

Gasto de bolsillo en salud en Chile 2005: Estructura, participación relativa y tendencias

DAVID DEBROTT⁽¹⁾

El Primer Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS) fue realizado por la División de Planificación Sanitaria (DIPLAS), dependiente de la Subsecretaría de Salud Pública del Ministerio de Salud, con el objetivo de proporcionar información para determinar una línea base en gasto de bolsillo en salud, a partir de la cual evaluar el grado de avance de las políticas públicas al final de la década, en función de los Objetivos Sanitarios del país. Específicamente, se busca determinar la proporción que representa el gasto de bolsillo de los hogares en diversos bienes y servicios relacionados a la salud de sus miembros, en relación con el ingreso disponible y/o el gasto total de dichos hogares.

El análisis consideró cinco mil hogares en las regiones II, V, VIII y Metropolitana. Se utilizaron cuadernillos auto administrados, aplicados a cada integrante del hogar adulto y al o los tutores de los menores de edad. La muestra es probabilística,

estratificada geográficamente y por tamaño poblacional en el área urbana, y de selección en cuatro etapas. La base muestral fue el marco de áreas del Programa Integrado de Encuestas de Hogares (PIEH) del INE. La cobertura geográfica y el nivel de estimación del Estudio es Nacional-Urbano (Tabla 1).

Para resolver la presencia de valores perdidos en la base de datos, se utilizó un método de imputación por regresión lineal múltiple como lo recomienda la literatura reciente.

Los resultados principales fueron generados por deciles y quintiles, ordenados por gasto total del hogar, sin descontar y luego descontando los reembolsos (Tabla 2). De estos resultados se determinó una "Cuantilización de Referencia" para las comparaciones posteriores y para el establecimiento de la línea-base. La calidad de la información sobre ingresos personales no permitió utilizarla en esta primera entrega de resultados.

Tabla 1. Población, muestra y registros

Población Base Censo '92 actualizado a '02			Muestra					Registros Obtenidos	
Estrato	Total personas Estrato	Viviendas Censo '92	Región	Áreas	Secciones	Número de Viviendas Esperadas	Número de Viviendas Reemplazo	Nº Hogares con Información Completa	% Obtenido sobre Esperado
1	5.888.431	1.219.138	13	18	227	2.270	2.500	2.024	89,2%
2	977.675	160.952	2	4	38	380	420	327	86,1%
3	2.980.729	593.894	5	9	115	1.150	1.260	1.061	92,3%
4	3.140.611	600.886	8	8	120	1.200	1.320	1.146	95,5%
Nacional Urbano	12.987.446	2.574.870	4	39	500	5.000	5.500	4.558	91,2%

Fuente: Elaborado en base a INE (2004) y base de datos ENSGS.

⁽¹⁾ Economista.

Tabla 2. Participación del gasto en salud en el gasto total de los hogares, según quintil (incluyendo reembolsos) "cuantilización de referencia"

Cuantil	Nº de Hogares	Tramos de Gatos	Media Bruto	Media Neto	Diferencia Media Bruto - Neto
I Quintil	793.098	0 a 125.700	4,4%	4,2%	0,2%
II Quintil	782.048	125.701 a 200.800	7,6%	7,4%	0,2%
III Quintil	785.139	200.801 a 297.000	9,4%	9,1%	0,3%
IV Quintil	786.474	297.001 a 478.467	11,3%	10,9%	0,4%
V Quintil	786.347	478.468 y más	13,5%	12,2%	1,3%

Fuente: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

Medicamentos: el mayor gasto

En promedio, los hogares gastan en salud un 9,6% de su gasto total y un 8,7% descontando los reembolsos. Los hogares de menores recursos gastan en salud proporcionalmente menos que los hogares de mayores recursos, existiendo una gradiente absoluta. La razón 20/20 del gasto total de los hogares es 9,8 veces, la del gasto en salud llega a 28,4 veces y sin reembolsos cae a 25,8 veces. Estos resultados no difieren significativamente en las distintas alternativas de cuantilización utilizadas.

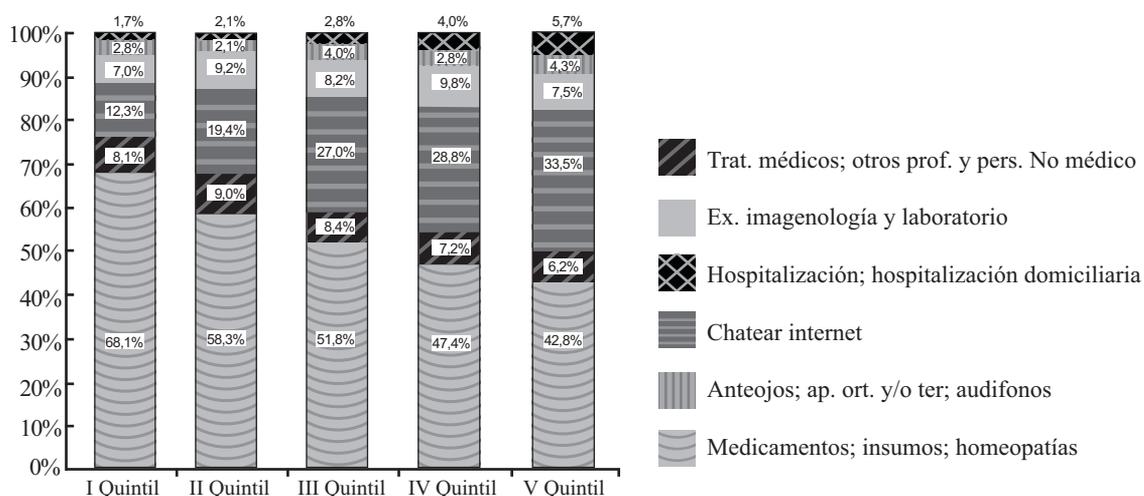
Por componentes del gasto, destaca medicamentos. Este, por sí solo, alcanza 57,2% en el quintil I y 39,0% en el quintil IV, siendo

claramente regresivo (Figura 1).

Todos los componentes del gasto del hogar, con excepción del gasto en salud, fueron consultados para el mes anterior. Esto marca una diferencia con las encuestas de presupuestos familiares del INE, donde se consideran periodos de tiempo más largos para determinados bienes o servicios con el objeto de capturar gastos menos frecuentes. En consecuencia, podría existir algún nivel de subregistro de gastos no de salud si se compara ambas encuestas.

No obstante lo anterior, el registro de gastos en salud es bastante similar en ambas encuestas, lo que debiera asegurar consistencia en los resultados. En ambos casos se establecieron

Figura 1. Composición del gasto en salud, según quintil (incluyendo reembolso)



Fuente: Estudio Nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud (ENSGS).

periodos de recuerdo de un mes para gastos frecuentes como consulta médica, consulta de medicina alternativa, insumos, medicamentos y medicamentos alternativos (yerbas, homeopatías, etc.); de seis meses para exámenes de laboratorio, imagenología, servicio dental, y otros profesionales y personal de la salud no médico; y de un año para tratamientos médicos, anteojos o lentes de contacto, audífonos, aparatos ortopédicos y/o terapéuticos, atención hospitalaria y hospitalización domiciliaria.

Este criterio de registro tiene particular importancia en el caso de los gastos en salud, ya que a diferencia de otros componentes del gasto de hogares, este tipo de gastos no resulta deseable en ausencia de enfermedad. En definitiva, este criterio de registro permite captar el gasto realizado en periodos anteriores (últimos seis meses o último año) al actual (último mes), disminuyendo el número de hogares con gasto cero en salud, del total de hogares encuestado.

La proporción de hogares que no realizan gastos en salud es bastante distinta por quintil de gasto, siendo superior a la mitad de los hogares (56,5%) en el quintil más pobre y descendiendo sistemáticamente hasta el quintil más rico que registra apenas un 4,8% de los hogares.

En este sentido, dos líneas explicativas pueden ser las siguientes: Por una parte, los hogares más ricos realizan gastos en prevención de la salud y eventualmente sobredemandan determinados bienes y servicios, además de hacerlo con mayor frecuencia. Por otra parte, los hogares más pobres se enfrentan a barreras de acceso, aún cuando disponen de alta cobertura y gratuidad en las prestaciones cubiertas.

En todos los quintiles, la mayor proporción del gasto en salud (sobre 75%) está explicada por el gasto en la salud de los adultos. Esta proporción es bastante similar en los quintiles III, IV y V, es decir, aquellos hogares de nivel socioeconómico medio y alto, y que además son aquellos que con mayor frecuencia realizan los gastos en salud. Su nivel oscila entre 75,2% y 76,8%. En cambio, en los quintiles más pobres se observa que esta proporción es aún mayor y coincidiendo con los hogares que gastan con

menor frecuencia en salud. Mientras en el quintil II el gasto en salud de adultos alcanza 79,2%, en el quintil más pobre llega a 87,9%.

El estudio considera además, la ampliación del concepto de gasto de bolsillo para incorporar cotizaciones previsionales voluntarias y seguros de salud privados. Se realizaron ajustes por tamaño el hogar para evitar sesgos de escala. En ambos casos los resultados no son significativamente distintos de los anteriores. La información complementaria permitió caracterizar los hogares que componen los quintiles, lo que resulta útil para el diseño de políticas públicas.

Implicaciones para las políticas públicas

A partir de los resultados descriptivos que arroja el estudio, se pueden establecer varias conclusiones útiles para la formulación y seguimiento de políticas públicas en el sector Salud. Un trabajo posterior de análisis explicativo en base a esta información permitirá profundizar en aspectos no cubiertos en este Informe.

Los resultados agregados permiten establecer, bajo la metodología utilizada en este Estudio, una línea base para evaluar la reducción del gasto de bolsillo en Salud, en función de los Objetivos Sanitarios en el ámbito de Justicia Financiera. La media del gasto de bolsillo en bienes y servicios de salud, sin descontar reembolsos, con respecto al gasto total de hogar alcanza un 9,6%. Este indicador disminuye a 8,7% cuando son descontados los reembolsos del gasto de bolsillo en salud. Ambos resultados corresponden a lo que denominamos “cuantilización de referencia”.

Pese a que el Estudio consideró un levantamiento de información sobre ingresos personales, en este Informe se decidió relacionar el gasto de bolsillo en Salud con el gasto total del hogar. Esto se debe básicamente a la calidad de la información reportada en ingresos y en gastos.

Visto en términos de quintiles o en términos de deciles de gasto total del hogar, se observa una importante gradiente en la participación del gasto de bolsillo en Salud. Dicha gradiente refleja progresividad en el gasto de bolsillo en Salud, vale decir, que en los hogares de menores

recursos (aquellos que gastan menos en total) la carga que representa el gasto de bolsillo en Salud es considerablemente menor, mientras en los hogares de mayores recursos (aquellos que gastan más en total) dicha carga es considerablemente mayor.

Sin descontar reembolsos, la media del gasto de bolsillo en Salud en el quintil I alcanza un 4,4% y desciende a 4,2% descontado los reembolsos. En tanto en el quintil V este indicador alcanza 13,5% y 12,2%, respectivamente. Si se profundiza el análisis por deciles se obtiene que, sin descontar reembolsos, la media del gasto de bolsillo en Salud en el decil I alcanza un 3,4% y desciende a 3,3% descontado los reembolsos. En tanto en el decil X este indicador alcanza 13,8% y 12,2%, respectivamente.

De estas cifras se pueden extraer dos antecedentes relevantes. Por una parte, la gradiente observada es más pronunciada entre los hogares de menores recursos que entre aquellos de mayores recursos, hecho que se puede advertir comparando los indicadores a nivel de quintiles y deciles (4,4% vs 3,4%; 4,2% vs 3,3%; 13,5% vs 13,8%, 12,2% vs 12,2%). Por otra parte, el impacto de los reembolsos es considerablemente mayor en los hogares de mayores recursos que en el resto de los hogares. En el quintil V los reembolsos explican la diferencia de 1,3 puntos porcentuales entre el gasto de bolsillo bruto y neto de reembolsos.

En los deciles IX y X esta diferencia alcanza 1,1 y 1,6 puntos porcentuales, respectivamente. En cambio, tanto a nivel de quintiles como de deciles las demás diferencias oscilan entre 0,1 y 0,5 puntos porcentuales.

En relación a la progresividad en el gasto de bolsillo en Salud, es importante advertir que se requiere profundizar en estudios que vinculen las necesidades o el estado de salud de la población, la utilización de servicios y la calidad de la atención. Por otra parte, es necesario advertir que el gasto de bolsillo es uno de varios componentes del financiamiento de la atención sanitaria y, en consecuencia, los criterios de progresividad, equidad y justicia financiera deben considerar un análisis del conjunto del

esquema de financiamiento.

La focalización (inversa) de los reembolsos en los hogares de mayores recursos es consistente con la segmentación del sistema de Seguridad Social de Salud, entre FONASA y el subsistema ISAPRE, y también con el gasto de bolsillo en seguros de salud privados.

Los resultados obtenidos en este Estudio permiten confirmar análisis basados en las Encuestas de Presupuestos Familiares del INE, específicamente en cuanto a concentración del gasto de bolsillo en Salud. Mientras el gasto total de los hogares alcanza una razón 20/20 de 9,8, para el gasto de bolsillo en Salud sin descontar reembolsos esta alcanza 28,4 y desciende a 25,8 descontando los reembolsos. Esto ratifica la necesidad de profundizar análisis como los mencionados anteriormente. Al revisar los componentes del gasto de bolsillo en Salud se advierte que Medicamentos ocupa el primer lugar en todos los quintiles, siendo seguido bastante lejos por otros componentes. En el quintil I este ítem de gasto representa 57,2% y desciende hasta el quintil V donde alcanza 39,0%. Su participación es claramente regresiva.

En general, la atención ambulatoria (Consultas Médicas y Servicio Dental) tiene un peso creciente entre los hogares de mayores recursos donde alcanza un peso de 33,0%, siendo progresivo su gasto de bolsillo. El peso de la atención hospitalaria en general es bastante menor a los anteriores.

Cuando se amplía el concepto de gasto de bolsillo en Salud para incluir las cotizaciones voluntarias realizadas por trabajadores independientes, el gasto en Servicios de Emergencia Móvil y los Seguros privados, su impacto es regresivo. Mientras en el quintil V se pasa de 12,2% a 14,3% (2,1 puntos porcentuales), en el quintil I se pasa de 4,2% a 7,9% (3,7 puntos porcentuales).

Otro aspecto relevante desde el punto de vista metodológico es que al calcular un gasto de bolsillo "per cápita" a nivel de hogares, corrigiendo el sesgo de escala en el gasto de consumo, los resultados obtenidos no difieren significativamente de los obtenidos en la "cuantilización de referencia". Por último, la

información que reporta el Estudio permite caracterizar socioeconómicamente los hogares objeto de análisis. Se observa que los hogares de menores recursos tienen jefes de hogar de edad más avanzada, que hay más mujeres cumpliendo ese rol y que hay más viudos. En cambio, en los hogares de mayores recursos se observa un mayor componente de parejas casadas, cuyo jefe de hogar es preferentemente hombre y de edad menor que en caso anterior.

Las necesidades de salud autoreportadas son claramente mayores entre los jefes de hogar de menores recursos.

Del conjunto de información relativa al empleo del jefe de hogar, resulta interesante destacar que los hogares de menores recursos poseen una situación de mayor vulnerabilidad, desprotección social y precariedad en su inserción laboral. Los hogares de mayores recursos, en cambio, poseen mayor porcentaje de jefes de hogar cotizantes, más trabajadores dependientes, menor desempleo, categoría ocupacional de mayor status y mayores beneficios.

Los resultados permiten observar la segmentación del sistema de Seguridad Social de Salud. Mientras en los cuatro primeros quintiles el peso de FONASA es bastante alto, aunque decreciente, este cae bruscamente en el quintil V donde el sistema ISAPRE alcanza un prácticamente la mitad de la población.

Finalmente, para consolidar un Sistema de Monitoreo y Seguimiento del Gasto de Bolsillo en Salud parece recomendable dar continuidad a este tipo de estudios. Para ello se propone considerar una periodicidad de entre 3 y 5 años. Por tratarse de un esfuerzo de gran envergadura y costo, es recomendable coordinar su realización con la Encuesta de Presupuestos Familiares del INE para obtener datos longitudinales intermedios. El contraste de información de ambas fuentes permitirá al sector disponer de indicadores adecuados y consistentes en el tiempo para medir este importante aspecto que refleja el grado de equidad y justicia financiera del sistema sanitario nacional.

Más información en: <http://www.minsal.cl/ucsas>