

Puntos de Referencia

Edición online
N° 478, marzo 2018

Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada desagregada

Stefano Bruzzo / Josefa Henríquez / Carolina Velasco

Resumen

El acceso universal a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista financiero para los hogares. Ello no parece ocurrir del todo en Chile, ya que 6 de cada 10 personas creen que no podrán pagar la atención que necesiten ante una enfermedad grave, a pesar de que 97% de la población declara estar cubierta por algún esquema previsional de salud. Ello podría explicarse porque en Chile el “gasto de bolsillo”, es decir, lo no cubierto por el esquema de previsión en salud, representa un alta proporción del gasto total en salud, relativo a otros países. En este trabajo se analiza dicho gasto en los hogares, para conocer quiénes y cómo son los que más gastan y cuáles son los principales destinos de estos desembolsos. Lo anterior aporta información para el desarrollo de políticas que busquen aliviar la carga financiera asociada a salud de los hogares.

Los datos muestran que en 2012 el gasto de bolsillo en salud representó 5,2% del gasto total de los hogares, los que, en promedio, destinaron a salud 18.122 pesos mensuales por persona. Ambos indicadores aumentan a medida que el hogar percibe ingresos más altos, cuando la proporción de adultos mayores y de mujeres es mayor y cuando el jefe de hogar está adscrito a una isapre. En este último caso, el gasto en salud es cuatro veces más que el de los hogares cuyo jefe está adscrito a Fonasa.

Uno de los hallazgos más relevante es que el principal destino del gasto en salud de los hogares es el ítem medicamentos (38%), seguido de consultas médicas (19,8%), exámenes de laboratorio y de rayos (11,8%) y servicios dentales (9,3%). Aún más importante, es que la proporción destinada a medicamentos es más alta en los hogares de menores recursos y en aquellos con mayor presencia de adultos mayores, lo que entrega luces respecto de una política que busque disminuir estos desembolsos.

Un segundo hallazgo que destaca, es que el gasto en salud se encuentra concentrado en algunos hogares. Así, el 20% que más gasta concentra el 80% del gasto y el 10% que más gasta el 61%. Dentro de los hogares que destinan una proporción alta (mayor a 14%) de sus gastos totales a salud, un 2,4% son pobres. Pero quizás más importante aún, es que para dos de cada 5 hogares en ese grupo, el gasto en salud se transforma en catastrófico. Para estos últimos hogares, el gasto en servicios hospitalarios, quirúrgicos y otros procedimientos cobra importancia en explicar el gasto en salud. Nuevamente, estos resultados orientan el diseño de políticas, especialmente si éste se busca focalizar en los hogares de mayor carga financiera asociada a salud.

La información que surge de este trabajo apunta a que, entre otros, existen ciertos gastos poco prevenibles (presencia de adultos mayores en el hogar), algunos que podrían ser prevenibles (gasto en medicamentos asociado a enfermedades prevenibles y servicios dentales), y otros que podrían ser subsidiados o contenidos dentro de los planes de salud (como medicamentos frecuentes y que son indispensables para determinados grupos). Lo anterior permite entonces diseñar estrategias acordes con los objetivos y estimar de mejor manera el potencial impacto a esperar de cada una de ellas.

Stefano Bruzzo. Estudiante de Ingeniería Comercial mención Economía, Universidad de Chile.

Josefa Henríquez. Economista de la Universidad de Chile. Investigadora del Centro de Estudios Públicos.

Carolina Velasco. Ingeniero Comercial con mención en Economía (PUC). Máster en Políticas Sociales (LSE). Investigadora del CEP.

Los autores agradecen los valiosos comentarios de Pablo Villalobos y Harald Beyer y la colaboración de Catalina Morales.

1. Introducción

El acceso universal a la salud exige que los ciudadanos puedan disponer de prestaciones que les permitan restituir y rehabilitar su salud cuando sea requerido, sin que ello se transforme en un evento catastrófico desde el punto de vista económico para los hogares. Por ello, muchos países se han enfocado en la protección financiera, aspecto esencial según autores como Musgrove (1996) y la Organización Mundial de la Salud (2010).

En Chile existen esquemas de previsión en salud que cubren a 97% de la población (Ministerio de Desarrollo Social 2016), sin embargo, el “gasto de bolsillo”¹, es decir, el gasto en salud que realizan las personas y que no es cubierto por dichos esquemas previsionales, es de 32%. Esta cifra es una de las más altas entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, que promedia 20% (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos 2017). Lo anterior se refleja en que, tres de cada cinco habitantes de Chile no creen que podrán pagar por la atención que necesiten ante una enfermedad grave (Superintendencia de Salud 2016)², situación que impacta en mayor medida a los usuarios del Fondo Nacional de Salud, Fonasa, que a los afiliados a alguna Institución de Salud Previsional, isapre (66 y 34% respectivamente). Asimismo, 1 de cada 5 personas declara que no pudo acceder a un tratamiento médico que necesitaba porque no podía pagarlo o que el pago de un tratamiento le generó problemas financieros (Centro de Estudios Públicos 2017).

.....
¹ La Organización Mundial de la Salud define el gasto de bolsillo como los pagos que realizan los individuos al momento en que utilizan un servicio y que no son cubiertos por el esquema previsional (seguro u otro esquema), lo cual excluye cualquier prepago en forma de impuestos, reembolsos o primas por contribuyentes dentro de un seguro específico.

² Pregunta A7: “¿Qué tan confiado está de que, si usted se enferma de gravedad, usted podrá pagar por la atención que necesita?” (Superintendencia de Salud 2016).

Considerando estos antecedentes, es relevante analizar el gasto de bolsillo en salud que realizan los hogares. Saber quiénes son los que más destinan recursos a este ítem y de qué depende dicho gasto, así como cuál es el destino de estos desembolsos, aporta en el desarrollo de políticas que busquen aliviar la carga financiera asociada a salud de los hogares. El presente trabajo realiza una revisión desagregada del gasto de bolsillo en salud (GBS), utilizando para ello la última versión de la Encuesta de Presupuestos Familiares (Instituto Nacional de Estadísticas 2013)³, que recaba datos de los años 2011 y 2012.

Existen varios trabajos que han estudiado el GBS de los hogares chilenos utilizando la Encuesta de Presupuestos Familiares (ver Anexo 2). Entre otros, éstos analizan cómo ha cambiado la carga financiera de los hogares asociada al GBS en el tiempo, la relación entre el GBS y variables como el ingreso y composición del hogar, o el tipo de previsión del jefe de hogar y la concentración de dicho gasto. Este trabajo se diferencia de los anteriores principalmente en su enfoque para calcular el GBS, puesto que en ellos se ha computado el GBS usando valores a nivel poblacional (esto es, sumando los gastos de los hogares y dividiendo por el total de hogares del país). En este trabajo en cambio se obtienen indicadores representativos de los hogares (es decir, se suman los gastos de cada hogar y se dividen por el número de integrantes de cada uno y luego se obtienen indicadores agregados)⁴. Dado lo anterior, los resultados difieren de los encontrados por quienes han utilizado la misma encuesta y, por tanto, no son directamente comparables. También se diferencia de los demás estudios en que se integra en un mismo documento el análisis

.....
³ Para una descripción de los datos, metodología y variables de la Encuesta de Presupuestos Familiares ver Anexo 1. Los anexos de este trabajo se pueden descargar en la página del Centro de Estudios Públicos www.cepchile.cl.

⁴ Los detalles metodológicos se encuentran en el Anexo 3.

del nivel del GBS, así como de su proporción en relación al gasto total de los hogares, su concentración y descomposición, relacionándolo con las características de los hogares, para todo el país.

En la siguiente sección se realiza un análisis del GBS per cápita de los hogares de Chile, seguido de la revisión de la relación entre GBS y gasto total de los hogares (GTH), es decir, de la carga financiera que el gasto en salud representa para las familias. Posteriormente, se desglosa el GBS para conocer los ítems a los que se destina la mayor proporción de recursos. En todos los casos se revisa la relación entre los indicadores estudiados y el ingreso, proporción de adultos mayores, proporción de mujeres y afiliación previsional en salud del jefe de hogar. Luego, se estudia la concentración del GBS y se caracteriza a los hogares que más destinan recursos a este ítem, incorporando también los indicadores de pobreza de las familias. Al término del documento se encuentran los comentarios finales y las referencias.

2. ¿Cuántos recursos destinan a salud los hogares? ¿Cómo son los hogares que (más) gastan?

En esta sección se describe el comportamiento del GBS⁵ a nivel de hogares en Chile por persona, para así poder comparar hogares de distinto tamaño (Cuadro 1)⁶. Para ello se estudia la relación entre el GBS (su monto y la proporción respecto del GTH) y las características de los hogares. Estas últimas son las que según la literatura influyen en el uso de servicios de salud (Henríquez y Velasco 2015 y

⁵ Si bien todos los individuos de 15 años y más del hogar registran sus gastos e ingresos (periódicos y no periódicos) de forma individual, en la base de datos la información está presentada a nivel de hogar (suma de los integrantes del hogar) y mensualizada.

⁶ Para información detallada acerca de los ítems considerados como gasto de bolsillo en salud y la temporalidad de su registro, ver Anexo 1.

CUADRO 1: GBS per cápita del hogar

$$GBS \text{ per cápita en el hogar } i = (GBS_i / N_i)$$

GBS_i = Gasto de bolsillo en salud del hogar i .

N_i = Número de personas que habitan en el hogar i .

Para obtener el gasto de bolsillo en salud per cápita (o por habitante del hogar), se suman los gastos en salud del hogar (sus distintos ítems) y esa suma es dividida por la cantidad de personas que habitan en él.

Fuente: Elaboración propia.

2016) y, por tanto, en el gasto en salud: sexo, nivel de ingresos, edad y tipo de previsión en salud.

2.1 Gasto de bolsillo en salud per cápita

A continuación se revisa el nivel del GBS por persona en los hogares chilenos, comparándolo entre quintiles de ingreso, tipo de previsión en salud del jefe de hogar, porcentaje de adultos mayores y de mujeres y edad promedio de los integrantes del hogar.

En la Tabla 1 se observa que el promedio (mensualizado) del GBS por persona de los hogares fue de 18.122 pesos (de 2012), y que éste se relaciona positivamente con el ingreso del hogar⁷. Este valor para alguien del quinto quintil (mayores ingresos) es el doble del monto que desembolsa alguien del cuarto quintil y casi 6 veces el del primer quintil (menores ingresos)⁸. Asimismo, quienes pertenecen a hogares cuyo jefe está adscrito a alguna isapre también presentan un GBS mayor (\$41.489) que en el resto de los casos. Esta cifra es casi 4 veces la de los hogares cuyo jefe está afiliado a

⁷ Quintiles construidos utilizando el ingreso disponible del hogar sin arriendo imputado (no se corrige por número de integrantes del hogar).

⁸ A lo largo de este documento cuando se indiquen diferencias entre una categoría y otra se alude a que estas diferencias son estadísticamente significativas con un 95% de confianza. Toda excepción se señala explícitamente en el texto.

TABLA 1: Gasto de bolsillo en salud per cápita mensual según quintil de ingresos y tipo de previsión en salud del hogar, en pesos de 2012(a)

Quintil de ingresos	GBS per cápita	Tipo de previsión en salud	GBS per cápita	
1	\$6.996	Fonasa	\$10.858	
2	\$9.109*	Grupo Fonasa	A	\$4.807
3	\$11.581*		B	\$11.100*
4	\$21.035*		C	\$12.262*
5	\$41.881*		D	\$17.330*
			No sabe	\$16.572*
Promedio nacional	\$18.122	Isapre	\$41.489*	
		Fuerzas Armadas y de Orden (FF.AA.)	\$27.710*	
		Otro	\$6.013	

(a) Todos los cálculos se realizaron utilizando el factor de expansión de la encuesta.

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer quintil. En la comparación por tipo de previsión en salud los asteriscos indican diferencias con respecto a Fonasa y, entre grupos de Fonasa, se compara con respecto al Grupo A.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

Fonasa (\$10.858). Dentro de estos últimos⁹, el gasto por persona en los hogares cuyo jefe está en el grupo D (mayores ingresos) es 3,6 veces el monto destinado en aquellos en que pertenece al grupo A (indigentes y carentes de recursos). En el grupo A el GBS es menos de la mitad del monto de quienes están en el grupo B, lo que obedece en parte a que los integrantes de dichos hogares sólo pueden atenderse en establecimientos gratuitos del Estado y no reciben reembolso de Fonasa si utilizan prestadores privados, debiendo pagar todo de su bolsillo. Quienes pertenecen a hogares cuyo jefe está afiliado al esquema de las Fuerzas Armadas y de Orden (FF.AA.) también gastan en promedio un monto mayor en salud que aquellos en que éste lo está a Fonasa (2,6 veces).

Estos hallazgos no son extraños. Existe evidencia en Chile de que los hogares de mayores ingresos y cuyo jefe de hogar está afiliado a una isapre, usan

en mayor medida los servicios de salud que el resto (Henríquez 2006, Henríquez y Velasco 2015). Dado lo anterior, se espera que un mayor uso de los servicios se traduzca en un mayor gasto. También se encuentra que las personas afiliadas a una isapre y de mayores ingresos utilizan en mayor medida servicios más costosos que aquellos en Fonasa, como las consultas de especialidad (Henríquez y Velasco 2015), pero también enfrentan mayores precios para los mismos servicios, como es el caso de las hospitalizaciones. En este análisis no se puede determinar el efecto de cada uno.

En la Tabla 2 se presenta el GBS per cápita del hogar, según el promedio de edad de sus integrantes y la proporción de personas mayores y de mujeres. Se aprecia que dicho gasto es mayor para los hogares con promedios etarios más altos. El menor nivel de gasto se presenta cuando los integrantes promedian entre 15 y 25 años, mientras que lo contrario ocurre cuando promedian 75 años o más. El gasto en este último tramo (\$38.513) es casi 4 veces el del tramo más joven (\$9.716). Al observar el GBS de las personas que provienen de hogares con ma-

⁹ En Fonasa los usuarios se clasifican en 4 grupos (A, B, C y D), principalmente según su nivel de ingreso y número de cargas. En el grupo A están aquellos de menos recursos y en el D los de mayor capacidad económica.

TABLA 2: Gasto de bolsillo en salud per cápita mensual según la composición del hogar (edad, género), en pesos de 2012

Promedio etario	GBS per cápita	Porcentaje de personas	GBS per cápita		
			60 años y más	75 años y más	Mujeres
15-25 años	\$9.716	0-24	\$14.957	\$16.684	\$18.650
26-35 años	\$16.222*	25- 49	\$14.027	\$17.949	\$13.156*
36-45 años	\$16.739*	50 -74	\$20.564*	\$35.669*	\$18.182
46-60 años	\$20.618*	75 y más	\$36.508*	\$36.182*	\$23.406*
61-74 años	\$32.331*				
75 años o más	\$38.513*				

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer tramo de cada columna.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

yor proporción de adultos mayores¹⁰ y de adultos de 75 años o más, se confirma el efecto encontrado. Este gasto aumenta de manera importante en aquellos hogares compuestos por 50% o más de adultos, ya sea mayores de 60 o de 75 años. Lo anterior es esperable, puesto que el estado de salud empeora con la edad (Ministerio de Salud 2017), y con ello aumenta el gasto (Correa-Burrows 2012).

Finalmente, se revisa la relación entre el GBS per cápita y la proporción de mujeres en el hogar, encontrándose que hogares con 75% o más mujeres tienen significativamente más gasto que aquellos con entre 0 y 24% de mujeres. No obstante, la tendencia no es clara ya que proporciones intermedias (25% y 74%) o presentan menor gasto que el primer tramo o no se encuentran diferencias significativas. Villalobos (2017), quien utiliza la misma encuesta que este trabajo, pero realiza un análisis de regresión, encuentra que una mayor proporción de mujeres en el hogar sí genera un mayor gasto. Finalmente, Núñez y Chi (2017), quienes usan datos de 2005 y de una fuente diferente (Encuesta nacional sobre satisfacción y gasto en salud, del Ministerio de Salud), no encuentran diferencias en el gasto entre mujeres y hombres.

¹⁰ Personas de 60 años o más según se define en la Ley 19.828 de 2002.

2.2. Gasto en salud como proporción del gasto total del hogar

En lo que sigue se estudia la proporción que representa el GBS respecto del GTH¹¹, lo que permite conocer la carga relativa financiera que la salud le significa a los diferentes hogares y con qué características de estos últimos se relaciona.

La Tabla 3 muestra que en 2011-2012 la proporción entre el GBS y el GTH en los hogares era en promedio 5,2%. Se observa que los hogares con más ingresos destinan un mayor porcentaje de su gasto total a salud en comparación con el primer quintil. Por ejemplo, la proporción del gasto total destinada a salud en el quinto quintil es 1,7 veces la del primer quintil (6,6 y 4% respectivamente). La relación encontrada se repite al comparar entre hogares cuyo jefe está clasificado en el grupo D de Fonasa (mayores ingresos) en comparación con aquellos en que pertenece al grupo A (indigentes y carentes de recursos). En cuanto al tipo de previsión, la relación es de 1,4 veces a favor de los hogares en que el jefe está afiliado a una isapre en comparación con aquellos en que lo está a Fonasa. Llama la atención que en el caso en que el jefe de hogar está afiliado

¹¹ Monto total gastado en todos los bienes y servicios consumidos por el hogar en el periodo abarcado por la encuesta.

TABLA 3: Relación entre gasto de bolsillo en salud y gasto total del hogar (GBS/GTH), según quintil de ingresos y tipo de previsión en salud del hogar, años 2011-2012

Quintil de ingresos	GBS/GTH (%)	Tipo de previsión en salud	GBS/GTH (%)	
1	4,0	Fonasa	4,7	
2	4,4	Grupo Fonasa	A	3,3
3	4,9*		B	5,1*
4	5,9*		C	5,2*
5	6,6*		D	5,7*
			No sabe	5,0*
Promedio nacional	5,2%	Isapre	6,8*	
		FF.AA.	7,8*	
		Otro	2,8	

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer quintil. En la comparación por tipo de previsión en salud los asteriscos indican diferencias con respecto a Fonasa y, entre grupos de Fonasa, se compara con respecto al grupo A.
Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

TABLA 4: Relación entre gasto de bolsillo en salud y gasto total del hogar (GBS/GTH), según la composición del hogar (edad, género), años 2011-2012

Promedio etario	GBS/GTH (%)	Porcentaje de personas	GBS/GTH (%)		
			60 años y más	75 años y más	Mujeres
15-25 años	3,7	0-24	4,3	4,7	3,5
26-35 años	4,5*	25-49	5,5*	7,3*	4,4*
36-45 años	4,9*	50-74	6,7*	9,9*	5,4*
46-60 años	5,7*	75 y más	8,5*	9,8*	6,2*
61-74 años	7,9*				
75 o más años	9,9*				

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer tramo de cada columna.
Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

CUADRO 2: Resumen de la relación entre el GBS y las características de los hogares, años 2011-2012

- El promedio de GBS por persona de los hogares fue de 18.122 pesos (mensual). La proporción entre el GBS y el GTH en los hogares alcanza en promedio 5,2%.
- El GBS se relaciona positivamente con el ingreso del hogar. Asimismo, quienes pertenecen a hogares cuyo jefe está adscrito a alguna isapre también presentan GBS mayor (\$41.489). Esta cifra es casi 4 veces en comparación con el caso de Fonasa (\$10.858). Esta relación se repite para la proporción GBS/GTH.
- Tanto el monto del GBS como el porcentaje de GTH destinado a salud aumenta cuando el promedio de edad de los habitantes del hogar crece, alcanzando \$38.513 y 9,9% respectivamente, cuando éstos promedian más de 75 años.
- Se encuentra que los hogares con mayor presencia femenina presentan mayor proporción GBS/GTH.

Fuente: Elaboración propia.

al esquema de las FF.AA., la relación con Fonasa es aún mayor (1,7 veces).

De acuerdo con lo esperado, el porcentaje del GTH destinado a salud aumenta cuando el promedio de edad de los habitantes del hogar crece (Tabla 4), alcanzando 9,9% cuando éstos promedian más de 75 años. Esta cifra es 2,7 veces la de los hogares cuya edad promedio está entre 15 y 25 años. La proporción GBS/GTH también aumenta cuando hay un mayor porcentaje de personas mayores en el hogar, cifra que en aquellos hogares compuestos por un 75% o más de adultos mayores duplica a la de aquellos hogares donde sólo hay un 25%. Respecto de la composición por género del hogar, a diferencia de lo observado en el análisis del monto de gasto, la relación GBS/GTH crece a medida que aumenta la presencia femenina en el hogar, en línea con lo encontrado por Villalobos (2017).

3. ¿Cuál es el destino del GBS?

En esta sección se busca responder las siguientes interrogantes: i) ¿cuáles son los bienes y servicios en que se concentra el GBS? y ii) ¿cómo cambia la proporción de gasto en estos ítems (respecto del GBS) según las características del hogar? Para ello se agrupa el gasto en 11 categorías, siguiendo la metodología de categorización usada por Castillo-Laborde y Villalobos (2013)¹². Al leer esta sección se debe tener en cuenta que este análisis se realiza sólo para los hogares que presentan gastos en salud.

La Tabla 5 muestra que casi el 80% del gasto en salud se concentra en cuatro ítems, donde destacan los medicamentos, que se llevan un 38% del GBS, duplicando al ítem que le sigue, consultas médicas

(19,8%). Luego están los servicios de laboratorio y rayos (11,8%) y servicios dentales (9,3%). También se observa que el orden de importancia de los ítems se mantiene entre quintiles, con la excepción del quinto quintil, que destina una mayor proporción del GBS a servicios dentales que a los de laboratorio y rayos. Sin embargo, existen diferencias en las magnitudes, donde destaca la elevada proporción destinada a medicamentos en los hogares de menores recursos (primer quintil), ocupando casi la mitad de su presupuesto (44,5%). Esta cifra va disminuyendo conforme aumenta el nivel de ingresos del hogar, siendo de 33% en el quintil 5. Ocurre lo contrario con las consultas médicas, servicios dentales, servicios de hospitalización y servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios, donde la proporción destinada es mayor para los hogares de mayores recursos.

La Encuesta de Protección Social del año 2015 (Ministerio del Trabajo y Previsión Social 2016) consultó de manera similar por ciertos tipos de gastos en salud. Si bien los resultados no son estrictamente comparables (tanto porque la clasificación de los ítems de gasto es distinta, como porque fue realizada 3 años después), al menos permiten tener una idea general del destino del gasto. En cuanto al desembolso en medicamentos, el reportado en la Encuesta de Presupuestos Familiares fue de \$14.958¹³ pesos de 2012 (\$16.827 pesos de 2015) y el promedio de gasto de la Encuesta de Protección Social para el último mes fue de \$20.114¹⁴ pesos de 2015.

En la Tabla 6 se analiza la descomposición del gasto en los diferentes ítems según el tipo de previsión del jefe de hogar. En general, se mantiene el orden de los ítems según la proporción que repre-

¹² Para el detalle sobre las glosas de gasto incluidas en cada categoría contactar a los autores (cvelasco@cepchile.cl).

¹³ Pregunta de la encuesta F26: "Descontando reembolsos, aproximadamente ¿cuánto gasta su hogar en medicamentos al mes?"

¹⁴ Gastos para ambas encuestas incluyen a aquellos que no gastaron en el ítem.

TABLA 5: Porcentaje del GBS destinado a cada ítem en promedio para los hogares, según quintil de ingresos años 2011-2012

Ítem de gasto en salud	Promedio	Quintil de ingresos				
		1	2	3	4	5
Medicamentos	38%	44,5%	39,6%	40,9%*	35,6%	33%
Consultas médicas	19,8%	16,2%	20,2%*	20,3%*	20,8%*	20,3%*
Servicios de laboratorio y rayos	11,8%	14,5%	12,7%	11,5%	11,9%	9,7%*
Servicios dentales	9,3%	7,5%	8,4%	7,2%	10,5%*	11,4%*
Artículos ópticos	7,8%	7,6%	8,0%	7,7%	8,1%	7,7%
Servicios de hospitalización	5,2%	3,1%	3,5%	4,8%*	5,7%*	7,6%*
Otros productos	2,9%	1,8%	2,2%	2,0%	2,6%	5,1%*
Servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios	2,6%	1,7%	2,7%	3,1%*	2,6%	2,9%*
Insumos médicos	2,0%	2,2%	2,8%	2,3%	1,5%	1,6%
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,3%	0,7%*	0,1%	0,2%	0,4%	0,4%
Servicios de emergencia móvil	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,3%	0,2%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer quintil.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

TABLA 6: Porcentaje del GBS destinado a cada ítem, según tipo de previsión en salud del jefe de hogar, años 2011-2012

Ítem de gasto en salud	Prom.	Isapre	Fonasa	Grupos Fonasa					FF.AA.	Otro
				A	B	C	D	No sabe		
Medicamentos	38,0%	32,2%*	39,8%	48,8%	39,9%*	33,9%*	34,1%*	39,7%*	38,0%*	44,9%
Consultas médicas	19,8%	21,7%*	19,3%	15,9%	19,9%*	21,5%*	20,9%*	18,1%	18,4%	10,1%
Servicios de laboratorio y rayos	11,8%	10%	12,8%	10,2%	13,6%*	13,9%*	14,5%*	10,4%	9,0%	6,0%
Servicios dentales	9,3%	11%*	8,5%	8,1%	7,0%	10,6%	10,1%	8,1%	9,0%	12,3%
Artículos ópticos	7,8%	7,8%	8,0%	7,1%	8,8%	7,6%	7,1%	9,5%	7,5%	11,8%
Servicios de hospitalización	5,2%	7,8%*	4,0%	2,2%	3,4%	5,7%*	5,3%*	5,1%*	9,4%*	1,7%
Otros productos no desglosados	2,9%	4,9%*	2,1%	1,7%	2,0%	1,9%	2,8%	2,8%	3,8%	7,1%
Servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios	2,6%	2,5%	2,7%	2,2%	2,5%	3,0%	3,0%	2,9%	3,3%	0%*
Insumos médicos	2,0%	1,4%*	2,4%	3,5%	2,1%	1,6%	1,9%	3,0%	1,3%*	6,1%
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,3%	0,3%	0,4%	0,3%	0,6%	0,2%	0,1%	0,4%	0,2%	0,0%
Servicios de emergencia móvil	0,2%	0,4%*	0,1%	0,0%	0,2%*	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto a Fonasa y, entre grupos de Fonasa, se compara con respecto al Grupo A.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

TABLA 7: Porcentaje del GBS destinado a cada ítem, según porcentaje de adultos mayores y de mujeres en el hogar, años 2011-2012

Ítem de gasto en salud	Porcentaje de adultos mayores				Porcentaje de mujeres			
	0-24	25- 49	50 -74	75 y más	0-24	25- 49	50 -74	75 y más
Medicamentos	36,2%	36,4%	40,7%*	47,3%*	39,7%	35,1%	38,7%	39,1%
Consultas médicas	20,9%	20,1%	16,4%*	16,5%*	17,1%	21,7%*	19,2%	19,8%
Servicios de laboratorio y rayos	11,3%	12,8%	14,0%	11,8%	8,9%	11,3%	12,0%*	12,7%*
Servicios dentales	10,4%	8,2%	7,3%*	5,6%*	10,3%	9,5%	9,4%	8,5%
Artículos ópticos	7,6%	8,6%	8,0%	8,2%	10,6%	7,7%	7,8%	7,2%
Servicios de hospitalización	5,7%	5,0%	4,5%	3,5%*	3,5%	5,9%*	5,0%*	5,4%*
Otros productos no desglosados	3,2%	2,1%*	2,9%	1,9%*	3,9%	3,1%	2,8%	2,9%
Servicios quirúrgicos y procedimientos médicos ambulatorios	2,4%	3,1%	3,8%	2,7%	3,7%	2,7%	2,6%	2,3%
Insumos médicos	2,0%	2,8%	1,7%	1,7%	1,9%	2,3%	2,0%	1,6%
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,3%	0,7%	0,6%	0,2%	0,0%	0,6%*	0,3%*	0,3%
Servicios de emergencia móvil	0,1%	0,3%	0,3%	0,5%*	0,2%	0,1%	0,2%	0,3%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: El asterisco indica diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer tramo (0-24%).

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

sentan del GBS, pero se encuentran diferencias en las magnitudes. Por ejemplo, en aquellos hogares cuyo jefe de hogar está adscrito a Fonasa, el porcentaje destinado a medicamentos es mayor que en aquellos hogares donde está afiliado a alguna isapre (39,8 contra 32,2%), lo mismo ocurre en el caso de los insumos médicos (2,4 contra 1,4%). Esta relación se invierte en el caso de las consultas médicas (19,3 contra 21,7%), los servicios dentales (8,5 contra 11%), de hospitalización (4,0 contra 7,8%) y de emergencia móvil (0,1 contra 0,4%). Estas diferencias podrían indicar que los hogares cuyo jefe está adscrito a alguna isapre acceden más a los servicios previamente mencionados, como fuera encontrado en trabajos previos (Henríquez y Velasco 2015), pero también podría deberse a que pagan más por ellos. Llama la atención que las personas del grupo A de Fonasa estén destinando recursos a consultas médicas (e incluso a servicios de laboratorio y rayos y dentales), dado que sólo pueden acceder a prestadores gratuitos

en Fonasa. Lo anterior implica que están optando por tomar estos servicios pagando de su bolsillo el costo total de éstos.

En la Tabla 7 se muestra el desglose del gasto según el porcentaje de adultos mayores (más de 60 años) y de mujeres en el hogar. En el primer caso, si bien el orden de los ítems (según la proporción que representan del GBS) se mantiene en relación con el promedio de los hogares, existen diferencias en las magnitudes conforme aumenta la presencia de adultos mayores en el hogar. Por ejemplo, el porcentaje del GBS destinado a medicamentos aumenta en la medida que la proporción de adultos mayores en el hogar crece, siendo 36,2% en aquellos hogares compuestos por menos de 25% de adultos mayores y 47,3% cuando está compuesto por 75% o más. Lo contrario ocurre con las consultas médicas y servicios dentales. En este último caso las cifras caen de 10,4 a 5,6%, respectivamente.

CUADRO 3: Resumen de los hallazgos respecto al destino del GBS

- Más de tres cuartas partes del gasto en salud (78,9%) se concentra en cuatro ítems, destacando la proporción en medicamentos (38%), que duplica al que le sigue (consultas médicas con 19,8%). Luego están los servicios de laboratorio y rayos (11,8%) y los servicios dentales (9,3%).
- En aquellos hogares cuyo jefe de hogar está adscrito a Fonasa, las proporciones del GBS destinadas a medicamentos e insumos médicos son mayores que en aquellos hogares donde está afiliado a alguna isapre. Lo contrario ocurre para las consultas médicas y los servicios dentales, de hospitalización y de emergencia móvil.
- El porcentaje del GBS destinado a medicamentos aumenta en la medida que la proporción de adultos mayores en el hogar crece, en oposición al caso de las consultas médicas y servicios dentales.
- La proporción del GBS en servicios de hospitalización y de laboratorio y rayos, es más baja en los hogares con bajo porcentaje de mujeres (0 a 24%).

Fuente: Elaboración propia.

Que los hogares con mayor presencia de adultos mayores gasten menos en consultas puede ser causado porque dichos integrantes tienen más dificultades físicas que los más jóvenes¹⁵, lo que les obstaculiza el acceso a los servicios médicos (Ministerio de Desarrollo Social 2016, Henríquez y Velasco 2016). Por su parte, que la proporción del gasto destinado a medicamentos aumente, puede responder a que los adultos mayores sufren enfermedades crónicas en mayor medida que los más jóvenes (Ministerio de Salud 2017), lo que se traduce en mayor uso permanente de medicamentos.

Finalmente, respecto de la proporción de mujeres en el hogar, las únicas diferencias que se encuentran están en los servicios de hospitalización y de laboratorio y rayos, puesto que los hogares compuestos por 0 a 24% de mujeres destinan un porcentaje menor del GBS a dichos ítems en relación con el resto de los hogares.

¹⁵ Del total de personas de 15 años y más con dificultades para realizar actividades de la vida diaria (comer, bañarse, moverse, utilizar el baño, acostarse, vestirse), un 71,3% son adultos mayores (60 años o más) (Ministerio de Desarrollo Social 2016).

4. ¿Quiénes concentran el gasto?

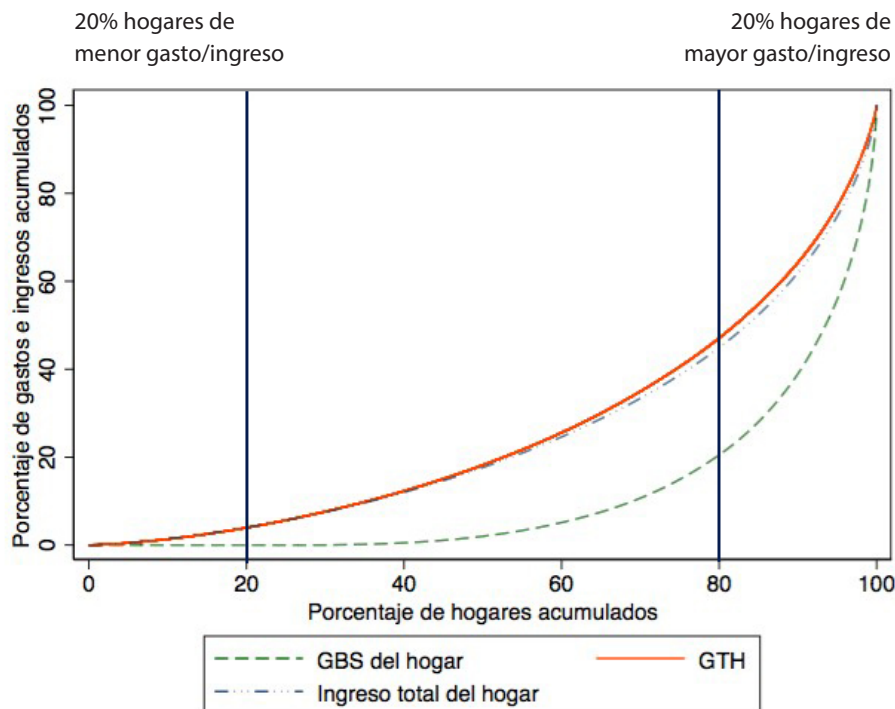
En esta sección se busca responder las interrogantes ¿cómo se distribuye el GBS en los hogares? y ¿cómo son aquellos que más destinan recursos de su bolsillo a salud? Para ello, en la Figura 1 se muestra el nivel de concentración del GBS por hogar, del GTH y del ingreso del hogar (siguiendo a Cid y Prieto 2012). En las curvas se representa la proporción del gasto e ingreso total de los hogares que acumula cada porcentaje de hogares, ordenados según su nivel de gasto e ingreso (de menor a mayor). Una línea recta de 45 grados indicaría que cada hogar tiene el mismo gasto o ingreso (por ejemplo, el 20% de los hogares acumula 20% del gasto, el 50% acumula 50% del gasto y así sucesivamente). Por el contrario, mientras más pronunciada es la curva, más acumulado está el ingreso o gasto en unos pocos hogares.

Se observa que en los tres casos hay concentración y que ésta es similar entre el GTH y el ingreso del hogar (al menos hasta el 60% de los hogares, luego se separan levemente). En el primero, el 20% de los hogares que más gasta acumula el 53% del gasto total y en cuanto a la distribución del ingreso, el 20% de mayores ingresos acumula 55% de

éste. Sin embargo, el GBS está mucho más concentrado. Por una parte, existe un 28% de hogares que no realiza desembolsos en salud, es decir, todo el gasto es realizado por el restante 72% de los hogares. Por otra parte, el 20% que más gasta, acumula casi el 80% del GBS total y el 10% de mayor gasto allega 61% del GBS total. Dado lo anterior, es relevante conocer las características de estos hogares.

Para ello se realizan tres ejercicios. Primero, se analizan los hogares de cada decil de GTH, es decir, se ordena a los hogares según su nivel de GTH y se dividen en diez grupos de igual cantidad de hogares (el decil 1 agrupa al 10% de los hogares que gastan menos y el decil 10 al 10% de aquellos que más gastan). Se asume que el gasto total del hogar es un indicador de los ingresos del hogar. Luego, dentro de cada decil se revisa si existen hogares que estén destinando una proporción mayor que el promedio GBS/GTH (5,2%) para así saber dónde se concentran los que destinan gran parte de su gasto total a salud. Segundo, se estudian las características de los hogares que destinan a salud una mayor proporción de su gasto total (GBS/GTH). Finalmente, se revisa qué ítem del gasto en salud es más relevante en el caso de los hogares que están destinando una mayor proporción de su gasto total a salud.

FIGURA 1: Curvas de concentración del GBS del hogar, GTH e ingreso del hogar en 2011-2012



Nota: En el eje horizontal están ordenados los hogares según su nivel de gasto e ingreso (dependiendo de la curva). En el eje vertical se presenta la proporción acumulada del gasto e ingreso correspondiente a cada proporción de hogares.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

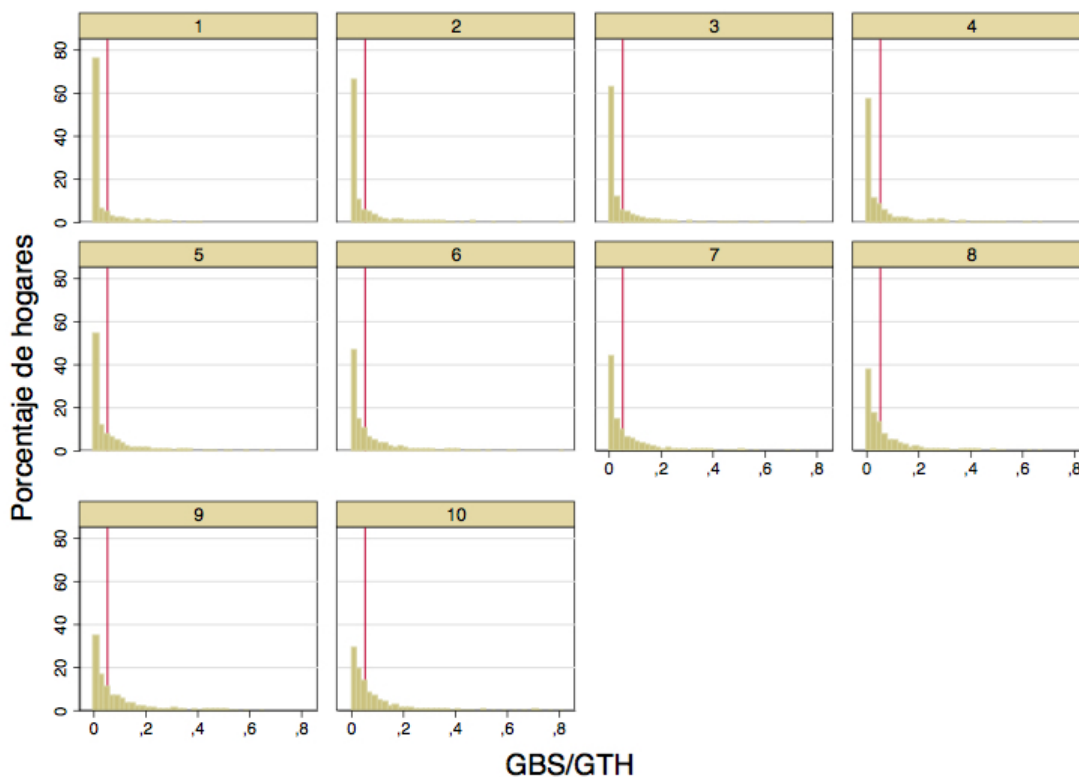
4.1. Distribución de los hogares según su GBS/GTH en cada decil de GTH

En la Figura 2¹⁶, se muestra en cada gráfico un decil de GTH. En cada decil se observa la distribución de los hogares, según la proporción de su gasto total que destinan a salud (GBS/GTH). La línea vertical representa el promedio de dicha proporción (5,2%, según se encontró en la subsección 2.2). Dada la alta correlación entre ingresos de los hogares y su gasto total¹⁷, este ejercicio permite conocer, por ejemplo, si existen hogares de baja

¹⁶ Ver Anexo 4 para una ampliación de la distribución de la proporción GBS/GTH para los deciles de GTH uno, cinco y diez.

¹⁷ La correlación entre el gasto total de los hogares y sus ingresos es de 0,70.

FIGURA 2: Distribución de hogares según relación GBS/GTH, por decil de GTH, años 2011-2012



Nota: La línea roja representa el promedio de la relación GBS/GTH (5,2%). El ancho de cada barra es de 2% y todos los gráficos parten desde 0% (menor valor observado de la relación GBS/GTH). Cada gráfico muestra un decil de GTH.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

capacidad financiera (bajo gasto total) que están destinando una alta proporción de sus recursos a salud.

Se observa que en el decil de menor gasto total (capacidad financiera), sólo 15% de los hogares destina una proporción mayor al promedio de sus gastos totales a salud. A medida que se avanza en los deciles de GTH, esta cifra aumenta, llegando a 43% en el último decil. Es decir, en todos los deciles de gasto total, existen hogares que destinan una alta proporción de sus gastos a salud, aunque, los de mayor capacidad financiera presentan tasas mayores. Por ello, en la subsección que sigue se compara a los hogares que destinan una mayor proporción de su gasto total a salud con el resto.

4.2. Caracterización de los hogares según la proporción de su gasto total destinado a salud (GBS/GTH)

En la Tabla 8 se presentan los hogares ordenados en deciles según la proporción GBS/GTH¹⁸. Así, en los deciles bajos están los hogares que destinan una proporción baja de su gasto total a salud. Por ejemplo, en los dos primeros deciles y en parte del tercero, están los hogares que destinan cero gastos a salud. Por el contrario, en el decil 10 la proporción

¹⁸ En este caso un hogar puede tener un GBS muy elevado, pero también un gasto total muy elevado, por lo que la proporción que los desembolsos en salud representan serían bajos. Por tanto, si bien estos hogares quedarían clasificados como de alto GBS, en los grupos de GBS/GTH quedarían dentro de los rangos bajos.

TABLA 8: Caracterización de los deciles de GBS/GTH, años 2011-2012

Decil	GBS/GTH (mín.-máx.)	GTH per cápita (mín.-máx.)	Edad	% adultos mayores	% mujeres	% isapre	% pobres	% con gasto catastrófico en salud
1	0%	142.799 (4.635-2.717.210)	39,3	22,0	53,7	7,9	18,8	0,0
2	0%	151.008 (3.939-1.969.787)	38,6	22,3	51,1	7,3	16,9	0,0
3	0%* (0%-0,2%)	177.090* (2.667-3.526.545)	38,1	20,1	50,8	9,7	13,7	0,3
4	0,5%* (0,2%-0,9%)	256.004* (28.468-3.001.203)	35,9*	16,3*	50,2*	17,0*	2,1*	0,0
5	1,4%* (0,9%-1,9%)	307.925* (21.840-2.964.055)	35,8*	15,8*	51,8	21,4*	3,4*	0,0
6	2,6%* (1,9%-3,4%)	311.449* (18.587-2.942.703)	35,6*	15,4*	53,9	25,1*	3*	0,0
7	4,2%* (3,4%-5,2%)	310.651* (17.835-4.225.099)	37,4	19,6	55,5	23,0*	2*	0,0
8	6,6%* (5,2%-8,3%)	324.507* (11.214-3.506.859)	39,3	22,2	54,2	25,2*	2,3*	0,0
9	10,8%* (8,3%-14,3%)	355.886* (15.690-4.111.127)	41,7*	26,5*	56,9*	26,3*	3,7*	0,7*
10	25,4%* (14,3-81,5%)	361.410* (19.202-2.823.038)	48,1*	38,9*	58,8*	27,5*	2,4*	39,7*
Total	5,2%	269.859	39,0	21,9	53,6	19	6,8	4,1

Notas: En asterisco diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al primer decil.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

GBS/GTH es en promedio 25,4%, pero existen hogares que destinan hasta 81,5% a salud.

Se observa que hasta el decil 7 los hogares destinan un porcentaje de sus gastos a salud menor al promedio de 5,2%, quedando más de 900 mil hogares —de los 3.009.720 que captura la encuesta—, en los tres últimos deciles de mayor gasto, con proporciones mayores que el promedio. En los dos últimos deciles (más de 600 mil hogares) esta cifra es mayor a 10%. En promedio, dichos hogares tienen mayor capacidad financiera, una mayor proporción de sus jefes de hogar está adscrito a una isapre y se componen en mayor medida de mujeres y adultos mayores (consecuentemente, su edad promedio es mayor) que el resto de los hogares. Pero también se encuentran hogares de baja capacidad financiera en los deciles más altos de gasto en salud. Es decir, hogares de

bajo gasto —y probablemente también de bajos ingresos—, que están destinando gran parte de éste a salud. Ello se aprecia también en que un 3,7 y 2,4% de los hogares de los dos deciles de mayor GBS/GTH, respectivamente, son pobres¹⁹ (el promedio de hogares pobres de la encuesta es de 6,8%).

Este alto gasto en salud en relación al gasto total de los hogares se transforma en un gasto catastrófico para 4,1% de los hogares, para quienes el desembolso en salud representa más del 30% de su capacidad de pago²⁰ (Xu 2005). Dichos hogares se concentran

¹⁹ Para el cálculo de pobreza se utiliza la metodología de Xu (2005). Los resultados de su aplicación se detallan en el Anexo 5.

²⁰ Capacidad de pago se define como “los ingresos efectivos del hogar que están por encima del nivel de subsistencia”. El nivel de subsistencia se refiere al “gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico”. Los detalles de la metodología se encuentran en Xu (2005).

TABLA 9: Porcentaje de GBS destinando a productos de salud por hogares, según decil de GBS/GTH y gasto catastrófico, años 2011-2012

Ítem de gasto	Promedio	Decil de GBS/GTH								Gasto catastrófico
		3	4	5	6	7	8	9	10	
Medicamentos	38,0%	51,6%	45,0%	42,0%	39,7%*	37,8%*	35,9%*	33,1%*	29,9%*	27,3%*
Consultas médicas	19,8%	25,9%	30,4%	22,2%*	19,8%	20,3%	16,4%*	15,7%*	12,8%*	11,1%*
Servicios de laboratorio y rayos	11,8%	3,4%	8,5%*	13,2%*	13,4%*	12,9%*	11,5%*	14,4%*	10,2%*	10,5%
Servicios dentales	9,3%	5,7%	5,1%	7,0%	9,4%	8,2%	8,6%	11,1%	16,4%*	16,2%*
Artículos ópticos	7,8%	4,4%	3,4%	4,4%	7,9%	9,3%*	11,5%*	10,8%*	8,2%*	8,7%
Servicios de hospitalización	5,2%	0,7%	2,3%*	2,7%*	3,6%*	3,7%*	5,7%*	6,8%*	12,6%*	14,9%*
Otros productos no desglosados	2,9%	3,9%	1,5%	3,2%	2,1%	2,7%	4,7%	3,4%	2,7%	2,3%
Servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios	2,6%	0,7%	1,0%	1,9%	2,4%*	2,2%*	3,7%*	2,7%*	5,0%*	5,9%*
Insumos médicos	2,0%	3,7%	2,8%	3,2%	1,5%	2,0%	1,6%	1,1%*	1,5%	1,9%
Artículos ortopédicos y terapéuticos	0,3%	0,0%	0,0%	0,3%	0,1%	0,7%*	0,2%	0,6%*	0,6%*	1,1%
Servicios de emergencia móvil	0,2%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%*	0,2%	0,3%*	0,3%	0,2%*	0,1%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Nota: Se omiten deciles 1 y 2 por no presentar gastos (GBS igual a cero). En asterisco diferencias estadísticamente significativas (95% de confianza) con respecto al decil 3. En el caso de los hogares con gasto catastrófico en salud, los asteriscos indican diferencias significativas respecto del resto de los hogares.

Fuente: Elaboración propia en base a Instituto Nacional de Estadísticas (2013).

en los últimos deciles de GBS/GTH y principalmente en el último, donde 40% de los hogares cae en esta categoría, es decir, 119.279²¹. Lo anterior implica que para un grupo importante de hogares el seguro de salud, que incluye en todos los casos cobertura catastrófica, no está siendo efectivo.

Ahondando en las características de los hogares que presentan gasto catastrófico en salud, se encuentra que éstos destinan en promedio 35,1% de sus gastos totales a salud, lo cual es casi 10 veces el porcentaje destinado por los hogares sin gasto catastrófico (3,9%) y que el promedio (5,2%). Adicionalmente, estos hogares son más añosos que

el resto²² (51 y 38,5 años, respectivamente) y por consiguiente, se componen en mayor proporción por adultos mayores que el resto (45,4 y 20,9%, respectivamente). El porcentaje de mujeres (60%) supera en casi 7 puntos porcentuales —estadísticamente significativos— a aquel de hogares que no tienen gasto catastrófico (53,4%). Sin embargo, se observa que ambos grupos (hogares con y sin gasto catastrófico en salud) tienen ingresos estadísticamente similares, aun cuando los hogares con jefes de hogar pertenecientes al grupo B de Fonasa son los que se ven mayormente afectados por los desembolsos en salud (26,4%). Caracterizar a estos hogares permite una mayor focalización de

²¹ En total, los hogares con gasto catastrófico alcanzan 122.349.

²² Comparaciones con el grupo de personas que no tiene gastos catastróficos.

CUADRO 4: Resumen de los hallazgos respecto de la concentración del gasto en salud

- El gasto en salud se encuentra más concentrado en algunos hogares (que el ingreso y gasto total).
- 28% de los hogares no destina recursos a salud, pero el 20% que más gasta concentra el 80% del gasto total en salud y el 10% de mayor gasto el 61%.
- Los hogares que destinan una proporción alta del GTH a salud se caracterizan por:
 - Tener una mayor concentración de mujeres y adultos mayores (y mayor edad promedio del hogar).
 - Tener mayores ingresos y gastos en promedio, aunque también se encuentran hogares de baja capacidad financiera.
 - Tener en mayor medida un jefe de hogar afiliado a una isapre.
 - Destinar una menor proporción del GBS que el resto a medicamentos, consultas médicas e insumos médicos, y una mayor proporción a servicios dentales, artículos ópticos, servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios, pero especialmente a servicios de hospitalización.
- Un 3,7 y 2,4% de los hogares de los dos deciles de mayor GBS/GTH, respectivamente, son pobres.
- El gasto en salud se transforma en un gasto catastrófico para el 40% de los hogares del último decil de GBS/GTH. Los hogares con gastos catastróficos tienen en promedio mayor edad y mayor proporción de mujeres. Sin embargo, los ingresos entre los que tienen y no gastos catastróficos no difieren, aun cuando los hogares con jefes de hogar en el grupo B de Fonasa son los más afectados por gastos catastróficos en salud.

Fuente: Elaboración propia.

políticas que busquen aliviar la carga financiera que implica el gasto de bolsillo en salud.

4.3. Concentración del GBS según ítem de gasto

Finalmente, en lo que sigue se busca entender a qué ítems se destina el gasto en salud en los hogares que concentran mayores proporciones de GBS/GTH. Para ello se toman los mismos deciles del ejercicio anterior (omitiendo a los dos primeros que no presentan GBS) y se analiza el destino de los recursos en salud. La Tabla 9 indica que para los hogares de mayor GBS/GTH (deciles 9 y 10), los medicamentos, consultas médicas e insumos médicos son menos relevantes que para los hogares de menor GBS/GTH y que para el promedio de los hogares. Por el contrario, su gasto se explica en mayor medida (que para el resto de los hogares) por el uso de servicios dentales,

artículos ópticos, servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios, pero especialmente por servicios de hospitalización. Estos últimos representan 12,6% de su GBS, a diferencia de 0,7% para los hogares del decil de menor gasto (Tabla 9) y que el promedio de 5,2%. Más aún, si se toma sólo a los hogares que presentan gastos catastróficos, la proporción que se llevan los servicios hospitalarios sube a 15% (que ahora pasan a ser el tercer ítem de mayor gasto), los servicios dentales a 16% (segundo ítem de gasto más importante) y los servicios quirúrgicos y procedimientos ambulatorios a 5,9%. Por el contrario, los medicamentos tienen menor peso relativo en este grupo que en el resto, aun cuando se mantienen como el ítem con mayor gasto relativo (27,3%), al igual que las consultas médicas (11%)²³.

²³ Estos datos no aparecen en las tablas, pero fueron calculados por los autores y están a disposición de quienes los requieran.

5. Comentarios finales

Para avanzar hacia un sistema con cobertura universal, se debe procurar que el acceso a atenciones y servicios de salud no dependa de los ingresos de las personas y que no les signifique un problema financiero a los hogares. Dado que en Chile una proporción alta del gasto total en salud proviene directamente del bolsillo de las personas, es decir, no es cubierta por los esquemas de previsión en salud, en este documento se busca entender cuántos y cómo son los hogares que más gastan de su bolsillo en salud y en qué lo hacen.

Los resultados muestran que en 2011-2012, el gasto promedio (mensualizado) por persona en los hogares fue de 18.122 pesos (de 2012) y la proporción que representa el gasto de bolsillo en salud respecto del gasto total del hogar fue de 5,2%. Ambos indicadores (GBS por persona y GBS/GTH) son más altos en los hogares de mayores recursos, donde el jefe de hogar está afiliado a una isapre y cuando la composición del hogar tiene mayor presencia femenina y de adultos mayores (y edad promedio).

Estos resultados están en línea con la literatura y evidencia. En particular, los adultos mayores tienen mayor probabilidad de contraer enfermedades (crónicas) y así requerir más servicios de salud y, por tanto, destinar más recursos a este concepto y, especialmente, a ciertos ítems, como medicamentos, según se observa en este trabajo. Por el contrario, destinan una menor proporción a consultas médicas y servicios dentales, lo que podría explicarse por sus mayores dificultades físicas para acceder a estos servicios, según se ha evidenciado. Por su parte, la disponibilidad de mayores ingresos (que se relaciona con la afiliación a una isapre) puede inducir a un mayor gasto, derivado de un mayor uso de los servicios así como también por utilizar los más costosos (como consultas de especialidad o servicios dentales), según se ha estudiado.

Al desglosar el gasto por los distintos productos y servicios, aparece un primer hallazgo de importancia. Se encuentra que los medicamentos son el principal destino del gasto de bolsillo de los hogares, llevándose un 38% del GBS, duplicando al ítem que le sigue, consultas médicas, con 19,8%. Los servicios de laboratorio y rayos, y servicios dentales ocupan el tercer y cuarto lugar con 11,8 y 9,3% respectivamente. Esta jerarquía se mantiene según ingresos, afiliación previsional en salud del jefe de hogar y composición del mismo (género y edad). Sin embargo, las magnitudes cambian. Por ejemplo, los medicamentos son más importantes para los hogares del primer quintil de ingresos (llevándose casi la mitad de su gasto en salud). Por el contrario, las consultas médicas, servicios dentales y hospitalizaciones se llevan mayores proporciones de gasto en los de mayores ingresos. Lo anterior es relevante para efectos de diseñar una política pública que busque aliviar la carga financiera de los hogares en salud, puesto que, si se enfoca en los medicamentos, reduciría una parte importante de dicha carga, pero especialmente para las familias de menores recursos.

Un segundo hallazgo de importancia es que el gasto en salud se encuentra bastante concentrado en algunos hogares. Por una parte, un 28% de los hogares no destina recursos a salud, pero el 20% que más gasta concentra el 80% del gasto total en salud y el 10% de mayor gasto, 61%. Los hogares que destinan una mayor proporción de su gasto total a salud se componen en mayor medida por mujeres y adultos mayores, tienen con mayor probabilidad un jefe de hogar afiliado a una isapre y tienen mayor capacidad financiera. No obstante, se observa que hay hogares de bajo gasto total (e ingreso total) que destinan una alta proporción a salud. En efecto, un 3,7 y 2,4% de los hogares de los dos deciles de mayor GBS/GTH, respectivamente, son pobres. En este sentido cabe preguntarse, por qué estos individuos están destinando parte

importante de sus gastos a salud, cuando su situación económica los califica para atenderse de forma gratuita en la red estatal.

De todas maneras, el impacto del gasto en salud no sólo afecta a los hogares de menores recursos, puesto que, en el decil de mayor GBS/GTH, este desembolso se transforma en catastrófico para un 40% de los hogares. Y, al comparar los ingresos per cápita de los hogares con y sin gasto catastrófico en salud, se aprecia que no hay diferencias significativas. Ello informa que, si bien existen hogares pobres con alto gasto de bolsillo, aquellos donde el gasto se transforma en un problema financiero de gran magnitud afecta a los hogares indistintamente de su nivel de ingresos, y más bien tiene que ver con la edad de sus integrantes y la proporción de mujeres.

Si bien los causantes del alto gasto en los hogares que destinan una mayor proporción de su gasto a salud siguen siendo los medicamentos, dicha proporción es menor que para el resto, cediendo espacio a las hospitalizaciones y otros procedimientos quirúrgicos que ahora cobran más importancia. Nuevamente, estos resultados orientan el diseño de políticas que busquen abordar el GBS y, especialmente, si se quiere focalizar en los hogares donde dicho gasto es catastrófico. En este último caso los ítems de mayor relevancia son los medicamentos, servicios dentales y servicios hospitalarios.

En términos generales, es posible señalar que los esquemas previsionales están dejando fuera gastos de salud que son muy relevantes para las familias, como medicamentos y servicios de hospitalización, quirúrgicos, ópticos y dentales, entre otros. Además, si bien tanto el esquema de Fonasa como de las isapres cuentan con protección para gastos catastróficos, el análisis apunta a que este está siendo insuficiente. Ello podría explicar la sensación de inseguridad y desprotección por parte de las personas en el ámbito de la salud, sobre todo para

las familias de menores ingresos (Superintendencia de Salud 2016 y Centro de Estudios Públicos 2017).

Además de la mejora de los esquemas previsionales, existen diferentes herramientas o políticas que pueden ayudar en la disminución del GBS, como la contención del gasto innecesario, la prevención, los subsidios (a personas o prestaciones), entre otros. La información que surge de este trabajo apunta a que existen ciertos gastos poco prevenibles (presencia de adultos mayores en el hogar), algunos que podrían ser prevenibles (gasto en medicamentos asociados a enfermedades cardiovasculares y servicios dentales), y otros que podrían ser subsidiados o contenidos dentro de los planes de salud (como medicamentos frecuentes y que son indispensables para determinados grupos). Lo anterior permite entonces diseñar estrategias acordes con los objetivos y estimar de mejor manera el potencial impacto a esperar de cada una de ellas.

6. Referencias

- Bitrán R. & Muñoz, R., 2012, "Health financing and household health expenditure in Chile", en F.M. Knaul, R. Wong, & H. Arreola-Ornelas (eds), *Household spending and impoverishment: volume 1 of financing health in Latin America series*, pp. 129–151, Harvard University Press, Cambridge.
- Castillo-Laborde, C. & Villalobos, P., 2013, "Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección", *Revista Médica de Chile* 141(11), 1456-1463.
- Centro de Estudios Públicos, 2017, "Estudio de Opinión Pública N 80, 2011 y julio-agosto", disponible en: <http://bit.ly/2tIs2lk>
- Cid, C. & Prieto, L., 2012, "El gasto de bolsillo en salud: El caso de Chile, 1997 y 2007", *Rev. Panam. Salud Pública* 31(4), 310–316.
- Correa-Burrows, P., 2012, "Out-of-pocket health care spending by the chronically ill in Chile", *Procedia Economics and Finance* 1, 88-97.

- Cuadrado, C. & Silva-Illanes, N., 2015, "Impact of the application of the value added tax to imaging tests on out-of-pocket health expenses of households in Chile", *Medwave*.
- Debrott, D., 2007, "Gasto de bolsillo en salud en Chile 2005: Estructura, participación relativa y tendencias", *Rev Chil Salud Pública* 11(1), 38-42.
- Fernández, S. & Ortiz de Zárate, M., 2017, *Análisis del gasto de bolsillo en salud según sexo del jefe de hogar*, Boletín Semestral, Economía y Salud, Ministerio de Salud.
- Freile, B., 2015, "Estimación del gasto de bolsillo en salud para los adultos mayores residentes en zonas urbanas de Chile", Tesis para optar al grado de Magíster en salud pública, Facultad de Medicina Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.
- Henríquez, J. & Velasco, C., 2016, "El nuevo paciente: Desafíos para el sistema de salud", *Puntos de Referencia* 426, Centro de Estudios Públicos.
- Henríquez, R., 2006, "Private health insurance and utilization of health services in Chile", *Applied Economics* 38(4), 423-439.
- Instituto Nacional de Estadísticas, 2013, *VII Encuesta de presupuestos familiares*, Instituto Nacional de Estadísticas.
- Koch, K. J., Cid, C. & Schmid, A., 2017, "Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—A systematic review", *Health Policy* 121(5), 481-494.
- Larraín, N., 2014, "Análisis de la equidad en el financiamiento del sistema de salud chileno", Seminario de Título para optar al Título de Ingeniero Comercial, Universidad de Chile.
- Ley 19.828 del 27 de septiembre de 2002, "Crea el Servicio Nacional del Adulto Mayor", Ministerio Secretaría General de la Presidencia, República de Chile.
- Ley 20.724 del 14 de febrero de 2014, "Modifica el código sanitario en materia de regulación de farmacias y medicamentos", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ley 20.850 del 6 de junio de 2015, "Crea un sistema de protección financiera para diagnósticos y tratamiento de alto costo y rinde homenaje póstumo a don Luis Ricarte Soto Gallegos", Ministerio de Salud, República de Chile.
- Ministerio de Desarrollo Social, 2016, *Encuesta de caracterización socioeconómica nacional 2015*.
- Ministerio de Salud, 2005, *Estudio nacional sobre satisfacción y gasto en salud (ENSGS)*, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública.
- Ministerio de Salud, 2015, *Informe final: Gasto catastrófico y de bolsillo en salud para el período 1997 - 2012*.
- Ministerio de Salud, 2017, *Encuesta nacional de salud 2016-2017. Primeros resultados*, Noviembre.
- Ministerio del Trabajo y Previsión Social, 2015, *Encuesta de Protección Social, 2015*, Subsecretaría de Previsión Social.
- Musgrove, P., 1996, "Public and private roles in health, theory and financing patterns", *HNP Discussion Paper*, World Bank.
- Núñez, A. & Chi, C., 2017, "Equity in out-of-pocket payment in Chile", *Rev Saude Publica* 51.
- Organización Mundial de la Salud, 2010, "Informe sobre la salud en el mundo: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal".
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, 2017, "Health at a Glance 2017: OECD Indicators", OECD Publishing, Paris. <http://bit.ly/2tNu0aG>
- Pérez, P., 2009, "La justicia financiera del sistema de salud chileno", Tesis para optar al grado de Magíster en Políticas Públicas, Universidad de Chile.
- Superintendencia de Salud, 2016, *Estudio de opinión a usuarios del sistema de salud y posicionamiento de la Superintendencia de Salud*.
- Villalobos, P., 2017, "Out-of-pocket health expenditure differences in Chile: Insurance performance or selection?", *Health Policy*, <http://bit.ly/2tKR1Lp>
- Xu, K., 2005, "Distribution of health payments and catastrophic expenditures: methodology", *Discussion paper 2*, Geneva: World Health Organization. **PdR**