

FECHA DE RECEPCIÓN: 4 de octubre de 2021

FECHA DE ACEPTACIÓN: 20 de enero de 2022

FECHA DE PUBLICACIÓN: 18 de marzo de 2022

FUENTE DE FINANCIAMIENTO: Ninguna.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:

mvarco@msal.gov.ar

Registro Nacional de Investigaciones en
Salud N°: IS003385GASTO CATASTRÓFICO Y EMPOBRECEDOR EN SALUD:
UN ESTUDIO PARA ARGENTINA*Catastrophic and Impoverishing Expenditure:
a study for Argentina** María José Varco¹. Lic. en Economía, Mag. en Finanzas Públicas.Inés María Campodónico¹. Lic. en Economía.Laura de los Reyes¹. Lic. en Economía.Mercedes Laurenza¹. Lic. en Sociología, Mag. en Sistemas de Salud y Seguridad Social.Mónica Levcovich¹. Lic. en Economía.¹ Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

RESUMEN. INTRODUCCIÓN: La protección financiera en salud implica que todas las personas accedan a los servicios de salud que necesiten sin sufrir dificultades financieras para pagarlos. Dicha protección se estima mediante indicadores como el gasto catastrófico y empobrecedor en salud. El trabajo tuvo por objetivo estimar esos indicadores para Argentina en el período 2017-2018. MÉTODOS: Se construyeron y analizaron las variables del gasto en salud y los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en salud a través del procesamiento de la Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) de 2017-2018. Asimismo, se realizó una comparación con la ENGHo 2004-2005. RESULTADOS: Los hogares destinaron un 6,4% del gasto total a bienes y servicios de salud, y un 4,9% del ingreso total. Según la ENGHo 2017-2018, el 11,4% y el 3,3% de los hogares del país incurrió en gasto catastrófico en salud para umbrales del 10% y 25% del gasto total del hogar, respectivamente. Respecto al período 2004-2005, el indicador cayó con cualquier umbral utilizado. Por su parte, como consecuencia del gasto de bolsillo en salud, los hogares considerados pobres aumentaron en 1,8 puntos porcentuales. DISCUSIÓN: La caída del gasto catastrófico entre los dos períodos en análisis podría exponer un avance en la protección financiera del país. El análisis revela la importancia de contar con datos sobre necesidad, utilización y gasto en servicios de salud de manera simultánea para lograr una mejor comprensión de esta problemática.

PALABRAS CLAVE: Gasto Catastrófico; Gasto Empobrecedor; Gastos en Salud; Gasto de Bolsillo; Protección contra Riesgos Financieros

ABSTRACT. INTRODUCTION: Financial protection in health implies access to health services for anyone needing them without financial difficulties. Such protection is estimated through indicators such as catastrophic and impoverishing health spending. The objective of this work was to estimate these indicators for Argentina in 2017-2018. METHODS: By processing data from the National Household Expenditure Survey of 2017-2018 (ENGHo), health spending variables and indicators of catastrophic and impoverishing health spending were constructed and analyzed. A comparison was also made with the ENGHo 2004-2005. RESULTS: Households allocated 6.4% of their total expenditure to health goods and services, and 4.9% of their total income. According to ENGHo 2017-2018, with a threshold of 10%, 11.4% of households incurred catastrophic health spending, a value that dropped to 3.3% considering a 25% threshold. Compared with 2004-2005, catastrophic health spending fell regardless of the chosen threshold. Due to out-of-pocket health expenditure, households below the poverty line increased by 1.8 percentage points. DISCUSSION: The decrease in catastrophic health spending between the analyzed periods may be showing progress towards a stronger financial protection in the country. The analysis reveals the importance of having data about need, use and expenditure on health services, to achieve a better understanding of this issue.

KEY WORDS: Catastrophic Expenditure; Impoverishing Expenditure; Health Expenditures; Out-of-Pocket Expenditure; Financial Risk Protection

INTRODUCCIÓN

Argentina cuenta con un sistema de salud organizado en torno al principio de universalidad, según el cual toda persona que habita su suelo tiene derecho a acceder a las prestaciones que brinda el sector público, estructurado de manera federal. A su vez, desde el enfoque del financiamiento, el sistema se completa con las instituciones de la seguridad social, integradas por las obras sociales nacionales, provinciales y el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP); los seguros privados, de los que forman parte las empresas de medicina prepaga y emergencia médica; y los hogares, a través del gasto de bolsillo. De este modo, el sistema reviste fuertes rasgos de fragmentación y segmentación¹⁻³.

Estas características suponen importantes desafíos en cuanto a accesibilidad y equidad. Se observan niveles variables de cobertura, acceso y calidad de las prestaciones, según tipo de aseguramiento, nivel socioeconómico y ubicación geográfica. La existencia de programas nacionales de transferencias de recursos e incentivos por resultados sanitarios apunta a acortar las inequidades a lo largo del territorio nacional⁴⁻⁶.

En este marco los hogares pueden enfrentar dificultades financieras, que se convierten en barreras para el acceso a la atención de los problemas de salud y acentúan las inequidades descriptas.

Frente a esto, en 2015, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) incluyó dentro de los 17 objetivos de desarrollo sostenible alcanzar la cobertura universal en salud, la cual supone protección financiera frente al riesgo, acceso a servicios de atención médica de calidad, a medicamentos y a vacunas esenciales⁷.

En particular, protección financiera en salud implica que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud que necesiten sin sufrir dificultades para pagarlos. El grado de protección financiera de los individuos de un país, que está asociado a las características de su sistema de salud, se puede aproximar a través de la medición de la proporción del gasto destinado a salud, en especial el gasto de bolsillo, sobre el gasto e ingreso total de los hogares y el empobrecimiento conexas. Se estima así lo que se conoce como gasto catastrófico y empobrecedor en salud⁸⁻¹⁰.

Son varios los trabajos que estiman gasto catastrófico y empobrecedor en el mundo¹⁰⁻¹⁴. Particularmente, Argentina cuenta con poca evidencia sobre el cálculo de estos estimadores. Xu realizó un análisis bajo un diseño *cross-country* utilizando encuestas de gastos para 59 países, entre los cuales se encuentra Argentina¹⁴. Por otro lado, el Banco Mundial efectúa estimaciones de manera periódica sobre estos estimadores; para Argentina, el último dato publicado corresponde a 2004-2005¹⁰. Apella, a partir de la Encuesta a la Tercera Edad sobre Estrategias Previsionales realizada por el Banco Mundial, buscó establecer la cantidad de adultos mayores con gastos catastróficos en salud y sus determinantes para el año 2003¹⁵. Cabe mencionar que

Argentina no cuenta con evidencia actualizada a partir de la última encuesta de gasto disponible.

El presente trabajo tuvo por objetivo estimar el gasto catastrófico y empobrecedor en los hogares argentinos en el período 2017-2018.

MÉTODOS

Para la estimación del gasto catastrófico y empobrecedor se analizó el gasto en salud y su relación con el gasto e ingreso total de los hogares, realizando segmentaciones por quintil de ingreso per cápita familiar del hogar. Luego se estimaron los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor en salud para el país.

Se utilizó la última Encuesta Nacional de Gastos de los Hogares (ENGHo) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), que abarca el período 2017-2018. Dado que el INDEC recomienda tomar con reserva el uso del antecedente inmediato anterior, correspondiente a 2012-2013, de modo comparativo se usó la encuesta efectuada en 2004-2005. En adelante, a fines prácticos, se denominarán ENGHo 2004 y ENGHo 2017¹⁶.

Para la estimación del gasto catastrófico y empobrecedor se siguió la metodología propuesta por la Organización Mundial de la Salud (OMS), con algunas adaptaciones a partir de la información disponible de la encuesta¹⁷. A continuación, se definen brevemente los conceptos analizados:

- Gasto de bolsillo en salud (GBS): Es todo desembolso de dinero requerido en el momento y lugar de utilización de los servicios de salud. No incluye el pago de primas de seguros de salud, y se debe deducir cualquier reembolso realizado por un seguro.

La ENGHo permite distinguir el GBS del aporte a los seguros voluntarios de salud. Cabe mencionar que el GBS consta de los siguientes rubros: gastos en medicamentos, consultas médicas, consultas odontológicas, otras consultas, internaciones y dispositivos médicos.

- Gasto catastrófico en salud: El GBS se considera catastrófico si excede una fracción del gasto del hogar en un período dado, generalmente un año; es decir, siendo T los pagos totales de bolsillo por atención médica, x el gasto total del hogar, $x-f(x)$ el gasto no discrecional y z el umbral especificado¹⁷⁻¹⁹, se dice que un hogar ha incurrido en gasto catastrófico si:

$$\frac{T}{x} > z$$

o

$$\frac{T}{(x - f(x))} > z$$

Para su cálculo se puede usar tanto el ingreso o el gasto total como medida de los recursos totales del hogar. En el presente documento, se utilizó el gasto total y el gasto no discrecional del hogar como medida de los recursos

totales del hogar. El gasto no discrecional hace referencia al gasto total del hogar, descontando el gasto realizado en alimentos. El gasto total en alimentos es la cantidad destinada por el hogar a todos los productos alimenticios que se consumen en el hogar, más el valor de los alimentos elaborados por la propia familia¹⁷.

El valor de z representa el umbral a partir del cual la absorción de los recursos del hogar mediante el GBS impone una grave alteración del nivel de vida. No hay consenso en la literatura respecto de cuál debe ser el valor de dicho umbral; se recomienda presentar resultados para un rango de valores a criterio del analista^{9,18}. Además, el umbral z dependerá de cuál sea el denominador utilizado. En esta oportunidad, se consideraron umbrales que van del 5% al 25% cuando se utiliza el gasto total del hogar como denominador y umbrales de entre el 25% y el 40% cuando se usa el gasto no discrecional del hogar como denominador.

• Gasto empobrecedor en salud: Cuando el GBS es lo suficientemente elevado como para desplazar el gasto en otros bienes de primera necesidad —alimentos o vestimenta—, puede llevar al hogar a una situación de pobreza. Así, hogares que de acuerdo con sus recursos no son considerados pobres, al descontar el GBS, se ubican por debajo de la línea de pobreza (LP)^{17,18}.

El indicador de empobrecimiento en salud estima el porcentaje de hogares que caen en la pobreza cuando de sus recursos totales se les sustraen los gastos de bolsillo destinados a salud⁸. El análisis se centra en computar la tasa de incidencia y el impacto que tiene el GBS en la brecha de la pobreza.

• Tasa de incidencia de la pobreza (TI): Se utilizó la noción de pobreza empleada por el INDEC para el cálculo de incidencia que se corresponde con el método de medición indirecta, denominado también “línea”. La LP incluye los consumos alimentarios mínimos y otros consumos básicos no alimentarios de los hogares (vestimenta, transporte, educación, salud, etc.). La suma de ambos consumos conforma la canasta básica total (CBT), construida a partir de la evidencia empírica, que refleja los hábitos de consumo alimentario y no alimentario de la población de referencia y determina la LP.

Bajo esta metodología, la TI es la proporción de hogares cuyo ingreso total no supera la CBT o LP, es decir:

$$TI = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N 1(x_i < LP)$$

donde N es el valor de la población total y x_i el ingreso total del hogar i. De esta forma, la función 1(.) toma valor 1 si la persona es pobre o 0 en caso contrario²⁰.

• Brecha de la pobreza: Mide el déficit relativo de ingresos de los pobres con respecto al valor de la LP ponderado por la tasa de pobreza, es decir, recoge el déficit de ingreso con respecto a la LP de toda la población (en el caso de los no pobres, el déficit es igual a 0):

$$BP = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N (1 - \frac{x_i}{LP}) 1(x_i < LP)$$

donde $(1 - x_i/LP)$ es la brecha individual de la pobreza²⁰.

RESULTADOS

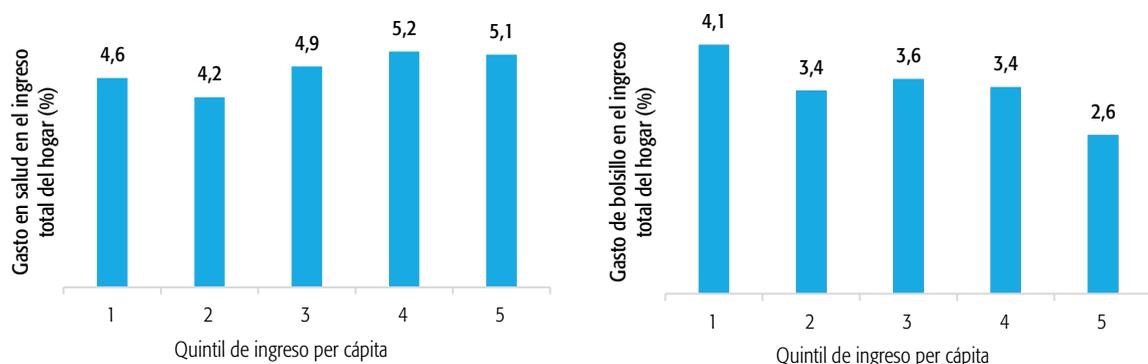
• Gasto en salud:

De acuerdo con la ENGHo 2017, los hogares destinaron un 6,4% del gasto total a bienes y servicios de salud. Asimismo, el gasto en salud representó el 4,9% del ingreso total del hogar.

El componente con mayor participación en el gasto en salud de los hogares fue el gasto en medicamentos, que representó el 38,0%, seguido por el gasto en afiliaciones con el 35,5%. El 26,5% restante se compuso del gasto en internaciones, en dispositivos médicos, en consultas médicas, odontológicas y otras consultas. Dada la preponderancia del gasto en medicamentos dentro del gasto total en salud, el denominado GBS representó el 64,5% del gasto total en salud, y el 3,2% y 4,2% del ingreso y gasto total de los hogares, respectivamente.

Además, el gasto de los hogares en salud presentó marcadas diferencias al analizar su distribución a lo largo de los quintiles de ingreso per cápita familiar. Si bien se observó que el gasto en salud como proporción del ingreso total de los hogares era levemente superior en los quintiles

GRÁFICO 1. Participación del gasto en salud y de bolsillo en el ingreso total de los hogares según quintil de ingreso per cápita, total país, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2017-2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

de mayores ingresos (ver Gráfico 1), al focalizar el análisis en el gasto de bolsillo las diferencias entre quintiles se acentuaron. Así, los hogares del primer quintil exhibieron la mayor participación en relación con su gasto en salud total y su ingreso total. Adicionalmente, se observó que la participación del gasto en medicamentos caía a medida que aumentaba el quintil de ingreso per cápita familiar.

Contrariamente, el gasto en afiliaciones aumentó según el quintil de ingreso per cápita familiar, mientras que el resto de los componentes del gasto en salud mostraron un comportamiento similar entre los quintiles de la distribución (ver Gráfico 2).

En comparación con los resultados obtenidos a partir de los datos de la ENGHo 2004, el gasto total en salud de los hogares redujo su participación en el ingreso y el gasto total (del 6,5% al 4,9% y del 7,5% al 6,4%; respectivamente). El GBS también disminuyó su participación en

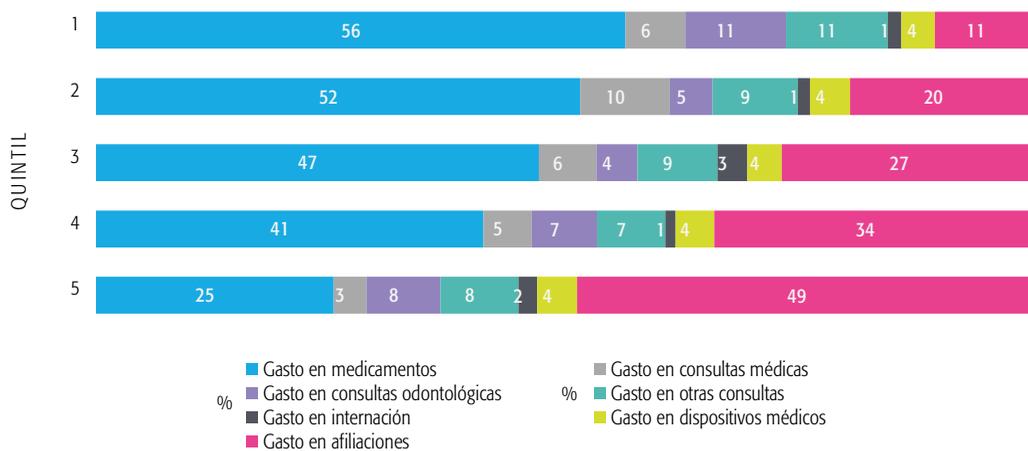
el gasto total en salud y en relación con el ingreso total de los hogares en todos los quintiles de ingreso per cápita familiar (ver Gráfico 3 y Gráfico 4).

• Gasto catastrófico en salud:

A partir de los datos de la ENGHo 2017, al considerar un umbral del 10%, se observó que el 11,4% de los hogares incurrió en gasto catastrófico en salud. Con un umbral de referencia del 25%, este valor disminuyó a 3,3%. En comparación con los resultados obtenidos a partir de la ENGHo 2004, se observó que el porcentaje de hogares que afrontaron este tipo de gasto disminuía con cualquier umbral seleccionado (ver Panel A, Gráfico 5). Estos resultados se reforzaron estimando el indicador con el gasto discrecional de los hogares como denominador, es decir, el gasto total del hogar menos el gasto realizado en alimentos (ver Panel B, Gráfico 5).

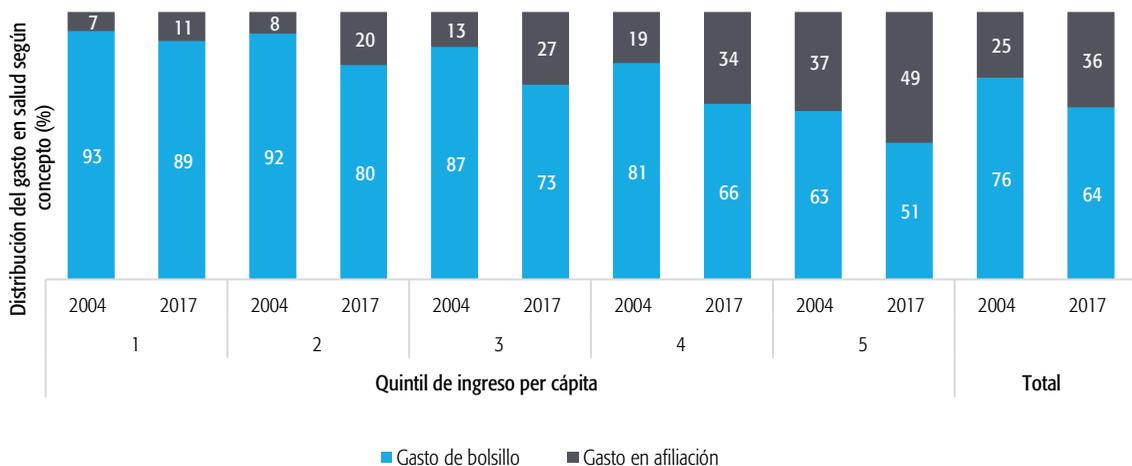
• Gasto empobrecedor en salud:

GRÁFICO 2. Distribución del gasto en salud de los hogares por concepto, según quintil de ingreso per cápita, en porcentaje, Argentina, 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2017-2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

GRÁFICO 3. Distribución del gasto en salud de los hogares según gasto de bolsillo y gasto en afiliación por quintil de ingreso per cápita, en porcentaje, Argentina, 2004-2005 vs. 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2004-2005 y 2017-2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Al tomar en cuenta el efecto del GBS, el número de hogares pobres en el período 2017-2018 se modificó de 21,9% a 23,7%. Esto significa que, como consecuencia del GBS, los hogares considerados pobres aumentaron en 1,8 puntos porcentuales. Este valor representó a los hogares empobrecidos exclusivamente por realizar gastos destinados en salud.

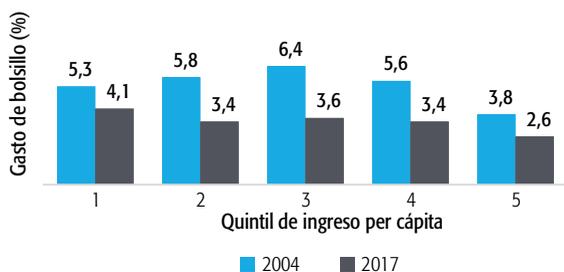
Por su parte, el GBS generó una brecha de pobreza de 1,4 puntos porcentuales, que alude al aumento de la distancia proporcional promedio entre el ingreso de los hogares y la LP.

En los hogares con ingresos por debajo de la LP antes de considerar el GBS, el impacto del gasto de bolsillo fue menor. Así, la brecha que genera el GBS fue de aproximadamente 0,8 puntos porcentuales, lo cual se explica por el hecho de que estos hogares presentaron un GBS significativamente inferior (\$577,80) al del grupo de hogares considerados como nuevos pobres (\$7309,8).

DISCUSIÓN

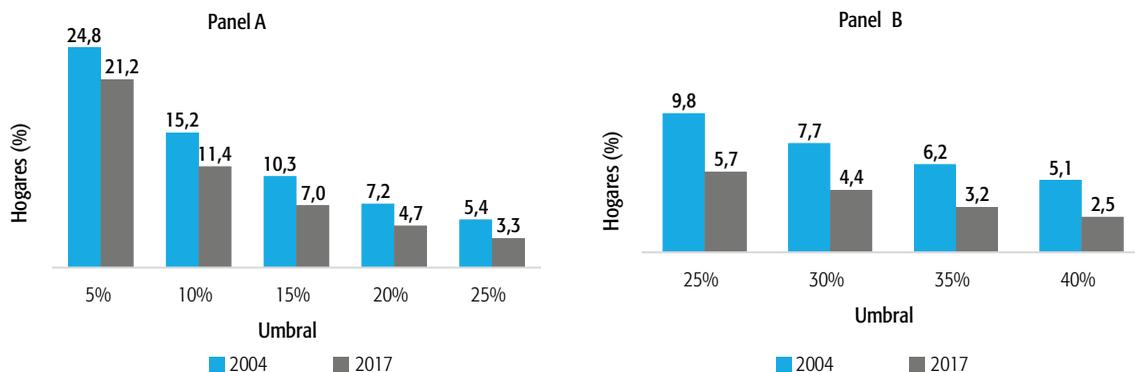
Este trabajo buscó una aproximación a la protección financiera en salud existente en Argentina a partir del análisis del gasto en salud. En primer lugar, se indagó sobre el comportamiento del gasto de los hogares, para luego profundizar el análisis mediante la estimación de los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor. Los resultados revelan

GRÁFICO 4. Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del ingreso total del hogar, estructura comparativa, Argentina, 2004-2005 vs. 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2004-2005 y 2017-2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

GRÁFICO 5. Porcentaje de hogares con gasto en salud catastrófico, usando en el denominador el gasto total del hogar (Panel A) y el gasto no discrecional del hogar (Panel B), Argentina, 2004-2005 vs. 2017-2018.



Fuente: Elaboración propia a partir de microdatos de la Encuesta de Gastos de los Hogares 2004-2005 y 2017-2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

el comportamiento regresivo del GBS, explicado fundamentalmente por el gasto en medicamentos, componente que tiene la mayor participación en el gasto total en salud en los cuatro primeros quintiles de la distribución de ingreso per cápita y que, en particular, representa más del 50% del gasto total en salud de los hogares pertenecientes a los dos quintiles de menores ingresos. El aumento del GBS se asocia a la exposición a situaciones vulnerables, lo que reflejaría la importancia de ampliar la cobertura en el acceso a los medicamentos con el fin de facilitarlos sin impactar en el gasto de bolsillo de la población más vulnerable.

Por otra parte, se observa una caída de la participación del GBS para todos los quintiles de ingreso per cápita con respecto al período 2004-2005, a favor de un aumento de la participación del gasto en afiliación. La variación se presenta de forma más marcada en los quintiles intermedios de la distribución del ingreso per cápita familiar y es menos notoria en el primer quintil. Esto podría explicarse por un aumento de la cobertura de seguros en salud, asociado al incremento del trabajo formal, y por una ampliación de la provisión pública de bienes y servicios en salud^{21,22}.

Sin embargo, el GBS continúa siendo el componente de mayor peso en el gasto en salud y, por lo tanto, fue relevante indagar sobre su impacto en el nivel de recursos disponibles en los hogares.

Se observa en los resultados del trabajo una disminución del gasto catastrófico en salud entre los dos períodos de análisis, la cual puede estar revelando el avance en los últimos años en la protección financiera de la población argentina a través de programas de salud específicos, pero también de medidas con impacto económico y social —como la Asignación Universal por Hijo (AUH)—, y el aumento en el trabajo formal²³.

Por otro lado, el empobrecimiento como consecuencia exclusiva del nivel de gasto en salud resulta en un aumento de 1,8 puntos porcentuales de hogares considerados pobres, en un contexto de niveles significativos de población en esa condición.

Una limitación para el desarrollo del análisis fue la no

disponibilidad de información que permitiera explicar el comportamiento del GBS. En particular, la ausencia de gasto puede deberse a la imposibilidad de financiarlo, al grado de protección financiera existente traducida en acceso a servicios gratuitos o a que no se produjo un evento que hiciera necesario el consumo de servicios de salud. Esto indica la importancia de contar con datos sobre utilización y gasto en servicios de salud de manera complementaria a los que brinda la ENGHo, para poder obtener conclusiones más precisas.

RELEVANCIA PARA POLÍTICAS E INTERVENCIONES SANITARIAS

Las mediciones y análisis periódicos de GBS ofrecen información relevante para la gestión sanitaria y el diseño de políticas. En materia de equidad, esta información permitiría orientar acciones para reducir las barreras que dificultan el acceso de la población a las prestaciones en bienes y servicios de atención de la salud.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES: No hubo conflicto de intereses durante la realización del estudio.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Inés María Campodónico, Laura de los Reyes, Mercedes Laurenza, Mónica Levovich y María José Varco cumplieron las siguientes condiciones en relación con el estudio: realizaron contribuciones sustanciales a la concepción y el diseño del estudio, a la recolección de los datos o al análisis y a su interpretación; participaron en la redacción del artículo o en la revisión crítica sustancial de su contenido intelectual; aprobaron la versión final del manuscrito; y son responsables de todos los aspectos del manuscrito, asegurando que las cuestiones relacionadas con la veracidad o integridad de todas sus partes fueron adecuadamente investigadas y resueltas.

Cómo citar este artículo: Varco MJ, Campodónico IM, de los Reyes L, Laurenza M, Levovich M. Gasto catastrófico y empobrecedor en salud: un estudio para Argentina. *Rev Argent Salud Pública*. 2022;14:e71. Publicación electrónica 18 de Mar de 2022.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cetrángolo O, San Martín M, Goldschmit A, Lima Quintana L, Aprile M. El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros [Internet]. Buenos Aires: OPS/OMS, PNUD, CEPAL; 2011 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: https://www3.paho.org/arg/index.php?option=com_content&view=article&id=860:el-sistema-salud-argentino-trayectoria-largo-plazo-logros-alcanzados-desafios-futuros&Itemid=225
- Cetrángolo O, Goldschmit A. Obras sociales en Argentina: origen y situación actual de un sistema altamente desigual [Internet]. Buenos Aires: CECE; 2018 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/obras-sociales-argentina.pdf>
- Ministerio de Economía de la Nación; Ministerio de Salud de la Nación. Estimaciones del gasto en Salud: Argentina, año 1997 y proyecciones. Buenos Aires: MECON, MSAL; 2001.
- Maceira D. Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros. El caso de Argentina [Internet]. Buenos Aires: CEDES; 2004 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.danielmaceira.com.ar/wp-content/uploads/2014/07/Maceira-RiskPooling-Argentina-Final-2004.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. Evaluación y monitoreo 2013. Acceso a medicamentos. Diversas miradas. Un mismo derecho. Buenos Aires: Programa Remediar; 2013.
- Nunez PA, Fernandez-Slezak D, Farall A, Szretter ME, Salomon OD, Valeggia CR. Impact of Universal Health Coverage on Child Growth and Nutrition in Argentina. *Am J Public Health* [Internet]. 2016 [citado 17 Feb 2022];106(4):720-726. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26890172/>

RELEVANCIA PARA LA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Del análisis realizado se desprende la necesidad de avanzar en el estudio sobre el comportamiento del gasto en salud de los hogares, complementándolo con información que se centre en otras variables explicativas. Otras posibles líneas de investigación se orientan al abordaje de la temática con enfoque de género y por ciclo de vida.

AGRADECIMIENTOS

Por la colaboración en el proceso de elaboración de este manuscrito, se agradece a la Dirección de Análisis de Política Fiscal e Ingresos perteneciente a la Secretaría de Política Económica del Ministerio de Economía de la Nación. La Dirección realizó contribuciones sustanciales a la concepción y el diseño del estudio, a la recolección de los datos y al análisis y su interpretación.

- Organización Mundial de la Salud. SDG indicator metadata. Indicator 3.8.2: Proportion of population with large household expenditure on health as a share of total household expenditure or income [Internet]. Nueva York: UNSD; 2019 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf>
- Knaul F, Wong R, Arreola-Ornelas H. Financing Health in Latin America Series. Volume 1. Household Spending and Impoverishment [Internet]. Cambridge (MA): Harvard Global Equity Initiative, Mexican Health Foundation, International Development Research Centre; 2012 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://library.net/document/zw9ke31y-household-spending-and-impoverishment.html>
- Hsu J, Flores G, Evans D, Mills AM, Hanson K. Measuring financial protection against catastrophic health expenditures: methodological challenges for global monitoring. *Int J Equity Health* [Internet]. 2018 [citado 17 Feb 2022];17(1):69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29855334/>
- Banco Mundial. Financial Protection In Health Global Monitoring Data - 2019 [Internet]. Washington DC: BM; 2021 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/financial-protection-health-global-monitoring-data-2019>
- García J. Análisis de los principales determinantes de la incidencia de gastos catastróficos de bolsillo en salud para los hogares de México con base en la ENIGH 2010 [tesis del programa de Maestría en Economía Aplicada] [Internet]. Tijuana: Colegio de la Frontera Norte; 2012 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.colef.mx/posgrado/tesis/2010884/>
- Cavagnero E, Carrin G, Xu K, Aguilar-Rivera AM. Health Financing in Argenti-

na: An Empirical Study of Health Care Expenditure and Utilization. Innovations in Health Financing: Working Paper Series, Vol. 8 [Internet]. Ciudad de México: Fundación Mexicana para la Salud; 2006 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: https://www.who.int/health_financing/documents/argentina_cavagnero.pdf

¹³ Quintal C. Evolution of catastrophic health expenditure in a high income country: incidence versus inequalities. *Int J Equity Health* [Internet]. 2019 [citado 17 Feb 2022];18(1):145. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31533723/>

¹⁴ Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet* [Internet]. 2003 [citado 17 Feb 2022];362(9378):111-117. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12867110/>

¹⁵ Apella I. Gasto de bolsillo en salud e impacto financiero sobre los adultos mayores en Argentina. *Anales, Asociación Argentina de Economía Política, XLIV Reunión Anual* [Internet]. Buenos Aires: AAEP; 2009 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://aaep.org.ar/anales/works/works2009/apella.pdf>

¹⁶ Instituto Nacional de Estadística y Censos. Gastos de los hogares [Internet]. Buenos Aires: INDEC; 2020 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel3-Tema-4-45>

¹⁷ Xu K, Organización Mundial de la Salud. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología [Internet]. Ginebra: OMS; 2005 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85626>

¹⁸ O'Donnell O, van Doorslaer E, Wagstaff A, Lindelow M. Analyzing health equi-

ty using household survey data: a guide to techniques and their implementation [Internet]. Washington DC: BM; 2008 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/6896>

¹⁹ Wagstaff A, Doorslaer E. Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993-1998. *Health Econ* [Internet]. 2003 [citado 17 Feb 2022];12(11):921-934. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14601155/>

²⁰ Gasparini L, Cicowiez M, Sosa Escudero W. Pobreza y desigualdad en América Latina: conceptos, herramientas y aplicaciones. Buenos Aires: Temas Grupo Editorial; 2013.

²¹ Levy YE, Montane M, Scheingart D. Radiografía del trabajo argentino. Programa Argentina 2030. Buenos Aires: Jefatura de Gabinete de Ministros; 2018.

²² Banco Mundial. Argentina: hacia una cobertura universal de salud. Desafíos y oportunidades [Internet]. Buenos Aires: BM; 2018 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://documents1.worldbank.org/curated/en/757821516810031078/text/Argentina-Towards-Universal-Health-Coverage-Challenges-and-Opportunities.txt>

²³ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); Administración Nacional de la Seguridad Social (ANSES); Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; Consejo de Coordinación de Políticas Sociales. Análisis y propuestas de mejoras para ampliar la Asignación Universal por Hijo [Internet]. Buenos Aires: UNICEF; 2017 [citado 17 Feb 2022]. Disponible en: <https://www.unicef.org/lac/sites/unicef.org/lac/files/2019-10/AUH.pdf>



Esta obra está bajo una licencia de *Creative Commons* Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional. Reconocimiento – Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio se debe reconocer y citar al autor original. No comercial – esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.