

## GASTO DE BOLSILLO EN SALUD Y RIESGO DE POBREZA EN HOGARES PERUANOS. PERÚ 2017

### OUT-OF-POCKET EXPENSES IN HEALTHCARE AND POVERTY RISK IN PERUVIAN HOUSEHOLDS PERU 2017

Guillermo Arturo Guerrero-Ojeda<sup>1</sup>

#### RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza mediante una regresión logística multinomial en el año 2017. Fue un estudio descriptivo, no experimental transversal, la muestra de estudio son los hogares con gasto de bolsillo de las viviendas seleccionadas de la Encuesta Nacional de Hogares, la variable dependiente fue Pobreza con tres categorías: pobre extremo, pobre no extremo y no pobre, se utilizó la metodología de Xu K en el estudio de las variables en salud. Como resultados se obtuvo que el aseguramiento fue: 44,2% al SIS, 28,3% a EsSALUD, 24,2% no asegurados y 3,3% a otro tipo de seguro, el gasto de bolsillo en salud fue de 63,0%. Las variables que relacionan salud y pobreza en forma directa son: gasto catastrófico, gasto de bolsillo y número de asegurados del hogar. El gasto en medicinas es del 39,2%. El índice Gini para este gasto es 0,690. Se concluye que según lo contemplado en la ley N° 29344, aún no se cumple por el no aseguramiento. El gasto de bolsillo es alto aproximadamente el triple de lo recomendado por la OMS, es desigual y concentrado en los quintiles de gasto 4 y 5, que son los de mayor capacidad de pago y es la principal fuente de financiamiento de la salud de los hogares. EsSALUD y el SIS contribuyen con la tercera parte de los cuidados de salud. Los hogares destinan mayor gasto en medicinas, servicio dental y consultas médicas originando gastos catastróficos (40% en gasto de bolsillo del gasto familiar), aumentando la probabilidad de empobrecimiento.

**Palabras clave:** Gasto de bolsillo, gasto catastrófico, índice de gini

#### ABSTRACT

The aim was determine the relationship between health and poverty through multinomial logistic regression in 2017. Was an Descriptive, non-experimental cross-sectional, the study sample is households with out-of-pocket expenditures of the selected dwellings of the National Household Survey, the dependent variable was Poverty with three categories: extreme poor, not extreme poor and not poor, the Xu K methodology was used in the study of health variables. The results show that the insurance was: 44.2% to the SIS, 28.3% to EsSALUD, 24.2% uninsured and 3.3% to another type of insurance, the out-of-pocket health expenditure was 63.0%. The variables that directly relate health and poverty are: chronic illness, number of insured people in the household and, inversely, out-of-pocket expenses and the SIS subsidy; the expenses in medicines and dental service, are the highest with 39.2% and 14.8%. The Gini index for this expenditure is 0.690. The conclusions what is contemplated in Law No. 29344, is still not met due to non-assurance. Out-of-pocket spending is approximately three times higher than recommended by the OMS, is unequal and concentrated in the quintiles (4 and 5), with greater capacity to pay, is the main source of financing. ESSALUD and SIS finance approximately one third of health care, households spend more on medicines, dental service and medical consultations, causing catastrophic expenses, increasing the likelihood of impoverishment due to out-of-pocket expenses.

**Key words:** Pocket expenditure on health, catastrophic expenditure, primary health care.

<sup>1</sup> Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo, Departamento de Computación y Electrónica, Lambayeque, Perú, La correspondencia, se debe dirigir a Dr. Guillermo Arturo Guerrero Ojeda, [guerrero@unprg.edu.pe](mailto:guerrero@unprg.edu.pe) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6765-1367>

## I. INTRODUCCIÓN

En el año 2009, el estado peruano decreta la ley marco del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)<sup>1</sup>, basado en los artículos 7°, 9°, 10° y 11°<sup>2</sup> y establece el derecho a la atención en salud con calidad y en forma oportuna que tiene toda la población residente en el territorio nacional desde su nacimiento hasta su muerte, siendo uno de sus objetivos disminuir el gasto de bolsillo en salud<sup>3</sup> que realizan los hogares. Estableciendo instituciones aseguradoras y son: El Seguro Integral de Salud (SIS)<sup>4</sup> que es una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPRESS) perteneciente al seguro público, adscrita al Ministerio de Salud (MINSA), creada para dar cobertura de salud a los peruanos en pobreza y en pobreza extrema que no cuentan con un seguro de salud y que son atendidos en cualquier centro de salud del MINSA y en los centros de salud de los gobiernos regionales. El Seguro Social de Salud (EsSALUD), organismo público descentralizado de derecho público interno adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, creado para dar cobertura de salud a sus asegurados aportantes y derechohabientes y que son atendidos en los centros de EsSALUD. La Sanidad de las Fuerzas Armadas (Marina, Aviación y Ejército) adscrita al Ministerio de Defensa, La Sanidad de las Fuerzas Policiales adscrita al Ministerio del Interior, ambas creadas para dar cobertura de salud a su personal y sus dependientes y que son atendidos en sus centros de salud. Entidades Prestadoras de Salud (EPS), aseguradoras privadas, clínicas y organizaciones de la sociedad civil (OSC); todas del sector privado, denominadas instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS).

El gasto de bolsillo en salud, es el gasto directo del hogar, cuando se beneficia del servicio de salud, comprende los honorarios médicos, compras de medicamentos, exámenes médicos y especiales, hospitalización e intervenciones quirúrgicas, controles y pagos de seguros particulares<sup>5</sup>, es incidente en los hogares cuando sus miembros no están afiliados o están parcialmente afiliados a algún sistema de salud, se considera una de las formas menos eficiente y menos justa de financiar una afectación de salud, tiene relación directa con la capacidad de pago de los hogares por la probabilidad de hacerlos caer debajo de su línea de subsistencia y podría llevar al hogar a una situación de pobreza extrema o pobreza no extrema.<sup>6</sup>

Se justifica la presentación de este artículo por la determinación de variables relacionadas entre salud y pobreza mediante una regresión logística binaria y multinomial<sup>7</sup>. Trabajos anteriores determinan la relación entre gastos de bolsillo y variables que determinan su gasto, mediante regresiones logísticas binarias, en este artículo se integra al gasto de bolsillo como variable determinante y otras variables de tipo demográficas en el empobrecimiento de los hogares, el autor encontró que los hogares peruanos para el 2017 destinan un porcentaje de gasto de bolsillo, mayor al 50,0%, valor cercano al encontrado en<sup>8</sup>, y es aproximadamente tres veces más que lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que plantea un gasto directo entre 15,0% y 20,0%. El objetivo de este artículo fue caracterizar las variables relacionadas a la salud y cuáles de ellas se relacionan e influyen en los niveles de pobreza de los hogares peruanos en el año 2017, mediante una regresión logística binaria y multinomial. Se plantea como hipótesis que el gasto de bolsillo se relaciona e influye en el empobrecimiento de los hogares del Perú.

## II. MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo explicativo con diseño no experimental de corte transversal. Se trabajó con la Encuesta Nacional de Hogares ENAHO<sup>9</sup> con metodología actualizada del año 2017 del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). La encuesta se realizó a nivel nacional en el área urbana y rural a las viviendas particulares seleccionadas en los 24 departamentos del país y en la Provincia Constitucional del Callao, utilizando un muestreo probabilístico de áreas, estratificada, por etapas e independiente en cada departamento de estudio. Del módulo sumaria<sup>10</sup> de la base ENAHO 2017, se seleccionaron 27 563 viviendas, cuyos hogares realizaron gasto de bolsillo y representan el 79,7% con un total de 57 269 personas. La unidad de análisis es el hogar familiar que realizó gasto de bolsillo y para su cálculo se siguió la metodología Xu K, con las variables del módulo salud<sup>11</sup> de la ENAHO: consulta médica (I41601), medicinas (I41602), análisis (I41603), rayos X (I41604), otros exámenes (I41605), servicio dental y conexos (I41606), servicio oftalmológico (I41607), compra de lentes (I41608), vacunas (I41609), control de salud de los niños (I41610), anticonceptivos (I41611), otros gastos (I41612), hospitalización (I41613), intervención quirúrgica (I41614), controles por embarazo (I41615), atenciones de parto (I41616) y la variable (I609A)<sup>12</sup> que es el pago por seguro de vida y otros seguros (Seguro facultativo, SOAT, etc.). La metodología Xu

K, considera que las variables relacionadas a los niveles de pobreza son: gasto de bolsillo, gasto de consumo de los hogares que se refiere a las compras en dinero y en especie de todos los bienes y servicios del hogar y al valor monetario del consumo de los productos elaborados por la familia, gasto en consumo de alimentos, línea de pobreza y gasto de subsistencia del hogar, que es el gasto mínimo requerido para mantener un nivel de vida básico. Se determinó el gasto catastrófico que es el gasto de bolsillo en salud de más del 40,0% de la capacidad de pago del hogar. El gasto catastrófico es una variable dicotómica con valor de 1 cuando el hogar incurre en este gasto y 0 en caso contrario. Las variables anteriores determinan si un hogar no pobre se empobrece después de pagar por la atención en salud<sup>13</sup>.

Se realizó un análisis descriptivo para las variables de estudio y se realizaron dos regresiones logísticas: Una regresión logística binaria para determinar si la variable gasto de bolsillo influye en el nivel de pobreza de los hogares que tomó dos valores 1 si el hogar empobrece y 0 si no empobrece y una regresión logística multinomial,<sup>14</sup> considerando los niveles de pobreza en: pobre extremo, pobre no extremo y no pobre, con el objetivo de determinar que variables son protectoras y cuáles de riesgo en los “hogares pobres” con respecto a los hogares “No pobres”. Las variables independientes seleccionadas para la regresión fueron: agua potable, alcantarillado, estado civil, tipo de alumbrado, niños menores o iguales a 5 años y adultos mayores o iguales a 65 años, mujeres del hogar en edad fértil, miembros del hogar, perceptores de ingresos del hogar, número de asegurados por hogar, área de residencia, recaída de enfermedad crónica i/o presentación de malestar en algún miembro del hogar, el consumo de alimentos, el gasto de bolsillo y la subvención del SIS en logaritmo, por la variación y suavización de los datos.

Se determinó la subvención que hace ESSALUD y el SIS en los tipos de gasto en salud asimismo se determinó la donación privada que el INEI, lo define como el gasto realizado por algún miembro de otro hogar, donación de alguna entidad privada o el seguro particular<sup>15</sup>. El análisis de frecuencia y las regresiones logísticas binomial y multinomial se realizó con el paquete estadístico SPSS versión 24 y Excel 2013.

El estudio no fue revisado por algún comité de ética, puesto que las personas no se conocen

### III. RESULTADOS

Los afiliados al Seguro Integral de Salud (SIS), para cada quintil de gasto por persona, representan en promedio 44,2%, siendo los de mayor afiliación los de los quintiles 1 y 2 considerados los más pobres con un 71,6% y 55,2% respectivamente. Los porcentajes de afiliación a ESSALUD aumentan del quintil 1 al quintil 5 en 8,5% a 52,5% con un promedio de afiliación del 28,3%; es importante notar que el 24,2% de la población son no afiliados.

Con respecto a los niveles de pobreza, los pobres extremos son afiliados al SIS en un 79,5% y los no pobres con un 39,4%, afiliación contraria a ESSALUD que es progresiva con un 1,6% para los Pobres extremos y 31,8% para los No pobres, tal como se observa en la tabla 1.

**Tabla 1.**

*Porcentaje de afiliación de las personas que hicieron gasto de bolsillo, según gasto per cápita mensual y pobreza relativa monetaria. Perú 2017.*

Quintil de gasto por persona	ESSALUD %	No Afiliado %	Otro Seguro %	Seguro Integral de salud de	
				%	Total %
Q1 (más pobre)	8,5	19,5	0,4	71,6	100,0
Q2	18,7	24,8	1,2	55,2	100,0
Q3	27,7	27,3	2,6	42,5	100,0
Q4	39,1	26,2	5,0	29,7	100,0
Q5 (más rico)	52,2	22,4	8,5	16,9	100,0
Total	28,3	24,2	3,3	44,2	100,0
Niveles de Pobreza					
Pobre extremo	1,6	18,9	0,0	79,5	100,0
Pobre no extremo	6,7	19,3	0,3	73,6	100,0
No pobre	31,8	25,0	3,8	39,4	100,0
Total	28,3	24,2	3,3	44,2	100,0

Fuente: elaboración del autor con datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG) del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2017. Otro seguro: (FF. AA y Policiales, Seguro Particular)

El gasto de bolsillo en salud promedio anual por hogar es de S/.1 518,1, que expresado en dólares de paridad de poder adquisitivo (PPA) para 2017 equivalen a 869. \$US PPA. Los hogares del quintil 5 gastan 4.5 veces más que un hogar del quintil 1. Los hogares no pobres gastan 8,2 veces más que un hogar pobre extremo y 3,9 veces más que un hogar

pobre no extremo. Con respecto al porcentaje del gasto de bolsillo en salud de la capacidad de pago del hogar, es en promedio 6,5%, observándose una carga progresiva entre los quintiles 1 y 5, sucede igual para los niveles de pobreza, la carga progresiva es mayor en los no pobres que los pobres extremos, en la zona rural la carga es mayor para los que padecen de enfermedad crónica con respecto a los que no la padecen.

Los hogares que se ven afectados por gastos catastróficos en salud, es decir aquellos hogares que destinan más del 40% en gastos en salud de la capacidad de pago del hogar, representan un 1,3% del total de hogares. El 1,4% de los hogares empobrecen por gasto de bolsillo en salud, siendo los más afectados los de los quintiles de gasto 1 y 2 considerados los más pobres, tal como se observa en la tabla 2.

**Tabla 2**

*Distribución del gasto de bolsillo en salud de los hogares del Perú, según quintil de gasto equivalente y niveles de pobreza 2017.*

Quintil de gasto equivalente	Ingreso per cápita mensual S/.	Gasto per cápita mensual S/.	Gasto de bolsillo mensual per cápita S/.	*Gasto de Bolsillo por hogar anual S/.	% del gasto de bolsillo del gasto total mensual	% del gasto de bolsillo de la capacidad de pago mensual	% de hogares con gasto catastrófico 40%	% de hogares que empobrecen por gasto de bolsillo
				615,4	2,7	5,6	1,1	3,7
Q1	365,8	312,5	8,7	1 066,1	3,6	6,9	1,6	3,2
Q2	610,9	502,9	18,5	1 322,5	3,9	6,7	1,1	0,1
Q3	864,2	679,7	27,3	1 845,4	4,6	6,7	1,1	0,0
Q4	1 232,7	947,3	44,8	2 740,8	5,7	6,8	1,4	0,0
Q5	2 405,5	1 748,4	104,0	1 518,1	4,1	6,5	1,3	1,4
Total	1 095,8	838,2	40,7					
<b>Pobreza</b>				210,2	2,3	5,1	1,5	0,3
Pobre extremo	195,0	165,3	3,8	441,4	2,7	5,6	1,1	2,4
Pobre no extremo	338,5	292,4	8,0	1 715,0	4,4	6,7	1,3	1,3
No pobre	1 233,8	938,2	46,6	1 518,1	4,1	6,5	1,3	1,4
Total	1 095,8	838,2	40,7					
<b>Afiliación Jefe de hogar</b>				2 230,4	4,3	6,4	0,6	0,8
ESSALUD	1 718,2	1 192,0	60,5	1 512,5	4,4	7,1	1,6	1,4
No Afiliado	974,9	793,1	40,2	3 135,0	5,0	6,7	0,5	0,4
Otro Seguro	2 626,8	1 595,5	82,4	916,4	3,6	6,4	1,6	1,8
Seguro Integral de salud	627,4	566,1	24,3	1 518,1	4,1	6,5	1,3	1,4
Total	1 095,8	838,2	40,7					
<b>Area geográfica</b>				2 095,1	4,3	6,4	0,6	1,7
Lima Metro	1 616,0	1 164,4	54,5	1 783,2	4,2	6,4	0,8	1,1
Resto Urbano	1 268,5	951,2	47,2	822,4	3,9	6,9	2,2	1,8
Rural	583,1	508,6	23,7	1 518,1	4,1	6,5	1,3	1,4
Total	1 095,8	838,2	40,7					
<b>Malestar de salud/Crónica</b>				1 298,0	3,1	5,1	0,8	1,1
No	1 106,1	810,4	30,2	1 568,1	4,3	6,9	1,4	1,5
Si	1 093,4	844,5	43,0	1 518,1	4,1	6,5	1,3	1,4
Total	1 095,8	838,2	40,7					

Fuente: Elaboración del autor con datos de la ENAHO-INEI. Perú 2017. Datos constantes y deflactor espacial 0,8391.  
 \*Promedio de miembros del hogar 3,76

Los hogares con personas que hicieron gasto de bolsillo, también obtuvieron subvención de EsSALUD, del SIS y subvención privada. El gasto de bolsillo fue mayor en la compra de medicinas en un 39,2%, seguido de servicio dental y conexos con un 14,8% y otros gastos con un 9,7%. EsSALUD subvenciona el 23,7% en medicinas, 16,5% en intervención quirúrgica, las consultas con un 13,8% y hospitalización con un 8,8%. El SIS subvenciona la hospitalización en un 19,1%, las medicinas en un 17,3%, la hospitalización en un 10,8%. y las consultas médicas en un 10,2%. Las donaciones privadas financian las consultas médicas en 29,9%, las medicinas en un 22,2%, otros gastos en 10,7% y la intervención quirúrgica con un 10,5%. El gasto de bolsillo realizado es el 63,0% de los cuidados de la salud, tabla 3

**Tabla 3.**

*Estructura porcentual del financiamiento del gasto en salud per cápita de los hogares del Perú, 2017*

Tipo de gasto	*Gasto de bolsillo %	ESSALUD %	SIS %	Donación privada %	% tipo de gasto
Consulta	6,5	13,8	10,2	29,9	19,2
Medicinas	39,2	23,7	17,3	22,2	30,0
Análisis	3,4	6,8	5,8	3,3	2,7
Rayos X	3,8	7,5	3,7	3,7	1,3
Otros Exámenes	1,5	4,9	7,2	2,4	0,5
Dental y conexos	14,8	2,4	2,3	5,1	6,8
Oftalmológico	1,3	1,4	0,5	2,7	2,5
Lentes	5,9	0,1	0,1	1,9	2,1
Vacunas	0,2	5,6	8,7	0,8	4,5
Control de Salud de los Niños	0,1	0,5	1,6	0,1	1,2
Anticonceptivos	0,7	0,3	3,2	0,2	3,3
Otros Gastos (ortopedia, etc.)	9,7	6,5	6	10,7	19,8
Hospitalización	2,5	8,8	10,8	6	2,8
Intervención Quirúrgica	5,0	16,5	19,1	10,5	1,7
Controles por embarazo	0,2	0,4	1,2	0,1	1,0
Atenciones de parto	0,2	0,7	2,3	0,3	0,5
Pago de seguro**	5,1				
Promedio %***	63,0	15,4	11,6	9,7	100,0

Fuente: Elaboración del autor con datos de la ENAHO-INEI. Perú 2017. Datos constantes

\*El gasto de bolsillo es componente de los cuidados de la salud \*Índice de Gini: 0,690

\*\*Gasto en seguros de salud y accidentes

\*\*\*Otros seguros 0,3%.

En la tabla 4, se observa que con la regresión logística binaria con variable dependiente empobrecimiento, con valores 1 hogar se empobrece, 0 hogar no se empobrece, se observa que las variables relacionadas a salud que aumentan la probabilidad de que un hogar empobrezca son: gasto catastrófico en salud, gasto de bolsillo, mujeres fértiles, niños menores o iguales a 5 años, más perceptores de ingresos y el número de asegurados. Las variables que disminuyen la probabilidad de empobrecer son: hogar en zona rural, tener mejor capacidad de pago, no tener hacinamiento en el hogar, menor gasto per cápita mensual, disminuir la carga financiera del hogar.

**Tabla 4**

*Regresión logística binaria de variables en salud que influyen en los niveles de pobreza monetaria relativa, Perú, 2017.*

Variables	B	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B)	
			Odds Ratio	Inferior	Superior
Rural	-0,378	0,003	0,685	0,533	0,880
Gasto catastrófico 40%	0,739	0,000	2,093	1,397	3,137
Capacidad de pago	-0,016	0,000	0,984	0,981	0,988
Gasto de bolsillo	3,802	0,000	44,799	17,508	114,629
Hacinamiento	-1,171	0,000	0,310	0,172	0,558
Mujeres fértiles	0,405	0,016	1,500	1,080	2,083
Niños <= 5 años	0,270	0,031	1,310	1,025	1,674
Gasto per cápita mensual	-1,543	0,000	0,214	0,113	0,403
Total de perceptores de ingresos	0,134	0,006	1,144	1,040	1,257
Carga financiera del hogar	-2,620	0,000	0,073	0,028	0,190
Nº Asegurados	0,128	0,003	1,136	1,045	1,235
Constante	-8,383	0,000	0,000		

La categoría de referencia es: Pobre.  
 Fuente: Elaboración del autor con datos de la ENAHO-INEI. Perú 2017. Datos constantes

En la tabla 5, regresión multinomial, con respecto a la salud de miembros del hogar, se observa que para las categoría “Pobre extremo” y “Pobre no extremo”, las variables que reducen la probabilidad de que un hogar sea no pobre son: jefe de hogar soltero, menos gasto en salud en niños menores o iguales a 5 años y menos gasto en salud en adultos mayores o iguales a 65 años, consumo de alimentos, menor gasto de bolsillo, adecuada contribución del SIS, mayor perceptores de ingresos y no malestar o enfermedad en



miembros del hogar. La variable que relaciona en forma directa las categorías “Pobre extremo” y “Pobre no extremo” con la categoría de referencia “No pobre” es el incremento de miembros del hogar que tengan síntomas o malestar de enfermedad.

**Tabla 5**

*Regresión logística multinomial de variables en salud que influyen en los niveles de pobreza monetaria relativa, Perú, 2017.*

Pobreza <sup>a</sup>	Variables independientes	B	Sig.	Exp(B) Odds Ratio	95% para Exp(B)	
					Inferior	Superior
Pobre extremo	Intersección	13,132	0,000			
	Jefe de Hogar soltero	-0,484	0,018	0,616	0,412	0,921
	No niños y no adultos mayores	-0,89	0,002	0,411	0,234	0,721
	Consumo de alimentos en logaritmo	-1,717	0,000	0,180	0,155	0,208
	Gasto de bolsillo en logaritmo	-0,669	0,000	0,512	0,466	0,563
	Miembros del hogar	1,052	0,000	2 864,0	2 535,0	3 236,0
	Contribución SIS	-0,204	0,000	0,816	0,733	0,907
	Perceptores de ingresos	-0,788	0,000	0,455	0,386	0,536
	No malestar	-0,398	0,012	0,672	0,492	0,917
	Pobre no extremo	Intersección	9,463	0,000		
Jefe de Hogar soltero		-0,687	0,000	0,503	0,425	0,595
No niños y no adultos mayores		-0,736	0,000	0,479	0,375	0,611
Consumo de alimentos en logaritmo		-1,111	0,000	0,329	0,302	0,359
Gasto de bolsillo en logaritmo		-0,437	0,000	0,646	0,62	0,674
Miembros del hogar		0,639	0,000	1,894	1,778	2,017
Contribución SIS		-0,131	0,000	0,877	0,837	0,919
Perceptores de ingresos		-0,452	0,000	0,636	0,593	0,682
No malestar	-0,291	0,000	0,748	0,649	0,861	

a. La categoría de referencia es: No pobre.

#### IV. DISCUSIÓN

El mayor gasto de bolsillo anual se realizó en los hogares cuyo jefe de hogar estuvo afiliado a otro tipo de seguro, en los hogares con mayor gasto familiar y en los afiliados a EsSALUD<sup>16</sup>. En el estudio se utilizó una cota para considerar un gasto de bolsillo en salud como catastrófico el valor de 40,0% que emplea la Organización Mundial de la Salud. Los supuestos implícitos que se asumen para realizar un gasto de bolsillo son: (i) que el hogar carece de ahorros suficientes como para dejar inalterado (no afectar) su consumo actual en los otros bienes y servicios, y (ii) no tiene acceso al crédito para financiar consumo más allá del presupuesto actual. Se encontró que los hogares que enfrentan gastos catastróficos representan 1,3% de los hogares, valor cercano a<sup>17</sup>, cuyo

cálculo fue 1,2%, los hogares con gasto catastrófico, ambos valores son menores al 3,2% encontrado en 1994<sup>18</sup> y tienden a empobrecer o seguir inmersos en pobreza, el gasto catastrófico en los hogares no pobres los lleva a empobrecer. En este estudio, los hogares pobres siguen en pobreza y los hogares no pobres empobrecen en un 1,3%, valor menor en 0.7% que lo encontrado por<sup>19</sup> en 2008.

Con la regresión logística binaria y considerando que las variables están inmersas en salud, se determinó que el realizar gasto catastrófico existe una probabilidad de 109.3% que el hogar empobrezca con respecto a un hogar que no realiza gasto catastrófico. El tener gasto catastrófico de por lo menos 40,0% de la capacidad de pago del hogar, implica que el hogar realizó un elevado gasto de bolsillo con lo que la probabilidad se eleva en 4 379.9% de ser un hogar pobre. Con este resultado se comprueba el objetivo de demostrar que el gasto de bolsillo en salud es factor determinante que un hogar “No pobre” se vuelva pobre. Si en el hogar se incrementa un perceptor de ingresos la probabilidad de convertirse en hogar pobre es 14,4%, un asegurado más en el hogar la probabilidad de ser hogar pobre es 13,6%. Una mujer fértil más en el hogar con niños menores o iguales a 5 años, las probabilidades de ser hogar pobre aumentan en 50,0% y 31,0% respectivamente<sup>20</sup>.

Que un hogar se encuentre en la zona geográfica rural, la probabilidad de empobrecer disminuye en 31,5%. Si se destina menor gasto en salud de la capacidad de pago, se reduce la probabilidad de ser hogar pobre en 1,6%. Si en el hogar no existe hacinamiento es decir en un dormitorio no están 3,4 miembros, la probabilidad se reduce en 69,0%. Si se reduce el gasto per cápita de cada miembro, la probabilidad se reduce en un 78,6%. A menor carga financiera del hogar, la probabilidad de empobrecer se reduce a 92,7%.

Con la regresión logística multinomial, se determinó que la presencia de niños menores o iguales a 5 años, disminuyen la probabilidad de ser hogar pobre extremo como en Argentina, que tiene planes de salud para las madres y los niños, los adultos mayores o iguales de 65 años, elevan los gastos de bolsillo como en los países de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Uruguay, pudiendo llevar al hogar a un estado de ser pobre, en este estudio se encontró que las siguientes variables relacionadas a la salud, disminuyen la probabilidad de ser pobre extremo o pobre no extremo y son: el aumento de la contribución del SIS, el aumento del gasto de bolsillo, lo que implica mayor capacidad de gasto del hogar relacionado con más perceptores de ingresos, la no presencia de algún miembro del hogar con malestar en salud y tener enfermedad crónica, las variables que aumentan la probabilidad de

que un hogar sea pobre son: el número de asegurados, relacionados con un miembro más del hogar.

Entre varios autores, destaca<sup>21</sup>, quien señala que, si bien la existente exclusión de los servicios de salud, que aquejaba la población hace más de una década, y que hoy el Estado busca universalizar el acceso a los servicios de salud, inclusive creando un mecanismo que rompa una importante barrera, la económica creando el SIS. Sin embargo, el Estado sólo garantiza en forma normativa este acceso, pero la sociedad nacional vive una economía de mercado, y la salud, está en los terrenos del mercado de la salud, donde los clientes menos fidelizados son los pobres y aquellos que todavía son bloqueados por barreras culturales y el propio sistema con su mala praxis de calidad, el subsidio público<sup>22</sup> para propiciar que los más pobres se atiendan parece no estar dando los mejores resultados. El gasto de bolsillo es alto, como lo encontrado en varias referencias, se incrementa por la no protección de aseguramiento en salud<sup>1</sup>. Siendo este el principal financiamiento del gasto total en salud de los hogares peruanos, con un valor mayor al 50,0% y se encuentra influenciado por diferentes factores en función de la percepción de salud, el comportamiento de la enfermedad y la oferta de servicios en donde una necesidad no expresada puede convertirse en demanda, según el enfoque que hace el equipo de la CEPAL en su trigésimo tercer periodo de sesiones.

El estudio permite determinar las siguientes conclusiones: el Aseguramiento Universal en salud no se está aplicando en forma adecuada. El Estado financia la tercera parte del gasto total en salud lo que incrementa en forma directa el gasto de bolsillo en salud, existiendo desigualdad en su distribución. Los quintiles más pobres tienden a empobrecer aún más. En cuanto a la distribución del tipo de gasto por tipo de seguro, este se da más para la compra de medicinas y consultas al igual que en<sup>23</sup>, donde el gasto privado es mayor al financiamiento público. La hipótesis ha sido demostrada con las dos regresiones logísticas realizadas. El gasto de bolsillo en salud aumenta la probabilidad de que un hogar empobrezca. Se recomienda seguir implementando el SIS en los no asegurados. EsSALUD debe fortalecer e implementar sus líneas de servicios, brindando una atención oportuna a sus asegurados. Realizar investigaciones acerca de la oferta y demanda de los servicios en salud.

## **V.- MENSAJES CLAVES**

**Motivación para realizar el estudio.** Es necesario realizar un estudio de los gastos en cuidados de la salud, principalmente el gasto de bolsillo y si estos se relacionan e influyen en los niveles de pobreza de la población del Perú.

**Principales hallazgos.** El gasto de bolsillo en el Perú es desigual, concentrado en los quintiles de mayor gasto, es alto, se relaciona con el nivel de pobreza y afecta al 1,4% de los hogares no pobres por hacerlos caer debajo de la línea de subsistencia y empobrecerlos

**Implicancias:** Investigar los costos directos en salud de las enfermedades crónicas, analizar la subvención de EsSALUD , SIS en los cuidados de la salud y realizar estudios de la oferta y demanda de los seguros privados.

## VI.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Perú, Congreso de la República. Ley N° 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.
2. Perú, Congreso de la República. Constitución Política del Perú de 1993. Lima: Congreso de la República; 1993.
3. Alcalde-Rabanal Jacqueline Elizabeth, Lazo - González Oswaldo, Nigenda Gustavo. Sistema de salud de Perú. Salud Pública Mex. [revista en la Internet]. 2011 Ene [citado 2019 mayo 21]; 53(Suppl2): s243-s254. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019&ing=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&ing=es).
4. Seinfeld J. Avanzando hacia el aseguramiento universal: ¿Cómo lograr la protección en salud de personas de ingresos medios bajos y bajos? Lima: Universidad del Pacífico; 2007.
5. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005. Discussion paper No. 2 Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85626/1/EIP\\_HSF\\_DP.05.2\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85626/1/EIP_HSF_DP.05.2_spa.pdf) Acceso el 20 de enero de 2019. [»](#)
6. Petrer M. Algunas reflexiones en torno a las cuentas nacionales de salud del Perú. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2009; 26(2): 248-50. Gujarati D. Econometría, 5ª ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2010:318.
7. Lozada M. Riesgo de familias peruanas en incurrir en Gasto Catastrófico en Salud. Ciudad Universitaria Rodrigo Facio. Costa Rica. 2010
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultas por encuestas: Encuesta

- Nacional de Hogares [base de datos en Internet]. Lima: INEI; 2018. [Fecha de acceso: 22 de mayo 2019] Disponible en: [https://webinei.inei.gob.pe/anda\\_inei/index.php/catalog/613/datafile/F2](https://webinei.inei.gob.pe/anda_inei/index.php/catalog/613/datafile/F2)
10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares [base de datos en Internet]. Lima: INEI; 2014. [Fecha de acceso: 25 de octubre de 2018] Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/descarga/SPSS/603-Modulo34.zip>
  11. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares [base de datos en Internet]. Lima: INEI; 2014. [Fecha de acceso: 25 de octubre de 2018] Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/descarga/SPSS/603-Modulo04.zip>.
  12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares [base de datos en Internet]. Lima: INEI; 2014. [Fecha de acceso: 25 de octubre de 2018] Disponible en: <http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/descarga/SPSS/603-Modulo15.zip>
  13. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano CL y Gómez-Dantés O. Gasto catastrófico por motivos de salud en México: Magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública Mex* 2005; 47, Supl 1: s37-s46.
  14. Gómez S., Palacios D. Modelación logística multinomial para clasificar los hogares de El Salvador por nivel de pobreza [Tesis]. El Salvador: Universidad De El Salvador. Facultad de Ciencias Naturales y Matemática – Escuela de Matemática; 2013.
  15. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Consultas por encuestas: Encuesta Nacional de Hogares [base de datos en Internet]. Lima: INEI; 2014. [Fecha de acceso: 25 de octubre de 2018] Disponible en: [http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2017-55/Sumaria\\_2017.pdf](http://iinei.inei.gob.pe/iinei/srienaho/Descarga/DocumentosMetodologicos/2017-55/Sumaria_2017.pdf)
  16. Ypanaqué-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de salud ambulatorios en la población peruana. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2015;32(3):464–70.
  17. Perú, Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. Población afiliada a algún seguro de salud. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018 [citado el 25 de octubre de 2018].
  18. Xu K, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household

- catastrophic health expenditure: A multicountry analysis. Lancet 2003; 362:111-117.
19. Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Santiago de Chile: CEPAL-PNUD; 2008. (Serie Políticas Sociales 141.) Disponible en: <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-gastos-bolsillo-salud-siete-paises-latinoamericanos> Acceso el 25 de enero de 2019.» <http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-gastos-bolsillo-salud-siete-paises-latinoamericanos>
20. Petrerá M, Jiménez E. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. Rev Panam Salud Publica. 2018;42:e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20> » <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
21. Frenk J, Knaul F, Gómez O, González E, Hernández H, Lezana M. et al. ~~Financiamiento justo y protección social universal: la reforma estructural del sistema de salud en México. México. 2004.~~
22. Cid C, Prieto L. El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1977 y 2007. Rev Panam Salud Pública. 2012; 31(4): 310-16.
23. Alcalde-Rabanal Jacqueline Elizabeth, Lazo-González Oswaldo, Nigenda Gustavo, Sistema de salud de Perú, Salud pública Méx [revista en la Internet], 2011 Ene [citado 2016 Abr 17]; 53 (Suppl 2): s243 -s254, Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800019&lng=es)

**CORRESPONDENCIA:**

**Guillermo Guerrero Ojeda**  
[gguerrero@unprg.edu.pe](mailto:gguerrero@unprg.edu.pe)

*Fecha de recepción: 17 octubre 2020*

*Fecha de aceptación: 28 noviembre 2020*