

Última actualización: 2023-05-15

## Información del indicador

### Objetivo

**Objetivo 3:** Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades

**Meta 3.8:** Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de la salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos

**Indicador 3.8.2:** Proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del total de gastos o ingresos del hogar

### Serie

Aplica a todas las series

### Indicadores relacionados

Indicadores ODS: 3.8.1; 1.1.1 y 1.2.1

### Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global:

Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial

### Reportero de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS)

## Definición, conceptos y clasificaciones

### Definición:

Proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje de los gastos o ingresos totales del hogar. Se utilizan dos umbrales para definir “grandes gastos domésticos en salud”: más del 10 % y más del 25 % del total de gastos o ingresos del hogar.

### Conceptos:

El indicador 3.8.2 se define como la “Proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del total de gastos o ingresos del hogar”. En efecto, se basa en una relación que supera un umbral. Los dos principales conceptos de interés detrás

de esta relación son el gasto de los hogares en salud (numerador) y el gasto de consumo total de los hogares o, cuando no está disponible, los ingresos (denominador).

### **Numerador**

El gasto de los hogares en salud se define como cualquier gasto incurrido en el momento de utilizar el servicio para obtener cualquier tipo de atención (promotiva, preventiva, curativa, de rehabilitación, paliativa o de larga duración), incluidos todos los medicamentos, vacunas y otros preparados farmacéuticos, así como así como todos los productos de salud, *de cualquier tipo de proveedor y para todos los miembros del hogar*. Estos gastos en salud se caracterizan por pagos directos que se financian con los ingresos del hogar (incluidas las remesas), ahorros o préstamos, **pero no incluyen el reembolso de ningún tercero pagador**. Están etiquetados como pagos de bolsillo (OOP) en la clasificación de esquemas de financiamiento de atención médica (HF) de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA). Son la fuente de financiamiento más inequitativa para el sistema de salud, ya que se basan únicamente en la voluntad y la capacidad de pago del hogar; solo dan acceso a los servicios de salud y productos de salud que los individuos pueden pagar, sin ninguna solidaridad entre los sanos y los enfermos más allá del hogar<sup>1</sup>, los ricos y los pobres; representan una barrera de acceso para aquellas personas que no pueden encontrar los recursos económicos necesarios para pagar de su propio bolsillo.

Los componentes del gasto de los hogares en salud deben ser consistentes con la división 06 sobre la salud de la Clasificación de las Naciones Unidas del consumo individual según el propósito (COICOP) sobre medicamentos y productos médicos (06.1), servicios de atención ambulatoria (06.2), servicios de atención hospitalaria (06.3). ) y otros servicios de salud (06.4)<sup>2</sup>.

sobre las definiciones y clasificaciones de los gastos de salud debe ser consistente con la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA) y su familia de clasificaciones (por ejemplo, por tipo de proveedor).

### **Denominador**

Tanto el gasto en consumo de los hogares como los ingresos de los hogares son medidas monetarias de bienestar. El consumo del hogar es una función del ingreso permanente, que es una medida de los recursos económicos a largo plazo de un hogar que determina el nivel de vida. El consumo se define generalmente como la suma de los valores monetarios de todos los artículos consumidos por el hogar por cuenta interna durante un período de

<sup>1</sup> [http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en)

<sup>2</sup> Tema 3(I) de la agenda disponible en <https://unstats.un.org/unsd/statcom/49th-session/documents/> ; <http://unstats.un.org/unsd/cr/registry/regcs.asp?Cl=5&Lg=1&Co=06.1>

referencia común<sup>3</sup>. Incluye los gastos monetarios en alimentos y bienes y servicios no duraderos no alimentarios consumidos, así como los valores imputados de bienes y servicios que no se compran sino que se adquieren para el consumo (valor del consumo en especie); el valor de uso de los bienes duraderos y el valor de uso de las viviendas ocupadas por sus propietarios. La información sobre el consumo de los hogares generalmente se recopila en encuestas de hogares que pueden utilizar diferentes enfoques para medir el 'consumo' dependiendo de si los artículos se refieren a bienes duraderos o no duraderos y/o son producidos directamente por los hogares.

La medida de ingreso más relevante es el ingreso disponible, ya que se acerca al máximo disponible para el gasto de consumo del hogar durante el período contable. La renta disponible se define como la renta total menos los impuestos directos (netos de devoluciones), tasas obligatorias y multas. El ingreso total se compone generalmente de los ingresos del empleo, los ingresos de la propiedad, los ingresos de la producción doméstica de servicios para consumo propio, las transferencias recibidas en efectivo y bienes, y las transferencias recibidas como servicios<sup>4</sup>.

Los ingresos son más difíciles de medir con precisión debido a su mayor variabilidad en el tiempo. El consumo es menos variable en el tiempo y más fácil de medir. Por lo tanto, se recomienda que siempre que exista información sobre el consumo y los ingresos de los hogares, se utilicen los primeros (ver la sección “comentarios y limitaciones” para conocer más sobre la sensibilidad de 3.8.2 a la elección de ingresos/gastos en el denominador). Las estadísticas sobre 3.8.2 actualmente producidas por la OMS y el Banco Mundial se basan predominantemente en el consumo (consulte la sección sobre fuentes de datos).

### ***umbrales***

Se utilizan dos umbrales en los informes globales para identificar el gran gasto de los hogares en salud como porcentaje del consumo o ingreso total del hogar : **un umbral inferior del 10% (3.8.2 10) y un umbral superior del 25% (3.8.2 25)** . Con estos dos umbrales, el indicador mide las dificultades financieras (ver la sección de comentarios y limitaciones).

### **Unidad de medida**

Porcentaje (%) (proporción de personas)

### **Clasificaciones**

---

<sup>3</sup><https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099225003092220001/p1694340e80f9a00a09b20042de5a9cd47e>

<sup>4</sup> <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/download/17thicls/r2hies.pdf>

*Para la definición de gastos en salud (numerador)*

[http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf\\_9789264116016-9-en](http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts/classification-of-health-care-financing-schemes-icha-hf_9789264116016-9-en)

*Para los componentes del gasto en salud (numerador)*

división 06 de la Clasificación de Consumo Individual según Finalidad (COICOP) de la ONU  
[https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp);

*Para los componentes del consumo total de los hogares (denominador preferido)*

Clasificación de la ONU del consumo individual según el propósito (COICOP)  
[https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop\\_revision.asp](https://unstats.un.org/unsd/class/revisions/coicop_revision.asp);

## **Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos**

### **Fuentes de datos**

Las fuentes de datos recomendadas para el seguimiento de la “Proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del total de gastos o ingresos del hogar” son encuestas de hogares con información sobre el gasto de consumo de los hogares en salud y el gasto total de consumo de los hogares, que son rutinariamente realizadas por las oficinas nacionales de estadística. Las encuestas de presupuestos familiares (HBS) y las encuestas de ingresos y gastos de los hogares (HIES) suelen recopilarlos, ya que se realizan principalmente para proporcionar insumos para el cálculo de los índices de precios al consumidor o la compilación de las cuentas nacionales. Otra fuente potencial de información son las encuestas socioeconómicas o de nivel de vida; sin embargo, es posible que algunas de estas encuestas no recopilen información sobre los gastos totales de consumo de los hogares; por ejemplo, cuando un país mide la pobreza utilizando los ingresos como indicador de bienestar<sup>5</sup>. El criterio más importante para seleccionar una fuente de datos para medir el indicador 3.8.2 de los ODS es la disponibilidad tanto del gasto de consumo de los hogares en salud como del gasto de consumo total de los hogares.

### **Método de recopilación de datos**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial contactan a los Ministerios de Salud y/o las Oficinas Nacionales de Estadística con dos propósitos: a) solicitar acceso a los microdatos de la encuesta de hogares para producir el indicador 3.8.2 de los ODS; b) solicitar presupuestos elaborados por el propio país.

---

<sup>5</sup> <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

A) El primer tipo de solicitud lo realiza cada organización por separado. La OMS obtiene acceso a los microdatos de las encuestas de hogares de las oficinas nacionales de estadística a través de sus oficinas regionales o de país. La solicitud de acceso suele ser parte de programas de asistencia técnica en temas de financiamiento de la salud.

El Banco Mundial también suele recibir datos directamente de las Oficinas Nacionales de Estadística (NSO). En otros casos, utiliza datos NSO recibidos indirectamente. Por ejemplo, recibe datos de Eurostat y LIS (Luxembourg Income Study), que proporcionan datos NSO del Banco Mundial en su forma original o armonizados para su comparabilidad. La Universidad Nacional de La Plata, Argentina y el Banco Mundial mantienen conjuntamente la base de datos SEDLAC (Socio-Economic Database for Latin American and Caribbean) que incluye estadísticas armonizadas sobre pobreza y otras variables distributivas y sociales de 24 países de América Latina y el Caribe, con base en microdatos de encuestas de hogares realizadas por las ONE. Los datos se obtienen a través de programas específicos de países, incluidos programas de asistencia técnica y actividades conjuntas de análisis y creación de capacidad. El Banco Mundial tiene relaciones con las ONE en programas de trabajo que involucran sistemas estadísticos y análisis de datos. Los economistas especializados en pobreza del Banco Mundial generalmente interactúan con las oficinas nacionales de estadística en términos generales sobre la medición y el análisis de la pobreza como parte de las actividades de asistencia técnica.

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial realizan regularmente eventos de capacitación sobre la medición de la falta de cobertura de protección financiera para producir el indicador ODS 3.8.2. Este tipo de actividad involucra a participantes tanto del Ministerio de Salud como de la Oficina Nacional de Estadística.

Todas las estimaciones año-país producidas por ambas organizaciones se reúnen en una base de datos conjunta siguiendo un proceso de evaluación de la calidad (ver sección 4.j). Dichas estimaciones se incluyen en una consulta de país realizada para brindar la oportunidad de i) revisar las estimaciones, las fuentes de datos y los métodos utilizados para el cálculo; ii) proporcionar información sobre fuentes de datos adicionales; iii) construir un entendimiento mutuo de las fortalezas y debilidades de los datos disponibles y asegurar una amplia propiedad de los resultados; y iv) solicitar estimaciones producidas por el país como se explica más adelante.

B) Las estimaciones producidas por cada país se solicitan a través de una consulta de país realizada por la Organización Mundial de la Salud. Siguiendo la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB107.R8), este proceso comienza cuando la OMS envía una solicitud formal a los ministerios de salud para que nombren un punto focal para la consulta. La OMS les envía estimaciones preliminares y descripciones metodológicas, copiando los puntos focales de los países para la presentación de informes sobre los ODS cuando fueron

designados a pedido de la División de Estadística de las Naciones Unidas. Los códigos están disponibles para reproducir las estimaciones compartidas. Luego, los puntos focales envían a la OMS sus comentarios, que a menudo incluyen nuevos datos o estimaciones revisadas del país que se utilizan para actualizar las estimaciones del país. Las estimaciones producidas por los países están sujetas al mismo proceso de evaluación de la calidad y se incluyen en la base de datos conjunta si no están marcadas en el consumo o la parte del presupuesto de salud (ver sección 4.j).

### **Calendario de recogida de datos**

Una consulta de país sobre las estimaciones de ODS 3.8.2 generalmente se lleva a cabo entre enero y marzo cada dos años.

### **Calendario de publicación de datos**

Las estimaciones del ODS 3.8.2 a nivel nacional, regional y mundial se publican cada dos años, ya sea el 12 de diciembre (día de la Cobertura Universal de Salud) o en septiembre (Asamblea General de la ONU).

### **Proveedores de datos**

Oficinas Nacionales de Estadística en colaboración con los Ministerios de Salud. Ver 3.a Fuentes de datos para más detalles.

### **Compiladores de datos**

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial.

### **Mandato institucional**

El apoyo de la OMS para monitorear la dimensión de protección financiera de la Cobertura Universal de Salud (meta 3.8, indicador 3.8.2 específicamente) está respaldado por la Resolución [WHA58.33](#) sobre financiamiento sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de salud.

### **Otras consideraciones metodológicas**

#### **Justificación**

La meta 3.8 trata sobre la cobertura sanitaria universal (UHC) y se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la *protección contra riesgos financieros*, el acceso a servicios de atención de la salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. . La preocupación es que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud de calidad que necesitan (incluidos medicamentos y otros productos sanitarios) sin dificultades financieras. Las

dificultades financieras son una consecuencia clave de mecanismos inadecuados de protección contra riesgos financieros y pueden experimentarse en cualquier país, independientemente del nivel de ingresos y el tipo de sistema de salud. El indicador 3.8.2 se trata de identificar a las personas con gastos de bolsillo en salud que exceden su capacidad de pago, lo que podría llevar a recortar el gasto en otras necesidades básicas como educación, alimentación, vivienda y servicios públicos. Reducir las dificultades financieras en salud es importante en la agenda de desarrollo global, así como una prioridad del sector de la salud de muchos países en todas las regiones.

### **Comentario y limitaciones**

Es factible monitorear el indicador 3.8.2 de manera regular utilizando los mismos datos de encuestas de hogares que se usan para monitorear las metas 1.1 y 1.2 de los ODS sobre pobreza<sup>6</sup>. Estas encuestas también se realizan periódicamente para otros fines, como el cálculo de ponderaciones para el Índice de Precios al Consumidor. Estas encuestas suelen ser realizadas por las Oficinas Nacionales de Estadística (ONE). Por lo tanto, monitorear la proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del consumo o ingreso total del hogar no agrega ninguna carga adicional de recopilación de datos, siempre que se pueda identificar el componente de gasto en salud de los datos de consumo no alimentario del hogar. Si bien esto es una ventaja, el indicador 3.8.2 sufre los mismos desafíos de puntualidad, frecuencia, calidad de los datos y comparabilidad de las encuestas que el indicador 1.1.1 de los ODS. Sin embargo, el indicador 3.8.2 tiene sus propias limitaciones conceptuales y empíricas.

En primer lugar, los desafíos para realizar un seguimiento del gasto de bolsillo en salud (numerador): el indicador 3.8.2 intenta identificar las dificultades financieras que enfrentan las personas cuando utilizan sus ingresos, ahorros o solicitan préstamos para pagar la atención médica. Sin embargo, la mayoría de las encuestas de hogares no identifican la fuente de financiamiento utilizada por un hogar que informa gastos en salud. En países donde no hay reembolso retrospectivo del gasto de los hogares en salud, esto no es un problema. Si un hogar reporta algún gasto en salud es porque no será reembolsado por ningún tercero pagador. Es, por lo tanto, consistente con la definición dada para pagos directos de atención médica (el numerador). Para aquellos países, por otro lado, donde hay un reembolso retrospectivo, por ejemplo, a través de un plan de seguro de salud contributivo, la cantidad reportada por un hogar en gastos de salud podría ser reembolsada total o parcialmente en algún momento posterior, tal vez fuera del período de recordación de la encuesta de hogares.

---

<sup>6</sup> <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>

Claramente, se necesita más trabajo para garantizar que los instrumentos de la encuesta recopilen información sobre las fuentes de financiamiento utilizadas por el hogar para pagar la atención de la salud o que el instrumento de la encuesta del hogar siempre especifique que los gastos de salud deben ser netos de cualquier reembolso. El instrumento de la encuesta y el diseño de la muestra también deben revisarse cuidadosamente para minimizar los errores de medición debidos a errores no muestrales, como períodos de recuerdo muy cortos o muy largos que impiden la recopilación adecuada de datos de todos los componentes de la atención médica (pernoctación, medicamentos, etc.); o errores de muestreo, como un muestreo excesivo de áreas con una carga de enfermedad particularmente baja.

En segundo lugar, la sensibilidad del indicador a la elección de la métrica de bienestar para la desagregación (consumo o ingreso en el denominador): en la definición actual del indicador 3.8.2, los grandes gastos en salud pueden identificarse comparando cuánto gastan los hogares en salud con ya sea el ingreso del hogar o el gasto total del hogar. El gasto es la medida recomendada de los recursos de un hogar (consulte la sección de concepto), pero el trabajo empírico reciente ha demostrado que, si bien las estadísticas sobre 3.8.2 a nivel de país son bastante sólidas para dicha elección, su desglose por grupo de ingresos es bastante sensible a ella. Las medidas basadas en ingresos muestran una mayor concentración de la proporción de la población con un gran gasto familiar en salud entre los pobres que las medidas basadas en gastos (ver el Capítulo 2 en el informe de 2017 de la OMS y el Banco Mundial sobre el seguimiento de la cobertura universal de salud, así como Wagstaff et al. al. 2018).

Tercero, valores de corte para identificar grandes gastos en salud: indicador 3.8.2. se basa en un único punto de corte para identificar lo que constituye un 'gran gasto en salud como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar'. Las personas justo por debajo de ese umbral no se tienen en cuenta, lo cual siempre es el problema con las medidas basadas en cortes. Esto simplemente se evita trazando la función de distribución acumulativa de la tasa de gasto en salud detrás de 3.8.2. Al hacerlo, es posible identificar para cualquier umbral la proporción de la población que dedica una parte del presupuesto de su hogar a la salud.

En cuarto lugar, existen otros indicadores que se utilizan para medir las dificultades financieras, todos basados en las mismas fuentes de datos. La definición actual del indicador 3.8.2 de los ODS se basa en metodologías que datan de la década de 1990 desarrolladas en colaboración con académicos del Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud. Corresponde a un indicador de la incidencia del gasto catastrófico en salud utilizando un enfoque de participación presupuestaria (ver referencias). Además del indicador 3.8.2 de los ODS, la OMS también define los grandes gastos en salud en relación con los gastos que no



son de subsistencia <sup>7, 8</sup> y tanto la <sup>9</sup> OMS como el Banco Mundial utilizan indicadores de empobrecimiento del gasto en salud para evaluar en qué medida el gasto público en salud desalienta los esfuerzos para “ Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes” (ODS 1).

Quinto, el indicador 3.8.2 de los ODS. debe ser rastreado junto con el indicador 3.8.1 de los ODS, así como los indicadores de barreras de acceso. Se han elegido dos indicadores para monitorear la meta 3.8 sobre Cobertura Universal de Salud en el marco de los ODS. ODS el indicador 3.8.1 es para la dimensión de cobertura de servicios de salud de la cobertura universal de salud (UHC), y Indicador ODS 3.8.2 pistas las dimensiones de la protección financiera. Estos dos indicadores siempre deben ser monitoreados de manera conjunta. De hecho, algunas de las personas que buscan atención enfrentan barreras de acceso relacionadas con restricciones financieras, problemas de aceptabilidad, falta de disponibilidad de servicios o accesibilidad. Aquellos que no puedan superar dichas barreras (financieras y no financieras) no reportarán ningún gasto en salud, lo que tenderá a reducir las tasas del indicador 3.8.2 de los ODS. Cuando esto sucede, los niveles del indicador 3.8.1 de los ODS también deberían ser bajos, ya que los indicadores de seguimiento de la cobertura de servicios deberían reflejar que grandes fracciones de la población no pueden obtener los servicios que necesitan. Pero se debe hacer un seguimiento de los indicadores específicos sobre las barreras de acceso para comprender qué tipo de barreras impiden el acceso a los servicios necesarios.

### Método de cálculo

Promedio ponderado de la población de personas con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del total de gastos o ingresos del hogar

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1 \left( \frac{\text{health expenditure of the household } i}{\text{total expenditure of the household } i} > \tau \right)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

<sup>7</sup> Capítulo 2 en “Seguimiento de la cobertura universal de salud: informe de seguimiento mundial de 2017”, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017 ; <http://www.who.int/healthinfo/indicators/2015/en/> ;

<sup>8</sup> Xu, K., Evans, DB, Carrin, G., Aguilar-Rivera, AM, Musgrove, P. y Evans, T. (2007), "Protección de los hogares contra gastos catastróficos en salud", Asuntos de salud, 26 , 972– 983. Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J. y Murray, C. (2003), "Gastos de salud catastróficos de los hogares: un análisis de varios países", The Lancet , 326, 111–117.

<sup>9</sup> <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-systems-financing/publications/clusters/universal-health-coverage-financial-protection> ; [http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB\\_2016\\_EN\\_19169.pdf?ua=1](http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1) ; <http://apps.searo.who.int/uhc> [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublicaciones&Itemid=3562&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11065%3A2015-universal-health-coverage-latin-america-caribbean&catid=3316%3Apublicaciones&Itemid=3562&lang=es)

donde  $i$  denota un hogar,  $1(i)$  es la función indicadora que toma el valor 1 si la expresión entre corchetes es verdadera, y 0 en caso contrario,  $m_i$  corresponde al número de miembros del hogar de  $i$ ,  $\omega_i$  corresponde al peso muestral del hogar  $i$ ,  $\tau$  es un umbral que identifica los grandes gastos domésticos en salud como porcentaje del consumo o ingreso total del hogar (es decir, 10% y 25%).

El gasto en salud del hogar y el gasto o ingreso del hogar se definen como se explica en el apartado 2.a Definiciones y conceptos. Para obtener más información sobre la metodología, consulte Wagstaff et al. (2018) y el capítulo 2 del informe de 2017 de la OMS y el Banco Mundial sobre el seguimiento de la cobertura sanitaria universal.

### **Validación**

Los microdatos obtenidos por la OMS se solicitan a las Oficinas Nacionales de Estadística con el denominador (gasto de consumo total del hogar) ya construido siguiendo sus propias pautas y sigue esas pautas cuando no se proporciona el denominador. La OMS genera el numerador (gasto total en salud del hogar) siguiendo las definiciones y clasificaciones descritas en 2.a y 2.c.

Los microdatos obtenidos por el Banco Mundial son proporcionados por los gobiernos de los países y normalmente incluyen el denominador y el numerador ya construidos. A veces, el Banco Mundial tiene que construir el agregado de bienestar o ajustar el agregado proporcionado por el país.

Los microdatos obtenidos por ambas instituciones para rastrear el indicador 3.8.2 de los ODS normalmente ya han sido verificados por su calidad para rastrear otros indicadores importantes (por ejemplo, el indicador 1.1.1 de los ODS). Se realiza una evaluación de calidad antes de consultar a los países sobre las estimaciones de ODS 3.8.2 (ver sección 4.k).

Las estimaciones producidas por ambas organizaciones se incluyen en una consulta para obtener la retroalimentación del país y revisarlas según sea necesario.

### **Ajustes**

No aplica

### **Tratamiento de los valores perdidos (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional**

#### **A nivel de país**

A nivel de país, no se intenta ninguna imputación para producir estimaciones. Se estima la proporción de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje de los

gastos o ingresos totales del hogar para todos los años para los que se dispone de una encuesta representativa a nivel nacional sobre el presupuesto familiar, los ingresos y gastos familiares, las condiciones socioeconómicas o el nivel de vida. con información tanto del gasto o ingreso total del hogar como del gasto total del hogar en salud. Cuando hay múltiples encuestas a lo largo del tiempo para el mismo país a partir de diferentes colecciones, se da preferencia a las estimaciones producidas a partir del mismo tipo de encuesta. Se realiza una serie de pruebas para retener la serie de mejor desempeño (ver 4.k).

### **A nivel regional**

Debido a que las encuestas no se realizan anualmente en la mayoría de los países, las estimaciones de ODS 3.8.2 entre países se calculan para diferentes años. Para calcular los agregados regionales y globales para un año de referencia común (es decir, cada cinco años entre 2000 y 2015; cada dos años a partir de 2015), las estimaciones de países basadas en encuestas son "alineados" usando uno de los siguientes métodos diferentes dependiendo de la disponibilidad de información para ese país alrededor o en el año de referencia (T\*): En países para los cuales hay una tasa de incidencia observada del indicador 3.8.2 de los ODS en el año de referencia T\*, se utiliza este punto. Cuando hay al menos dos tasas de incidencia observadas del indicador 3.8.2 de los ODS alrededor de la referencia durante una ventana de 5 años alrededor del año de referencia [T\*-5; T\*+5], se utiliza interpolación lineal para proyectar el valor del indicador 3.8.2 de los ODS en el año de referencia. Si no se cumplen estas condiciones pero hay al menos dos tasas de incidencia observadas del indicador 3.8.2 de los ODS, se estima un modelo multinivel utilizando la participación agregada del gasto de bolsillo en salud sobre el gasto de consumo total como variable explicativa si esa la información está disponible. Si dicha información no está disponible o no hay dos tasas de incidencia del indicador 3.8.2 de los ODS, la tasa de incidencia se imputa en el año de referencia con la mediana de incidencia en ese año entre países dentro del mismo grupo de ingresos (bajo, bajo). media, media-alta o alta) según la clasificación del Banco Mundial. Si falta dicha clasificación, se utiliza el valor de la mediana regional del indicador 3.8.2 de los ODS en el umbral del 10 %. La clasificación regional utilizada para la imputación es M49 nivel 1. Luego, las estimaciones del país para el año de referencia se agregan hasta los niveles regional y mundial para calcular la "Población total con gastos domésticos en salud superiores al 10 % del ingreso o gasto total del hogar". " en millones. La proporción de la población total a nivel mundial y regional se calcula luego expresando estos números como una parte de la población relevante, lo que equivale a tomar un promedio ponderado por población de las tasas de los países relevantes. Para más información, por favor consulte el [Registro de metadatos del Observatorio Mundial de la Salud de la OMS](https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4844) (<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4844>).

La proporción agregada de la población con grandes gastos domésticos en salud como porcentaje de los gastos o ingresos totales de los hogares de una región corresponde al número total de personas en todos los países de esa región con gastos tan grandes dividido por el número total de personas en esa región

### **Agregaciones regionales**

Los agregados regionales y globales corresponden a los promedios ponderados por población de las estimaciones de los países “alineados” (ver 4.f).

El Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud utilizan su propia agrupación regional además del desglose regional utilizado para la presentación de informes sobre los ODS.

### **Métodos y orientaciones disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional**

Toda la documentación necesaria para compilar los datos a nivel nacional se comparte con los puntos focales designados cada dos años. Las Oficinas Nacionales de Estadística y los Ministerios de Salud pueden solicitarlo junto con los códigos Stata a [uhc\\_stats@who.int](mailto:uhc_stats@who.int), asunto: paquete para producir el indicador 3.8.2 de los ODS.

### **Gestión de calidad**

La calidad de las estimaciones se gestiona a través de la unidad de Economía y Financiamiento de la Salud de la OMS y la Unidad de Compromiso Global de Prácticas Globales de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial.

### **Garantía de calidad**

Las estimaciones publicadas por la Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial son verificadas por miembros de la unidad de Financiamiento de la Salud y Economía de la Salud de la OMS y la Unidad de Compromiso Global de Prácticas Globales de Salud, Nutrición y Población del Banco Mundial y enviadas a una consulta de país compuesta por miembros de las Oficinas Nacionales de Estadística pertinentes y el Ministerio de Salud cada dos años.

### **Evaluación de la calidad**

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial generan el indicador 3.8.2 siguiendo los métodos, validación y tratamiento de valores faltantes descritos en las secciones 4.c. a 4.d. Ambas instituciones combinan estimaciones a nivel meso. La elegibilidad de las estimaciones incluidas en una base de datos global conjunta a nivel de país y utilizada para producir estimaciones regionales y globales se basa en la siguiente evaluación de calidad:

*Para el denominador de la razón de gasto en salud*

Compare el consumo o ingreso per cápita total mensual promedio de los hogares en una fuente de referencia con el valor mensual promedio estimado a partir de la encuesta. La comparación se basa en la relación de ambos promedios (fuente de referencia para la estimación basada en la encuesta). Si la relación es superior al 20 % (cuando ambos promedios se basan en el consumo) o al 30 % (cuando la estimación de la fuente de referencia se basa en el ingreso y la de la encuesta en el consumo), el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en términos de consumo per cápita y marcado para una posible exclusión. Ambos promedios están expresados en dólares internacionales. La fuente del promedio de referencia es la Plataforma de Pobreza y Desigualdad <sup>10</sup>(ya expresada en dólares internacionales), o derivada de los Indicadores de Desarrollo Mundial (WDI) <sup>11</sup>y calculada como los gastos de consumo final de los hogares en dólares internacionales constantes divididos por la población total. El promedio estimado a partir de la encuesta está disponible en unidades monetarias nominales locales. Se convierte a dólares internacionales utilizando paridades de poder adquisitivo (PPA) para el consumo privado y precios índice al consumidor. Los datos de PPA se pueden descargar desde el sitio web de datos del Banco Mundial (WDI)<sup>14</sup> y la Plataforma de Pobreza y Desigualdad (PIP). Los datos sobre los IPC también se pueden descargar desde la Plataforma de Pobreza y Desigualdad (PIP). PIP es la fuente de datos preferida tanto para los IPC como para las PPA.

Compare el índice de pobreza estimado a partir de la encuesta utilizando las líneas de pobreza internacionales con la incidencia de la pobreza informada en la Plataforma de Pobreza y Desigualdad en las mismas líneas de pobreza (valor de referencia). Cuando la diferencia absoluta entre el valor de referencia y la estimación basada en una encuesta supera los 10 puntos porcentuales, el punto basado en la encuesta se identifica como un valor atípico para rastrear la pobreza utilizando líneas de pobreza internacionales y se marca para una posible exclusión. Para esta evaluación se utilizan líneas de pobreza extrema y moderada. El valor más reciente de la línea internacional de pobreza extrema es de 2,15 dólares por día per cápita utilizando las paridades de poder adquisitivo (PPA) de 2017 para el consumo privado y reemplaza la línea de pobreza de 1,90 dólares basada en las PPA de 2011. El valor más reciente de la línea de pobreza internacional moderada es de \$3,65 por persona por día y se basa en las PPA de 2017, que reemplaza la línea de pobreza de \$3,20 basada en las PPA de 2011. Corresponde al estándar típico utilizado para evaluar los niveles nacionales de pobreza en países de ingresos medianos bajos. Para obtener más información sobre la última revisión de la paridad del poder adquisitivo (PPA), consulte

<sup>10</sup> <https://pip.worldbank.org/home>

<sup>11</sup> <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>

<https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2022/05/02/fact-sheet-an-adjustment-to-global-lines-de-pobreza>

*Para el numerador de la razón de gasto en salud*

Compare el índice promedio de gasto en salud en la encuesta con una participación presupuestaria promedio en salud de referencia. Este último se construye a partir de los datos de las cuentas nacionales de salud como el cociente entre la medida agregada de los gastos de bolsillo de los hogares y el gasto de consumo final de los hogares y las instituciones lucrativas que sirven a los hogares, ambos en moneda local corriente. Cuando la diferencia absoluta supera los 5 puntos porcentuales, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en términos de la parte del presupuesto familiar gastado en salud y se marca para una posible exclusión. Los macroindicadores están disponibles en la Base de datos de gastos sanitarios mundiales (GHED) <sup>12</sup>.

Estos puntos de referencia también se utilizan para decidir qué estimaciones aceptar entre dos estimaciones para esos países y los años para los que ambas instituciones tienen la misma fuente de datos. Para que una estimación basada en una encuesta del indicador 3.8.2 de los ODS se incluya en la base de datos conjunta y, por lo tanto, en la consulta de país realizada cada dos años descrita anteriormente, no puede ser un valor atípico en el consumo, ni en términos de la participación en el presupuesto de salud. .

Las estimaciones producidas por los países y compartidas a través de la consulta de país están sujetas al mismo proceso de garantía de calidad. Se incluyen en la base de datos conjunta si no están marcados ni en el consumo ni en la parte del presupuesto de salud.

## **Disponibilidad y desagregación de datos**

### **Disponibilidad de datos:**

La cantidad de países o territorios con datos ODS 3.8.2 aumenta con el tiempo a medida que hay más encuestas disponibles. Para obtener más información y obtener las últimas actualizaciones, utilice los portales de datos dedicados de la OMS y el Banco Mundial:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection-y>

<https://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

---

<sup>12</sup> <https://apps.who.int/nha/base-de-datos>

### **Series de tiempo:**

La frecuencia de dichos datos es similar a la frecuencia de los datos utilizados para producir el indicador 1.1.1 de los ODS. Varía de un país a otro, pero en promedio, esto varía de 1 año anual a 3 a 5 años.

### **Desagregación:**

El siguiente desglose es posible en la medida en que la encuesta haya sido diseñada para proporcionar estimaciones representativas y/o haya suficientes observaciones recopiladas a ese nivel:

Ubicación geográfica (rural/urbana)

Sexo del jefe de hogar (masculino/femenino);

Edad y sexo del jefe de hogar (menor de 60 años/60 años o más; hombre/mujer);

Composición por edad del hogar en base a la siguiente agrupación: “Solo adultos (20-59 años)” - hogares que consisten en miembros con edades entre 20 y 59 años; “Adultos con niños y adolescentes (miembros menores de 60 años)” - hogares compuestos por miembros menores de 60 años solo de la siguiente manera: al menos un miembro menor de 20 años Y al menos un miembro de entre 20 y 59 años; “Hogares multigeneracionales (todas las edades)”: hogares que incluyen al menos una persona menor de 20 años Y al menos una persona de entre 20 y 59 años Y al menos una persona  $\geq 60$  años; “Adultos con personas mayores (a partir de 20 años)” - hogares que constan de miembros mayores de 20 años solo de la siguiente manera: al menos una persona de 20 a 59 años Y al menos una persona mayor de 60 años; “Solo adultos mayores ( $\geq 60$  años)” - hogares que consisten únicamente en miembros de edad  $\geq 60$  años; “Solo miembros menores de 20 años”: hogares compuestos únicamente por miembros menores de 20 años.

Ubicación geográfica (rural/urbana)

Es posible otra desagregación posible, como por quintiles de las medidas de bienestar del hogar (gastos de consumo o ingresos totales del hogar). Ver sección 4.b sobre comentarios y limitaciones para la sensibilidad de la desagregación a la elección de la medida de bienestar.

### **Comparabilidad / desviación de los estándares internacionales**

#### **Fuentes de discrepancias:**

Todas las estimaciones a nivel de país se basan en encuestas representativas a nivel nacional con información tanto sobre el gasto o ingreso total de los hogares como sobre el gasto de los hogares en salud (véanse las fuentes de datos). En la mayoría de los casos, estos datos

proviene de encuestas de hogares no estándar, y se pueden diseñar procesos de estandarización ex post para aumentar el grado de comparabilidad entre países. Por ejemplo, los equipos regionales del Banco Mundial producen versiones estandarizadas de conjuntos de datos sin procesar siguiendo procedimientos regionales comunes, como los conjuntos de datos armonizados sobre la pobreza de Europa del Este y Asia Central (ECAPOV<sup>13</sup>); la recopilación de Indicadores Armonizados Basados en Encuestas (SHIP) es el resultado de un programa de pobreza sobre encuestas de hogares armonizadas en la región africana del Banco Mundial, mientras que la recopilación de la Encuesta Económica de Hogares Estandarizados (SHES) fue desarrollada por el Banco Mundial para el programa de comparación internacional. Los conjuntos de datos del estudio de ingresos de Luxemburgo (LIS) son el resultado de un esfuerzo por armonizar los conjuntos de datos de muchos países de ingresos altos y medios<sup>14</sup>.

En algunos casos, se puede acceder a los datos sin procesar para producir estimaciones a nivel de país. En algunos países, tanto los datos brutos como las versiones estandarizadas están disponibles; en algunos países, solo está disponible la versión estandarizada. Cuando hay disponibles varias versiones de la misma encuesta, se conserva la estimación que obtuvo mejores resultados en una serie de pruebas de control de calidad (consulte el proceso de recopilación). Cuando se elige una versión estandarizada de un instrumento de encuesta diseñado a nivel nacional, existen diferencias entre las variables de gasto generadas utilizando los datos brutos y las variables de gasto generadas utilizando los procedimientos de armonización, lo que podría dar como resultado una incidencia estimada diferente de la población con grandes gastos familiares en salud como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar.

---

13

[https://unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.15/2016/Wshp/Session\\_A\\_LEAD\\_PRESENTATION\\_WB\\_EN\\_G.pdf](https://unece.org/fileadmin/DAM/stats/documents/ece/ces/ge.15/2016/Wshp/Session_A_LEAD_PRESENTATION_WB_EN_G.pdf)

14<http://www.lisdatacenter.org/>



## Referencias y documentación

### URL:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection;>

<http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/>

### Referencias:

*Informes de seguimiento mundial (p. ej., 2015, 2017, 2019, 2021)*

<https://www.who.int/teams/health-systems-governance-and-financing/global-monitoring-report>

### Metodología:

Capítulo 2 sobre Protección financiera en “Seguimiento de la cobertura universal de salud: Informe de seguimiento mundial de 2017”, Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017;

Wagstaff, A., Flores, G., Hsu J., Smitz, MF., Chepynoga, K., Buisman, LR, van Wilgenburg, K. y Eozenou, P., (2018), “Progreso en el gasto sanitario catastrófico en 133 países: un estudio observacional retrospectivo”, The Lancet Global Health, volumen 6, número 2, e169-e179.

[http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30429-1](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30429-1)

Capítulo 18 de “Análisis de la equidad en salud utilizando datos de encuestas de hogares”. Washington, DC: Grupo del Banco Mundial; 2008,  
<http://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/analyzing-health-equity-using-household-survey-data>