prevención diferenciales por sexo en temáticas de prevención y de salud sexual y reproductiva).

La encuesta de hogares confirma que el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso es mayor entre las familias que cuentan con una cantidad de mujeres igual o mayor a la de los hombres.

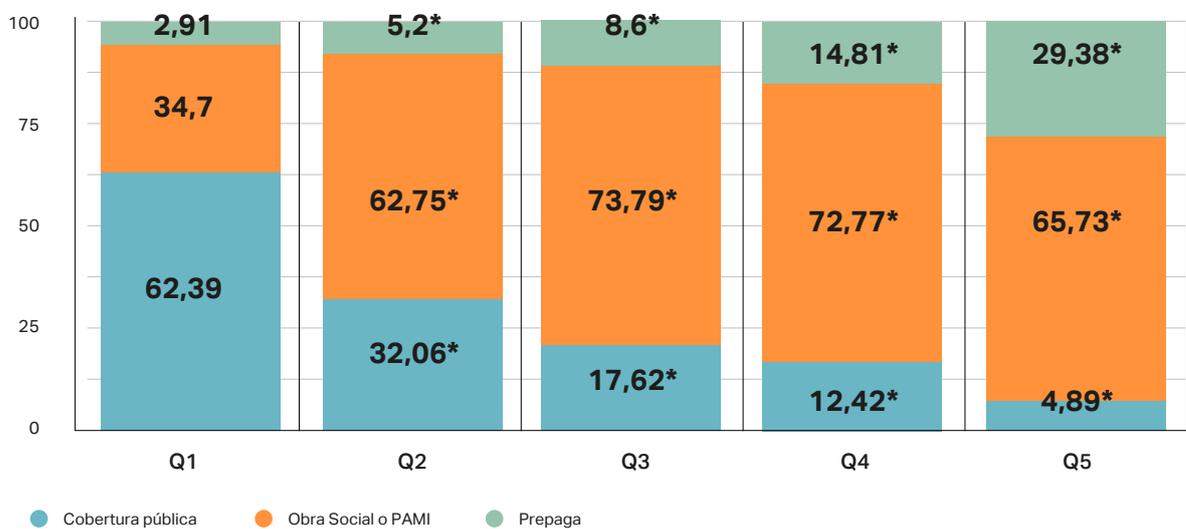
Tipo de cobertura de salud

La segmentación en el sistema de salud argentino se refleja claramente en el modo en el que diferentes familias buscan atención en función de su nivel de ingresos. La Figura 6 resume este planteo, tomando la incidencia porcentual de los distintos subsistemas de protección financiera a lo largo de los quintiles de ingreso per cápita de los hogares.

Se observa, en primer lugar, la importancia que persiste entre el empleo formal y la cobertura en salud: con excepción del primer quintil de ingresos, donde —con el 62,39% de ese grupo— la atención en el subsistema público es protagónica, en el resto de los quintiles la presencia de Obras Sociales —Nacionales, Provinciales o PAMI— oscila entre el 62,75% y el 73,79% de cada quinto poblacional.

Tipo de cobertura de salud, por quintil de ingreso per cápita

Gráfico 6



Nota: Las diferencias entre quintiles estadísticamente significativas al 99% se destacan con *.

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo 2017/8.

La presencia de la cobertura pública como primera fuente de atención se concentra claramente en el grupo de menores ingresos (62,39%), desciende drásticamente a la mitad (32%) en el segundo quintil, y baja escalonadamente hasta llegar a menos del 5% en el grupo de mayores ingresos.

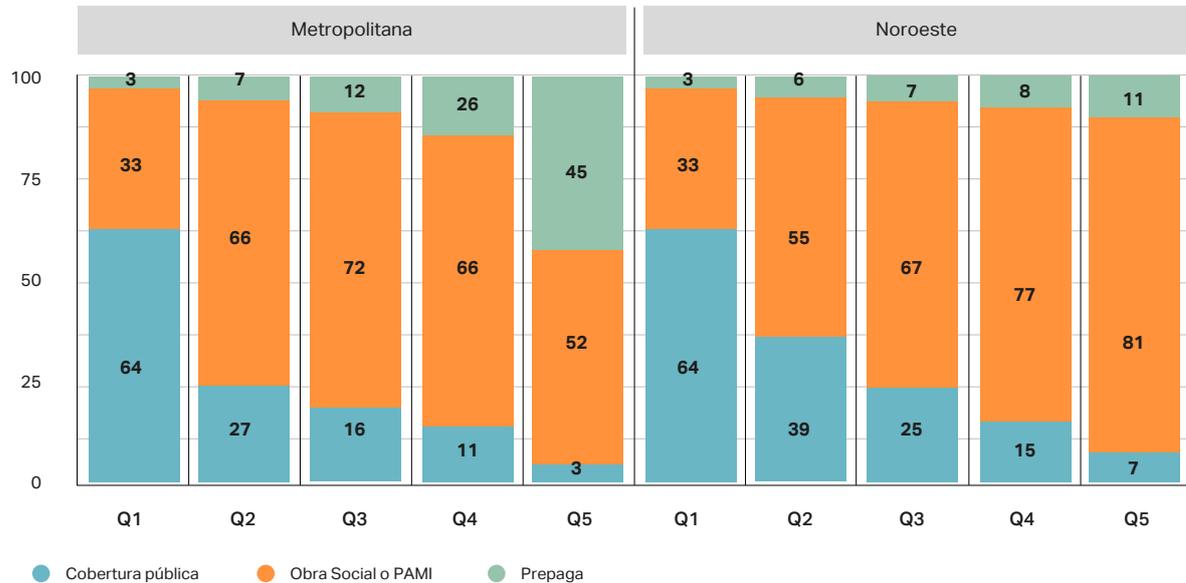
En contraste, la dependencia de la atención en seguros privados (prepagas) exhibe el ordenamiento inverso, con una cobertura menor al 3% en el primer quintil, llegando a aproximadamente un 30% en el quinto. Este fenómeno asociado con el “descreme” de un sistema de salud segmentado es base y fundamento de las diferenciales entre grupos sociales. Ello excede las fronteras del país y constituye un elemento característico de gran parte del continente latinoamericano.

Resultados
destacados

La localización regional del hogar juega un papel importante en el tipo de cobertura a la que accede. A fines ilustrativos, se ha tomado la distribución por ingreso y cobertura de la región Metropolitana (CABA y Gran Buenos Aires), la cual se compara con la del Noroeste (Gráfico 7).

Tipo de cobertura de salud, por quintil de ingreso per cápita. Contrastes regionales

Gráfico 7



Nota: Las diferencias entre quintiles estadísticamente significativas al 99% se destacan con ***.

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo 2017/8.

Mientras que en el primer quintil no se observan diferencias entre regiones, a partir del segundo nivel de ingresos en adelante la cobertura pública en el Noroeste absorbe mayor peso en el cuidado. El contraste entre regiones refleja cómo la relevancia de la cobertura de seguros privados es protagónica en el área Metropolitana, fundamentalmente en los dos quintiles más ricos, donde representa el 45% de la atención del quinto quintil y el 26% del cuarto. En contraposición, la importancia de las prepagas en el norte argentino no supera el 11%, con valores entre 6-8% en los niveles de ingreso 2 a 4.

Componentes del gasto de bolsillo según tipo de cobertura

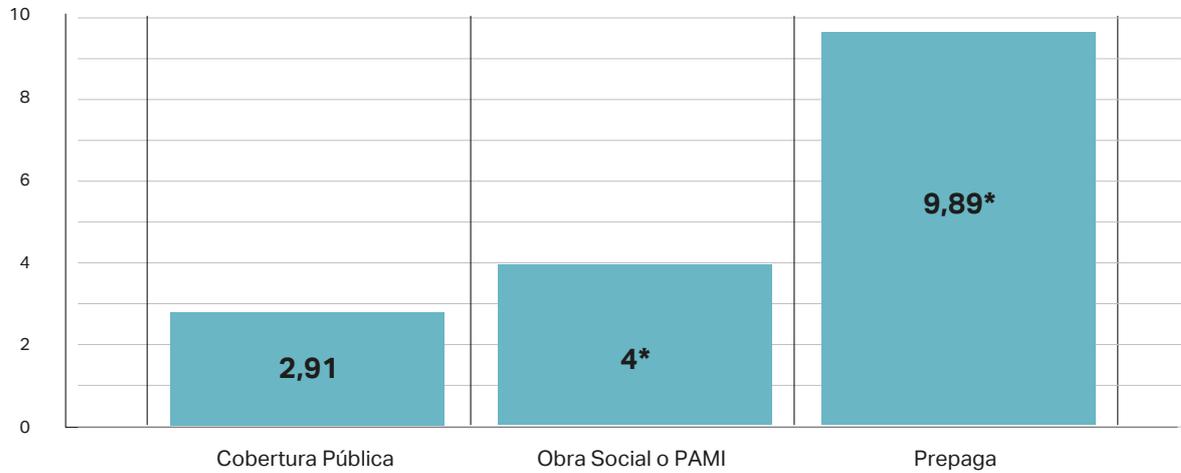
La Figura 8 refleja cómo los promedios de gasto de bolsillo entre familias exhiben diferencias profundas cuando el análisis se focaliza en el tipo de cobertura utilizada por la población. Aquellas/os que cuentan con cobertura pública exclusiva utilizan menos del 3% de su ingreso familiar en el sector salud. Tal porcentaje se eleva a 4% en los grupos con cobertura de alguna Obra Social, y asciende a casi 10% del ingreso cuando se cuenta con un seguro prepago, siendo todas estas diferencias estadísticamente significativas al 99% de confianza. Así, el peso del gasto de bolsillo en salud entre hogares con prepagas es 2,5 veces superior al de los hogares con cobertura de obras sociales, y más de tres veces superior al de quienes recurren al sector público.

Gráfico 8



Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso del hogar, por tipo de cobertura

Gráfico 8



Nota: Las diferencias entre quintiles estadísticamente significativas al 99% se destacan con ***.

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo 2017/8.

Analizando la composición de ese gasto por tipo de cobertura, la Figura 9 permite discernir cuáles han sido las proporciones de ese desembolso asociadas con sus diferentes componentes: gastos en tratamientos ambulatorios, principalmente el pago de consultas o copagos; el pago de servicios de internación; la compra de medicamentos —total o parcialmente— mediante desembolsos de bolsillo; ídem para insumos y equipamiento (lentes, prótesis, nebulizadores, etc.), y finalmente el pago de cuotas de servicios de seguros privados.

Se observa que —en términos de peso relativo en el ingreso de cada componente sobre el desembolso total de la familia—, la composición del gasto de bolsillo en salud es relativamente homogénea a lo largo de los diferentes tipos de coberturas, con excepción del pago de cuotas prepagas.

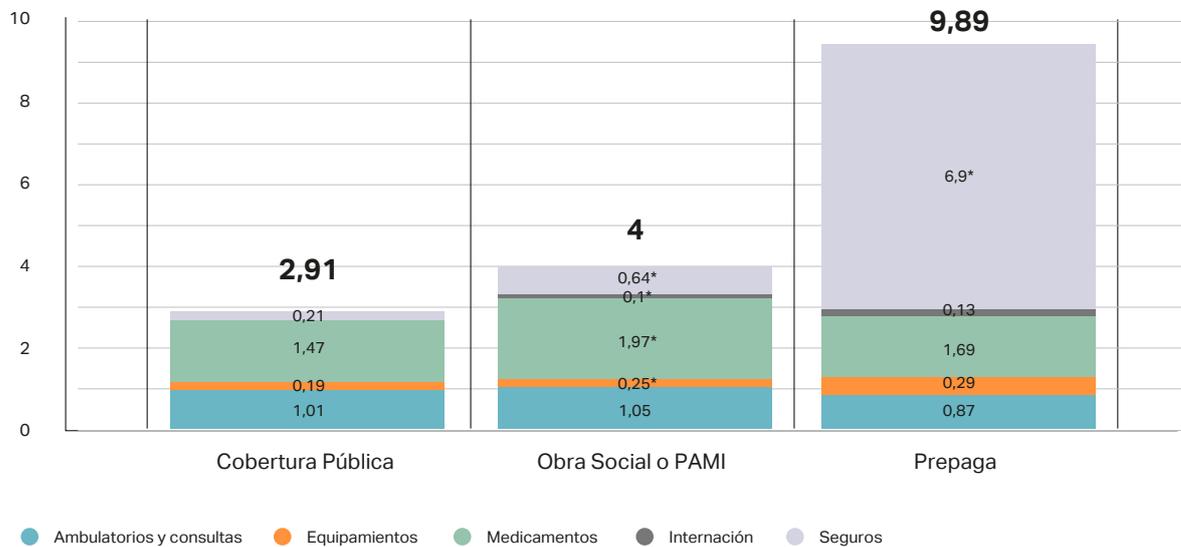
La composición del gasto de bolsillo en salud es relativamente homogénea a lo largo de los diferentes tipos de coberturas, con excepción del pago de cuotas prepagas.

Particularmente, el pago de gastos ambulatorios representa entre un 0,87% y 1,05%, sin diferencias estadísticamente significativas entre tipos de cobertura. Por su parte, el gasto en equipos es sensiblemente menor, y si bien cuenta con diferencias significativas estadísticamente entre el subsistema público y los seguros privados y sociales, los porcentajes no superan el 0,29% del total del ingreso familiar.



Composición del gasto de bolsillo en salud como porcentaje del ingreso del hogar, por tipo de cobertura

Gráfico 9



Nota: Las diferencias entre quintiles estadísticamente significativas al 99% se destacan con *.

Fuente: elaboración propia en base a ENGHo 2017/8.

El gasto en medicamentos y los recursos usados para desembolsos por internación son elementos importantes al momento de considerar la validez de los arreglos de protección financiera existentes en el país. En ambos casos, los desembolsos son bajos y las diferencias entre subsistemas son menores: el gasto en internación constituye, en el escenario más oneroso, solo un 0,13% del gasto total de las familias —vinculado a la cobertura prepaga—, mientras que las erogaciones por productos farmacéuticos representan entre un 1,47% y un 1,97% del gasto, con extremos superiores e inferiores en los subsistemas públicos y de seguridad social, respectivamente.

Del total de los rubros, solo el gasto en seguros exhibe diferencias marcadas entre subsistemas, vinculadas al pago de las cuotas o primas del seguro, y la brecha es máxima (0,21% del ingreso familiar en el subsistema público y 6,9% en las prepagas).

Discusión

En Argentina, el sistema de protección financiera en salud es particularmente solvente: la participación del gasto de bolsillo sobre el total es relativamente menor que en el resto de los países de América Latina y el Caribe, y la inversión total en salud sobre el Producto Bruto Interno es elevada, de aproximadamente un 9%. (Maceira, 2020, 2021a).

En Argentina, el sistema de protección financiera en salud es particularmente solvente: la participación del gasto de bolsillo sobre el total es relativamente menor que en el resto de los países de América Latina y el Caribe, y la inversión total en salud sobre el Producto Bruto Interno es elevada, de aproximadamente un 9%.

Discusión

Las encuestas de hogares a lo largo del tiempo evidencian que el espacio de protección financiera fue evolucionando favorablemente. También se verifica una asociación positiva entre la presencia femenina en el hogar y los mayores niveles de gasto de bolsillo en salud.

Por su parte, la disparidad geográfica en el nivel de gasto de bolsillo es evidente: las jurisdicciones extremas —CABA y Chaco—, muestran un ratio cercano a 5:1 en participación del gasto de bolsillo en salud sobre el ingreso total, por lo que debe explorarse la relación entre la escala poblacional, la mayor oferta de servicios y el nivel de gasto de los hogares.

En términos de distribución de cobertura, la estructura pública es predominante en los grupos más rezagados (62% de los hogares), y disminuye a medida que aumenta el ingreso promedio de los quintiles. En contraste, la cobertura de las empresas de medicina prepaga escala a medida que el ingreso de los hogares aumenta. En los espacios de ingresos medios aparece la base del sistema de protección financiera en salud de la Argentina: el régimen de obras sociales. Complementariamente, existen claras disparidades regionales por tipo de cobertura prevalente, sobresaliendo el peso decreciente de la cobertura de prepagas cuánto más alejada esté la región del área metropolitana de Buenos Aires.

La información relevada muestra que el nivel de gasto de bolsillo aumenta con el mecanismo de aseguramiento. La cobertura pública exige un 3% del ingreso familiar, y alcanza hasta un 10% en aquellos/as con seguros prepagos. Sin embargo, del desagregado del gasto por rubro se observa que solo el pago de la cuota o prima mensual muestra diferencias relevantes en términos monetarios a través de los diferentes subsistemas.

A partir de allí surge una agenda de trabajo a considerar que busque responder por qué diferentes tipos de cobertura llevan a desembolsos similares de los hogares en medicamentos, tratamientos ambulatorios y de internación, y en tal caso, cuál es el incentivo de contar con una cobertura adicional al esquema de aseguramiento social.

Tres hipótesis de trabajo surgen como conclusión preliminar de este documento.

En primer lugar, la similitud de desembolsos enmascara limitaciones en la capacidad de pago de los hogares más desprotegidos: los niveles de gasto comparables en función del ingreso de cada familia solo reflejan que la capacidad de gasto de los más pobres no puede superar un umbral máximo a partir del cual ciertas necesidades dejan de ser satisfechas. El trabajo complementario con encuestas de factores de riesgo puede brindar luz sobre ese diferencial.

Una segunda hipótesis es que, si bien los niveles de efectividad del sistema son comparables entre tipos de cobertura, persisten diferencias de calidad —tanto real como percibida— que afectan los patrones de consumo del sistema de salud. De este modo no es la eficacia del tratamiento sino otros factores concomitantes —menores tiempos de espera, insumos de mayor calidad, confort en los espacios de internación, etc.—, los que promueven la afiliación a seguros privados, justificando la racionalidad de incurrir en los mayores costos directos del hogar.

La tercera hipótesis es que el diferencial de desembolsos solo puede ser atribuible a una percepción de mejor cobertura (menor riesgo) que no necesariamente se traduce en variantes superiores de calidad. En tanto la observación de la calidad prestacional en cualquier sistema de salud es compleja de alcanzar para el/la paciente promedio, la reputación de una marca es motivo suficiente para incrementar el desembolso.

A pesar de ello, la información disponible en las encuestas de hogares tradicionales no permite establecer cuál de estas hipótesis es la válida, o en qué proporción cada una de ellas permite explicar los resultados documentados. Constituye parte de la agenda de investigación del Área de Políticas de Salud de Fundar avanzar en identificar los determinantes de este fenómeno.

Discusión

Finalmente, el análisis del gasto directo de las familias por rubro y abierto por tipo de cobertura constituye un aporte relevante desde una perspectiva de política, y debe formar parte del tablero de control de toda gestión sanitaria nacional o subnacional para aportar la evidencia disponible al momento de diseñar una estrategia de cambio.

En tanto no existe un sistema integrado de salud, la convergencia de los subsistemas a una cobertura homogénea requiere garantizar igual cuidado, independientemente del tipo de aporte y del ingreso de la población. Por ello, monitorear la evolución del gasto de bolsillo permite disponer de un indicador financiero que refleje la calidad del sistema para asegurar a la población ante riesgos de salud y, al desagregarlo por segmentos poblacionales, establecer una medida de equidad en dicho aseguramiento.

Avanzar hacia un sistema coordinado, donde el derecho a la salud sea idéntico sin importar cuál sea la institución responsable primariamente de la gestión de los recursos que dan lugar al acceso, es una agenda de trabajo que debe construirse a través de acuerdos sectoriales basados en evidencia, a fin de identificar los espacios de acción y las áreas a preservar.

La información proporcionada por la última Encuesta de Gasto de los Hogares, comparada con la de las ediciones anteriores, permite abonar un escenario de convergencia entre subsistemas en cuanto a los desembolsos realizados por los hogares en función de su capacidad de pago, a la composición del mismo, como también al aumento de los niveles de protección financiera. Como fue mencionado, ello debe complementarse con un análisis de la oportunidad y la calidad de los tratamientos recibidos, de modo tal que las conclusiones alcanzadas no sean solo un reflejo de diferencias en precios relativos entre espacios de acceso.

Referencias



- Baeza, C., Truman, G.P. (2006). *Beyond survival: protecting households from health shocks in Latin America*. The World Bank.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. *Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 2017-2018*. <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Institucional-Indec-Bases-DeDatos-4>
- Knaul, F., Wong, R., Arreola-Ornelas, H. (2012). *Financiamiento de la Salud en América Latina, Volume 1: gasto de hogares y empobrecimiento*. Ed., Global Equity Initiative, Harvard University.
- Lustig, N.C. (ed). (2010). *Shielding the poor: Social protection in the developing world*. Brookings Institution Press, 2010.
- Maceira, D. (2020) "Caracterización del Sistema de Salud Argentino. Debate en el contexto Latinoamericano". Revista *Estado y Políticas Públicas* Núm. 14, Año IV, Páginas 155-179 mayo-septiembre de 2020. https://revistaeypp.flacso.org.ar/files/revistas/1590800112_155-179.pdf
- Maceira, D. (2021a). *El sistema de salud como construcción colectiva*. Notas para un debate. Buenos Aires: Fundar. Disponible en <https://www.fundar.ar>
- Maceira, D. (2021b). *El sistema de salud argentino en imágenes*. Buenos Aires: Fundar. Disponible en <https://www.fundar.ar>
- Ministerio de Salud de la Nación, 2021a. Gasto de los hogares en Salud. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/1_engho1_gasto_de_los_hogares_en_salud_primera_parte_kc-mx.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación, 2021b. Gasto de los hogares en Salud por región geográfica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2-engho2_20210810_gasto_en_salud_por_regiones_geograficas_kc-mx.pdf
- Organización Panamericana de la Salud, webpage, base 2015.
- World Bank, World Development Indicators, webpage, base 2018.
- Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., Murray, C.J. (2003). "Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis". *The Lancet*, Vol. 362, no 9378, p. 111-117.

Acerca de los autores

Daniel Maceira

Director del Área de Salud de Fundar.

PhD en Economía. Director del Área de Salud de Fundar. Profesor titular, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas. Investigador CONICET/CEDES. Miembro del Consejo Directivo de Health Systems Global y Referente para Las Américas. Correspondencia a dmaceira@fund.ar

Alén Jimenez

Investigador del Área de Salud de Fundar.

Licenciado en economía de la UBA y magíster en la misma disciplina por la Universidad Torcuato Di Tella. Investigador asistente del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).

Corrección: Luciana Garbarino

Coordinación editorial: Gonzalo Fernández Rozas

Diseño: Jimena Zeitune

En Fundar creemos que el lenguaje es un territorio de disputa política y cultural. Por ello, recomendamos y sugerimos a nuestros autores y autoras que tengan en cuenta algunos recursos para evitar sesgos excluyentes en el discurso. No imponemos ningún uso en particular ni establecemos ninguna actitud normativa. Entendemos que el lenguaje inclusivo es una forma de ampliar el repertorio lingüístico, es decir una herramienta para que cada persona encuentre la forma más adecuada de expresar sus ideas.

Modo de citar

Maceira, D. y Jiménez, A. (2022). El gasto de bolsillo en salud como indicador clave de equidad y calidad sistémica en Argentina. Buenos Aires: Fundar.

Disponible en <https://www.fund.ar>

