

GASTO DE BOLSILLO: CIFRAS CONFIABLES PARA EL MONITOREO DE LA SALUD UNIVERSAL

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



GASTO DE BOLSILLO: CIFRAS CONFIABLES PARA EL MONITOREO DE LA SALUD UNIVERSAL

Washington, D.C., 2023

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Gasto de bolsillo: cifras confiables para el monitoreo de la Salud Universal

OPS/HSS/HS/23-0009

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Fotografías: © OPS

ÍNDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCIÓN | 1 |
| ¿QUÉ ES EL GASTO DE BOLSILLO? | 2 |
| ¿POR QUÉ ES IMPORTANTE MEDIR EL GASTO DE BOLSILLO? | 3 |
| FUENTES DE DATOS PROPUESTAS Y SU USO | 5 |
| LA PERSPECTIVA DE LA PROTECCIÓN FINANCIERA | 7 |
| REFERENCIAS | 10 |



INTRODUCCIÓN

Las políticas de los distintos países han propiciado modalidades de planes de financiamiento que progresivamente cubren de forma más satisfactoria las necesidades de salud de su población. Así, los esquemas de financiamiento de gobierno y de seguridad social se han extendido y especializado, a la vez que nuevos esquemas han aparecido, tanto de tipo público (como los seguros de accidentes de auto) como privado (el seguro y prepago médico voluntario; los esquemas de empresas que cubren, por ejemplo, la salud ocupacional, y los gastos de las instituciones sin fines de lucro (ISFL) que apoyan grupos con necesidades específicas de salud). En algunos casos, los esquemas prevén que los hogares contribuyan con pagos de bolsillo. Existe además un flujo de gasto directo de hogares que cubre las nuevas opciones de atención privada, o que ha permanecido sin ser sustituido por otra opción de pago. Entender la situación, las características y el contenido del gasto de bolsillo (GDB) de cada país permitirá asegurar que el riesgo financiero desaparezca al ofrecer opciones alternativas de financiamiento de la atención de la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que para poder alcanzar la salud universal (1), los gastos de bolsillo no deben exceder 20% del gasto corriente en salud (CHE, por sus siglas en inglés). En América Latina y el Caribe el promedio medido en 2020, el último año reportado en la base de datos de gasto en salud de la OMS (GHED, por sus siglas en inglés), fue de 30% (oscilando entre 9 y 56% del CHE). Ello sugiere el doble esfuerzo de medición y de implantar políticas que permitan reemplazar los gastos de bolsillo por el financiamiento con fuentes públicas.

¿QUÉ ES EL GASTO DE BOLSILLO?

El GDB es el gasto que el beneficiario realiza en el momento de la atención y, en general, en el punto de acceso. Incluye los copagos de los seguros, los pagos no oficiales a los proveedores (regalos y pagos “bajo la mesa”) y los pagos de hogares netos de reembolsos.

Algunos ejemplos de este tipo de pago son las compras de medicamentos y otros bienes con minoristas, los copagos en servicios de salud en seguros (públicos y privados) y los copagos en servicios ofrecidos por el gobierno y otras entidades públicas y privadas.

¿QUÉ NO ES GASTO DE BOLSILLO?

Los gastos de prepago, es decir, aquellos realizados previo a la necesidad de atención, como son las contribuciones a la seguridad social, las primas del seguro médico privado y otras formas similares, no forman parte del GDB.

El gasto de transporte hacia un establecimiento de salud es uno de los principales motivos de gasto de hogares, pero, dada la complejidad de su medición estandarizada, por acuerdo internacional solo se incluye cuando se realiza por recomendación médica o como parte de un tratamiento; por ejemplo, en el traslado de un paciente entre unidades médicas. Estos gastos pueden representar un monto importante para los hogares, que también tiene gastos de transporte de pacientes en otras condiciones. Por otra parte, esta información puede estar disponible, por ejemplo, en las encuestas de hogares, por lo que se sugiere su medición e inclusión por separado (“bajo la línea”). El gasto en transporte no médico es considerado un gasto indirecto mientras que, por convención, cuando se mide el GDB se toman en cuenta los gastos directos en relación con la atención de salud.

Un ejemplo que puede llevar a confusiones en el cálculo del GDB son los reembolsos. Mediante estos se retribuye o devuelve al hogar una parte o la totalidad del GDB requerido para la atención de salud por pertenecer a algún esquema de aseguramiento. Dichos reembolsos se acreditan al esquema que los paga (p. ej., el gobierno, la seguridad social, un seguro privado, una empresa). Por lo tanto, en su medición mediante encuestas de gasto, la pregunta siempre refiere a los gastos en que haya incurrido el hogar, netos de cualquier reembolso posterior.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE MEDIR EL GASTO DE BOLSILLO?

El GDB es, en la práctica, una fuente de recursos; sin embargo, es la menos deseada por su efecto negativo en el acceso a los servicios de salud y la equidad, así como también por motivos de eficiencia en el gasto en salud. Su monto y contenido reflejan, sobre todo, la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera con respecto a un conjunto de bienes y servicios de salud para determinados grupos de la población. Su análisis, por tanto, permite identificar la necesidad de adoptar intervenciones de política específicas para proteger a los hogares del riesgo financiero por utilizar servicios de salud.

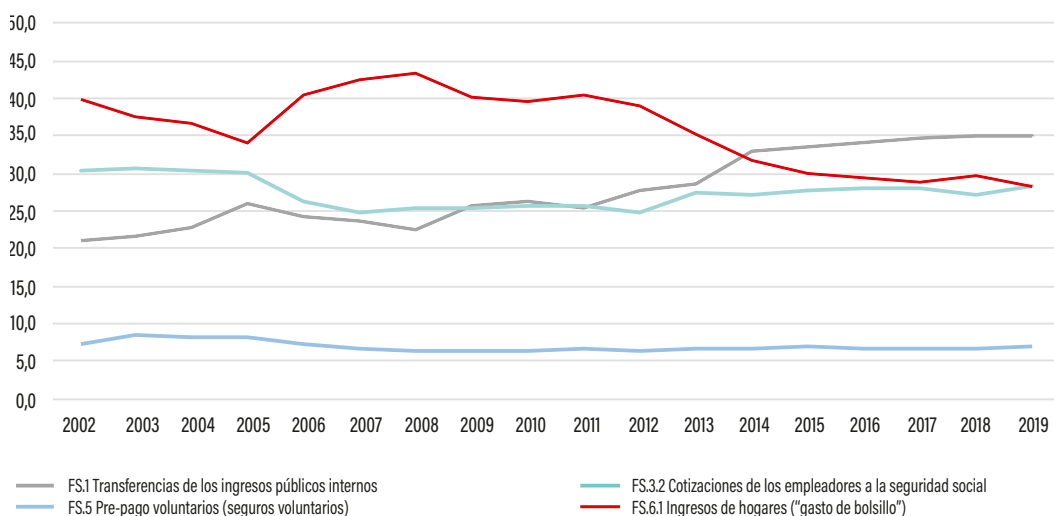
También se da el caso de que algunos procedimientos de alto costo (p. ej., ciertas cirugías, medicamentos y dispositivos médicos) y el tratamiento de algunas enfermedades crónicas implican un mayor GDB y aumentan el riesgo financiero. La evidencia muestra que el umbral de GDB que minimiza el riesgo financiero de que los hogares incurran en gasto catastrófico o empobrecedor es de 20% del gasto corriente total en salud (1). Es decir, los países en los que más de 20% del gasto corriente en salud es financiado mediante GDB suelen mostrar peores indicadores de protección financiera de los hogares.

Los sistemas de cobertura amplia, como los de gobierno, contribuyen a reducir el riesgo financiero de los hogares. Los sistemas de prepago también protegen a los hogares que consumen los servicios de salud del riesgo financiero y facilitan la planificación del sistema de atención.

¿QUÉ DATOS OFRECEN LAS CUENTAS DE SALUD?

Las cuentas de salud miden el monto del GDB, en qué, cómo y dónde se usa. Es decir, permiten seguir la ruta del gasto de hogares, analizarlo e informar el diseño de políticas que reduzcan, de manera selectiva, las razones específicas de esta carga. Un ejemplo exitoso de seguimiento del gasto de hogares es el de Perú, que muestra un aumento sostenido del gasto público (a través de un esquema público, como el Seguro Integral de Salud) y la reducción asociada del gasto de hogares (figura 1) (2).

Figura 1. Ingresos corrientes por esquema de financiamiento (participación porcentual) en Perú



Fuente: Ministerio de Salud del Perú, Organización Panamericana de la Salud. Cuentas de Salud Perú 2002-2019. Lima: MINSAL; 2021: 7. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3505842-cuentas-de-salud-peru-2002-2019>.

EL PAPEL DE LAS CUENTAS DE SALUD

Dado su vínculo con el indicador 3.8.2 del tercer objetivo de desarrollo sostenible (ODS), el GDB se encuentra en la agenda política mundial, regional, nacional e institucional. El objetivo es lograr una buena medición para que el seguimiento cumpla con su propósito de identificar necesidades de intervención y monitorear las intervenciones en curso. Por el momento, las estimaciones de GDB en América Latina y el Caribe resultan de aproximaciones diversas, y las estimaciones disponibles son inestables y no siempre se consideran fidedignas. Sin embargo, las cuentas de salud constituyen el proceso en donde se puede estandarizar, contextualizar y validar la medición del GDB. De hecho, en el sistema de cuentas de salud de 2011 (SHA 2011, por su sigla en inglés) existen categorías específicas para su seguimiento.

FUENTES DE DATOS PROPUESTAS Y SU USO

La encuesta de presupuestos familiares o gasto de hogares ha sido la fuente de datos utilizada para la estimación del GDB. El dato tomado corresponde a la proporción del gasto en salud en el total de los gastos informados con los varios propósitos. Dicha proporción se aplica al gasto de consumo final de los hogares (CFH¹) para llevarlo a nivel poblacional.

El CFH es un agregado macroeconómico que forma parte del PIB y se actualiza cada año, con base en las variaciones de precios y las cantidades de productos en la economía (3).

Las encuestas de gasto de hogares forman parte de las estadísticas nacionales y se utilizan para determinar el nivel global de gasto de los hogares en la población total o en grupos de población específicos. Cada componente de la encuesta, tanto de la oferta como de la demanda, se integra en las estadísticas del CFH. Por ejemplo, la compra de medicamentos informada en la encuesta se compara con los registros de venta de medicamentos. Esto mismo se realiza para otros componentes (p. ej., lentes y ayudas auditivas). En general, las encuestas de hogares cuentan con el detalle del gasto por hospitalización, atención ambulatoria, medicamentos y bienes médicos (4). Los detalles disponibles en la encuesta de presupuestos familiares permiten orientar las acciones de los responsables de la formulación de políticas sobre bienes o servicios específicos que repercuten en el GDB total o su distribución entre los grupos de población. Por ejemplo, se puede decidir eliminar el GDB asociado a la atención de algunas enfermedades (como VIH/sida con tratamiento de alto costo, o diabetes con tratamiento de menor costo, pero de uso continuo) para evitar que el GDB sea una barrera para la atención de la salud.

Las encuestas de presupuestos familiares o de ingresos y gastos se han llegado a sustituir, por ejemplo, con las encuestas de condiciones de vida o de fertilidad y salud. En dichos casos, es recomendable buscar la estabilidad y comparabilidad del gasto de bolsillo. De hecho, existe una clasificación estandarizada que cubre estos detalles relevantes: la clasificación de consumo individual por finalidad (CCIF versión 2018), cuyo uso asegura una mayor comparabilidad entre los resultados de las diferentes encuestas de hogares (5).

Otra fuente de información son las encuestas de unidades médicas, que incluyen la proporción de financiamiento (ingreso recibido, incluido el GDB) por tipo de unidad y de gasto corriente total. Resulta difícil disponer de un censo completo de gasto de hogares por proveedor, pero la distribución de dicho gasto según tipo de establecimiento y servicio

1 El gasto de consumo final de los hogares cubre todas las compras realizadas por hogares residentes (en el país o en el extranjero) para satisfacer sus necesidades cotidianas. A nivel macroeconómico, junto con los gastos de consumo final de ISFL y de gobierno, y otros componentes, como las inversiones y exportaciones (netas), forman parte del producto interno bruto (PIB).

puede documentar la aplicación de ponderadores o claves de asignación. Se propone usar la información disponible a nivel de establecimiento de salud para fines de triangulación, al menos con información de gasto en hospitalizaciones, consultas, medicina tradicional y terapeutas, entre otros. De esta manera, se pueden estimar los gastos de bolsillo por servicio y por proveedor.

Se recomienda también verificar la necesidad de realizar ajustes en algunos servicios y tratamientos de enfermedades que están parcial o totalmente subsidiados (p. ej., preventivos) para la población general o grupos prioritarios. Dicho monto deberá ser informado por el gobierno y no incluirse en el gasto de bolsillo, a menos que lo pague el hogar en el momento de consumo y no sea reembolsado.

PERÍODOS INTERENCUESTA

Las estimaciones durante los períodos interencuesta, como procedimiento usual, aplican la proporción del monto de gasto en salud de hogares (tomado de la última encuesta) al gasto total de los hogares a nivel poblacional (que es el gasto de CFH proveniente de cuentas nacionales).

Si se logra relacionar el gasto de la encuesta con los datos de contabilidad nacional, por ejemplo, en las ramas equivalentes de salud (servicios de salud) y ventas minoristas (medicinas, lentes y otros dispositivos médicos), el valor de gasto de la encuesta no se mantiene fijo. Este procedimiento puede estar integrado en el procesamiento de una cuenta satélite.

El procedimiento habitual para interpolar entre años para los que hay información, pero también vacíos, utiliza la tasa de crecimiento anual (no lineal) del consumo final de los hogares.²

CONTROL DE CALIDAD

Es necesario verificar la consistencia del GDB estimado con los agregados del SHA 2011 y al interior de sus componentes. Por ejemplo, se debe intentar conciliar el nivel de gasto directo con el ingreso proveniente de los hogares informado por los proveedores y con los datos sobre financiamiento (seguros y copagos gubernamentales, reembolsos y transferencias). Asimismo, debe existir coherencia entre los componentes del SHA 2011 y la contabilidad nacional. Por ejemplo, si el gasto de consumo final de los hogares se incrementa, es de esperar que el GDB también lo haga. Por último, se deben comparar las tasas de crecimiento del GDB con algún indicador macro (p. ej., con el crecimiento del PIB).

También se debe verificar la existencia de políticas que buscan reducir el gasto de bolsillo, como por ejemplo la gratuidad de servicios o la introducción de un esquema de prepago.

² Se pueden consultar algunos ejemplos aplicados en las siguientes publicaciones: Organización Panamericana de la Salud. Mejores prácticas de contabilidad de la salud al utilizar el SHA 2011. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57806> y, de próxima aparición: Organización Panamericana de la Salud. Guía metodológica para la estimación y proyección de muy corto plazo del gasto en salud utilizando las clasificaciones SHA 2011. Washington, D.C.: OPS; 2023.

Deben buscarse indicadores indirectos de dichos cambios para usarlos como referencia y valorar la evolución del nivel del GDB.

Un enfoque integrador implica analizar las fuentes de datos, sus discrepancias, fortalezas y debilidades, e integrar un monto de gasto. Es importante también analizar la información de acuerdo con los componentes de mayor consumo de los hogares (p. ej., triangular) o complementar el resultado de la encuesta de hogares con los niveles de provisión (como los medicamentos y pagos hospitalarios, entre otros).

LA PERSPECTIVA DE LA PROTECCIÓN FINANCIERA

La protección financiera es un componente clave de la salud universal. Según este concepto, todas las personas reciben los servicios de salud que necesitan y están protegidas de las dificultades financieras potenciales resultantes de utilizar dichos servicios. En este sentido, el hecho de que el GDB o el pago directo constituyan un requisito para recibir atención o productos de salud necesarios muchas veces configura una barrera de acceso a la atención. Sin embargo, incluso para quienes puedan sortear dicha barrera, esos gastos podrían afectar de manera negativa el nivel de bienestar de sus hogares o el consumo de otros bienes y servicios. Por ejemplo, las personas podrían encontrarse ante la disyuntiva de utilizar los servicios de salud o consumir otros bienes o servicios.

Para monitorear estas consecuencias potenciales no deseadas es que se hace uso de dos familias de indicadores que refieren a dos tipos de situaciones. En primer lugar, puede ser que el gasto de bolsillo en salud represente una proporción muy alta del ingreso o consumo total de un hogar en determinado período. A la familia de indicadores que miden la incidencia de esa situación en los hogares se los conoce como indicadores de “gasto de bolsillo catastrófico en salud”. En segundo lugar, puede darse la situación en que el GDB en salud de un hogar represente la diferencia entre situarse por encima o por debajo de la línea de pobreza. A esta segunda familia de indicadores se los conoce como de “gasto de bolsillo empobrecedor en salud”. En general, para los indicadores de gasto catastrófico en salud, suelen utilizarse 10% y 25% del consumo mensualizado total de los hogares como umbrales de referencia para considerar que un hogar incurre en gasto catastrófico. Para el caso del gasto empobrecedor, suele utilizarse la actualización de la línea de pobreza internacional de 1,90 USD diarios (hoy en día \$2,15 USD³) como umbral de referencia. De todos modos, para analizar cada país suelen utilizarse las líneas de pobreza nacionales.

3 Este valor se actualizó el 2 de mayo de 2022, según se informó en el portal del Banco Mundial en su reseña: Ajuste en las líneas mundiales de pobreza (véase en: <https://www.bancomundial.org/es/news/factsheet/2022/05/02/fact-sheet-an-adjustment-to-global-poverty-lines>).

Con respecto al monitoreo de los ODS, el tercero plantea “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” y, en particular, en el objetivo 3.8.2 se propone monitorear la “proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares”. Si bien en la actualidad no hay un umbral acordado, normalmente se utilizan los porcentajes mencionados (10% y 25%) para el informe oficial, mientras que el gasto empobrecedor no forma parte del monitoreo de los ODS.

Otro aspecto relevante es que –como se menciona más arriba– los indicadores de protección financiera presentan el mismo desafío que cualquier medición de gasto de bolsillo en salud: no toman en cuenta aquellos hogares que, justamente por no poder afrontar el pago, dejan de utilizar un servicio de salud, aunque lo necesiten. Si bien estas situaciones se monitorean con otros indicadores, es importante tomar esto en consideración, ya que un hogar que no incurre en gasto catastrófico en salud puede indicar tanto una situación favorable de protección financiera, como una situación en la cual no existe GDB (o este es muy bajo) porque no se utilizan los servicios necesarios.

Por último, se debe tomar en cuenta que ambas perspectivas son complementarias, pero con sus especificidades. Mientras que la perspectiva de cuentas nacionales de salud podría considerarse más abarcativa del seguimiento de las fuentes de recursos que financian un sistema de salud (p. ej., cuánto representa el gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto corriente en salud de un país), la perspectiva de protección financiera toma como unidad de medida el hogar e intenta medir de forma directa el efecto que el pago directo puede generar en su presupuesto (p. ej., porcentaje de personas que viven en hogares en que el gasto de bolsillo representa más del 25% del consumo total). Además de ser complementarios, existe una estrecha correlación entre ambos indicadores, ya que es esperable que mientras mayor sea el porcentaje del gasto corriente en salud de un país que se financia con GDB de bolsillo, más importante sea el efecto del GDB de salud en los presupuestos de los hogares.

GASTO DE BOLSILLO Y SUS LIMITACIONES COMO INDICADOR

La estimación del GDB, cuando se realiza con base en encuestas de hogares, tiene como limitación el que deja fuera de la muestra a la población que no tuvo acceso a los servicios de salud debido a barreras financieras o de otro tipo. Ello distorsiona el análisis y, eventualmente, el diseño de políticas. Esto es, tiene una limitación en la medición que se propone, asociada al deficiente registro del GDB. Por ejemplo, en el caso de la pandemia de COVID-19, según las políticas nacionales, el GDB pudo haberse incrementado o reducido según cuánto se restringió el acceso a los servicios de salud por las medidas de restricción de movilidad o por el temor de la población al contagio en los centros de salud. La población pudo haber seguido diferentes estrategias, de acuerdo con el tipo de cobertura y de la adopción o no de políticas para paliar la interrupción de los servicios esenciales (p. ej., gasto por atención en el sector privado, seguro médico privado, compra

directa de medicamentos y compra de bienes específicos como oxígeno, equipos de protección personal y desinfectantes, entre otros).

La medición de cuentas del GDB no es una medición directa de protección financiera, si bien es cierto que, como se mencionó, mientras mayor sea el gasto de bolsillo como porcentaje del gasto en salud, peores serán los resultados de los indicadores de protección financiera.

El enfoque de cuentas no se dirige a la medición de barreras de acceso ni a la protección financiera, sino al análisis del gasto directo de los hogares en salud. Esto es una limitación del GDB como indicador directo de protección financiera.

RECOMENDACIONES

Cuando las estimaciones muestran una evolución del indicador que no coincide con las políticas aplicadas en el mismo período o con la evolución de otros indicadores del gasto en salud, se recomienda analizar las fuentes de información y los procesos, siempre con la participación coordinada y el intercambio y triangulación de diferentes fuentes de información. Un ejemplo interesante es el hallazgo que se documenta para República Dominicana (6).

PROBLEMAS PARA SOLUCIONAR

Al informar el diseño de políticas, el problema más importante en el traslado de los resultados es carecer de encuestas de hogares con la frecuencia deseada (máximo cada 3 o 4 años) en la mayoría de los países. También se observa una ausencia de registros administrativos que capturen los pagos de los hogares en todo el sistema de salud, tanto con proveedores públicos como privados. Dada la falta de registros adecuados en las encuestas, el monto puede estar subvaluado, por no incluir pagos bajo la mesa, o sobrevaluado, por carecer de registros de reembolsos realizados en otro período.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Resumen ejecutivo. Ginebra: OMS; 2010:98. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/30-11-2010-informe-sobre-salud-mundo-2010>.
2. Ministerio de Salud del Perú, Organización Panamericana de la Salud. Cuentas de Salud Perú 2002-2019. Lima: MINSAL; 2021: 7. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/3505842-cuentas-de-salud-peru-2002-2019>.
3. Instituto Nacional de Estadística de España. Glosario de conceptos. Concepto seleccionado: Gasto en consumo final nacional del hogar (monetario y no monetario. Madrid: INE; 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4514&tf=&op=#:~:text=Definición,de los miembros del hogar>.
4. Rannan-Eliya R. Estimating out-of-pocket spending for national health accounts. Ginebra: OMS; 2010.
5. División de Estadísticas de las Naciones Unidas. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. Nueva York: UNSD; 2018. Disponible en: https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf.
6. Rathe M. Estimación del gasto en salud en la República Dominicana 2007-2021 utilizando el enfoque SHA 2011. Santo Domingo: Fundación Plenitud; 2022. Disponible en: https://fundacionplenitud.org/wp-content/uploads/2022/09/Estimacion-Gasto-en-Salud-2007-2021-segun-SHA-2011_compressed.pdf.

Los gastos de bolsillo (GDB) son una de las categorías más importantes del gasto en salud, porque reflejan la carga de los hogares con mayor riesgo financiero. Son, además, la principal fuente de inequidad en el acceso a los servicios de salud y la forma más ineficiente de financiar los sistemas de salud. Al mismo tiempo, pese a su relevancia, constituyen una de las categorías más difíciles de medir por la insuficiente cobertura y estandarización de los registros existentes en los diferentes países.

El GDB es, en la práctica, una fuente de recursos; aunque es la menos deseada por su efecto negativo en el acceso a los servicios de salud y la equidad, así como también por motivos de eficiencia en el gasto en salud. Su monto y contenido reflejan, sobre todo, la ausencia de cobertura de aseguramiento o protección financiera con respecto a un conjunto de bienes y servicios de salud para determinados grupos de la población. Medir y analizar el GDB, por tanto, permite identificar la necesidad de adoptar intervenciones de política específicas para proteger a los hogares del riesgo financiero por tener que utilizar servicios de salud.

El reto es entender el objetivo de la medición, extraer el máximo beneficio de los datos existentes, y progresivamente mejorar el reporte del GDB. En este documento se busca contribuir con un paso más en esta dirección.