

Información del indicador

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

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

Indicador 3.8.2: Proporción de la población con gastos familiares positivos de bolsillo en salud que superan el 40 por ciento del presupuesto discrecional del hogar¹.

Serie

- SH_OOP_XPD_EARNNET40 - Proporción de la población con gasto de bolsillo positivo del hogar en salud que supera el 40% del presupuesto discrecional del hogar, por ubicación, quintil, tipo de hogar y características del jefe de familia [3.8.2].

Indicadores relacionados:

Las dificultades financieras derivadas de los gastos sanitarios de bolsillo son una consecuencia clave de la insuficiencia de los mecanismos de protección contra el riesgo financiero. El indicador 3.8.2 de los ODS está diseñado para reflejar las dificultades financieras derivadas de los gastos sanitarios de bolsillo, que obstaculizan el progreso hacia la meta 3.8 de cobertura sanitaria universal. Siempre debe interpretarse junto con el otro indicador de cobertura sanitaria universal de los ODS, el indicador 3.8.1, que mide la cobertura de los servicios.

Las dificultades financieras derivadas del gasto sanitario de bolsillo también desalientan los esfuerzos para erradicar la pobreza y reducir las desigualdades entre países y dentro de ellos, y por ello otros indicadores relevantes de los ODS incluyen 1.1.1; 1.2.1; 10.1.1; 10.2.1.

Organizaciones internacionales responsables del monitoreo global

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

Proveedores de datos

Organización Mundial de la Salud (OMS).

Definición, conceptos y clasificaciones

Definición:

Proporción de la población con gastos de bolsillo en salud que superan el 40 % del presupuesto discrecional del hogar. El presupuesto discrecional del hogar se define como el gasto o ingreso total del hogar menos el umbral de pobreza social (UPS). Utilizando las paridades del poder adquisitivo (PPA) de 2017, el UPS corresponde al mayor de los siguientes valores: \$2.15 (el umbral de pobreza internacional) o \$1.15 + 50 % del gasto o ingreso mediano del hogar, excluyendo los gastos de bolsillo en salud. Todas las cantidades se miden per cápita diariamente.

¹ Se modificó el nombre del indicador para que coincida con el nombre correcto aprobado por el IAEG-SDGs en la revisión exhaustiva de 2025 y aprobado por la 57.ª sesión de la Comisión de Estadística en marzo de 2026.

Conceptos:

Los dos conceptos principales de interés son el gasto familiar en salud y el presupuesto discrecional familiar.

Gasto de bolsillo de los hogares en salud

El gasto de bolsillo de los hogares en salud sigue la definición de pagos de bolsillo (OOP) en la clasificación de esquemas de financiamiento de la atención médica (HF) de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA). Incluye cualquier gasto incurrido en el momento del uso del servicio para obtener cualquier tipo de atención (promocional, preventiva, curativa, rehabilitadora, paliativa o de larga duración), incluidos todos los medicamentos, vacunas y otras preparaciones farmacéuticas, así como todos los productos de salud, *de cualquier tipo de proveedor y para todos los miembros del hogar*. Se financia con los ingresos del hogar (incluidas las remesas), ahorros o préstamos, **pero no incluye ningún reembolso de terceros pagadores**. Son la fuente de financiamiento más inequitativa para el sistema de salud, ya que se basan únicamente en la voluntad y capacidad de pago del hogar; solo otorgan acceso a los servicios y productos de salud que las personas pueden pagar, sin ninguna solidaridad entre los sanos y los enfermos más allá del hogar², 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 familiar en salud deben ser coherentes con la división 06 sobre salud de la Clasificación de los Consumos Individuales según su Finalidad (COICOP) de las Naciones Unidas 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)³.

Los componentes del gasto familiar directo en salud se pueden agregar tras reescalarlos al mismo período (por ejemplo, el año o el mes). A continuación, se estima el gasto familiar directo en salud per cápita dividiendo el gasto familiar total en salud entre el tamaño total del hogar. Finalmente, estos valores per cápita se convierten a su equivalente diario aplicando los factores constantes pertinentes (por ejemplo, dividiendo entre 365 si el total es anual).

La información adicional sobre definiciones y clasificaciones de gastos sanitarios debe ser coherente con la [Clasificación Internacional de Cuentas Sanitarias \(CICS\)](#) y su conjunto de clasificaciones (por ejemplo, por tipo de proveedor).

Presupuesto discrecional del hogar

El presupuesto discrecional del hogar se define como el gasto o ingreso total del hogar menos el umbral de pobreza social (NPS).

² Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos; Organización Mundial de la Salud; Eurostat. (2011). *Sistema de Cuentas de Salud 2011: Clasificación de los Esquemas de Financiamiento de la Atención Sanitaria (ICHA-HF)* (Capítulo 7, págs. 153-191). Publicaciones de la OCDE. <https://doi.org/10.1787/9789264116016-en>.

³ División de Estadística de las Naciones Unidas. (s.f.). *Clasificación del Consumo Individual según su Finalidad (COICOP)*. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop>.

Gastos de consumo o ingresos del hogar

Tanto el gasto de consumo de los hogares como los ingresos de los hogares son medidas monetarias de bienestar.

El gasto de consumo de los hogares⁴ depende del ingreso permanente, que es una medida de los recursos económicos a largo plazo de un hogar que determinan su nivel de vida. El consumo se define generalmente como la suma de los valores monetarios de todos los artículos consumidos por el hogar en concepto de gastos domésticos durante un período de referencia. Incluye los gastos monetarios en alimentos y bienes y servicios no duraderos no alimentarios, así como los valores imputados de bienes y servicios que no se compran, pero se adquieren de otra manera para el consumo (valor del consumo en especie); el valor de uso de los bienes duraderos y el valor de uso de la vivienda ocupada por el propietario. El consumo o ingreso total del hogar incluye los gastos en salud. La información sobre el consumo de los hogares se suele recopilar en encuestas de hogares que pueden utilizar diferentes métodos para medir el "consumo" según si los artículos se refieren a bienes duraderos o no duraderos y/o si son producidos directamente por los hogares.

La medida de ingresos más relevante es el ingreso disponible, ya que se aproxima al máximo disponible para el gasto de consumo del hogar durante el período de referencia. El ingreso disponible se define como el ingreso total menos los impuestos directos (netos de reembolsos), las tasas obligatorias y las multas. El ingreso total generalmente se compone de ingresos por trabajo, ingresos por propiedades, ingresos por la producción de servicios del hogar para el autoconsumo, transferencias recibidas en efectivo y bienes, y transferencias recibidas en forma de servicios⁵.

El ingreso o gasto de consumo per cápita se estima dividiendo el ingreso o gasto de consumo total del hogar entre el número total de miembros del hogar. Estos valores per cápita se convierten posteriormente a su equivalente diario aplicando los factores constantes pertinentes. Por ejemplo, si se dispone del ingreso per cápita del hogar para el año, este se dividirá entre 365.

Los ingresos son más difíciles de medir con precisión debido a su mayor variabilidad temporal. El consumo, en cambio, es menos variable y más fácil de medir. Por lo tanto, se recomienda utilizar información sobre el consumo y los ingresos de los hogares siempre que se disponga de ella (véase la sección «Comentarios y limitaciones» para obtener más información sobre la sensibilidad del apartado 3.8.2 a la elección entre ingresos y gastos en el denominador). Las estadísticas sobre el apartado 3.8.2 que actualmente elaboran la OMS y el Banco Mundial se basan principalmente en el consumo (véase la sección sobre fuentes de datos).

Este indicador utiliza los mismos datos sobre ingresos y consumo de los hogares que se utilizan para el seguimiento de los indicadores 1.1.1 y 10.1.1 de los ODS, que han sido clasificados como indicadores de Nivel 1.

⁴ Mancini, Giulia; Vecchi, Giovanni. Sobre la construcción de un agregado de consumo para el análisis de la desigualdad y la pobreza (inglés). Washington, DC: Grupo del Banco Mundial. ([enlace](#))

⁵ Organización Internacional del Trabajo. (2003). *Resolución relativa a las estadísticas de ingresos y gastos de los hogares* (XVII Conferencia Internacional de Estadísticos del Trabajo, Resolución 2 sobre estadísticas de ingresos y gastos de los hogares). Ginebra: OIT. Recuperado de https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@stat/documents/normativeinstrument/wcms_901515.pdf.

La línea de pobreza social

La línea de pobreza social es una parametrización de una línea de pobreza relativa global, definida como el máximo entre la línea de pobreza internacional (utilizada en el indicador 1.1.1 de los ODS) y una fórmula que incluye un elemento fijo y un gradiente relativo en los niveles de consumo o ingresos. La línea de pobreza social fue desarrollada por el Banco Mundial en 2017 para reconocer que el costo mínimo estimado de las necesidades y la participación social varía entre países y a lo largo del tiempo, en función del nivel general de desarrollo económico.

Se pueden utilizar otros métodos para evaluar el costo de las necesidades básicas y definir un presupuesto discrecional. Dado que la comparabilidad entre países es una propiedad importante en un marco global de seguimiento de los ODS, se prefiere el uso de una definición única para el costo de las necesidades básicas que sea relevante para todos los países (la SPL). Además, la SPL se calibra como la que mejor se ajusta empíricamente a las definiciones existentes de las líneas de pobreza nacionales⁶.

Se argumenta que los gastos de bolsillo de los hogares en salud constituyen una fuente de dificultades financieras cuando superan un determinado umbral del presupuesto discrecional del hogar. El valor límite del 40 % se elige con base en la práctica internacional⁷. Investigaciones previas han demostrado que los enfoques de presupuesto discrecional son más robustos a la hora de elegir el umbral para la comparación entre países que los métodos basados en el presupuesto total del hogar⁸.

Unidad de medida

Porcentaje (%). La unidad de medida es la proporción de personas.

Clasificaciones

Para la definición de gasto familiar directo en salud:

- 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.

En cuanto a los componentes del gasto familiar de bolsillo en salud:

- División 06 de la Clasificación de los Bienes de Consumo Individual según su Finalidad (COICOP) de las Naciones Unidas <https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop>.

Para los componentes del consumo total del hogar:

- Clasificación de los bienes de consumo individual según su finalidad (COICOP) de las Naciones Unidas <https://unstats.un.org/unsd/classifications/coicop>.

⁶ Jolliffe, Dean y Espen Beer Prydz. «Pobreza social: una medida relativa y relevante». *Revista Económica del Banco Mundial* 35, n.º 1 (2021): 180-206.

⁷ Xu, K., Evans, DB, Carrin, G., Aguilar-Rivera, AM, Musgrove, P., y Evans, T. (2007), "Protegiendo a los hogares del gasto catastrófico en salud", *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., y Murray, C. (2003), "Gasto catastrófico en salud de los hogares: un análisis multicéntrico", *The Lancet*, 326, 111–117.

⁸ Hsu, J., Flores, G., Evans, D. et al. Medición de la protección financiera contra gastos sanitarios catastróficos: desafíos metodológicos para el monitoreo global. *Int J Equity Health* 17, 69 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0749-5>.

Tipo de fuente de datos y método de recopilación de datos

Fuentes de datos:

Las fuentes de datos recomendadas para el seguimiento de este indicador son las 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 realizan de forma rutinaria las Oficinas Nacionales de Estadística (ONE). Las encuestas de presupuestos de los hogares (EPH) y las encuestas de ingresos y gastos de los hogares (EIGH) suelen recopilar esta información, 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 niveles de vida; sin embargo, algunas de estas encuestas pueden no recopilar información sobre el gasto total de consumo de los hogares, por ejemplo, cuando un país mide la pobreza utilizando el ingreso como indicador de bienestar⁹. 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 total de consumo de los hogares.

Método de recopilación de datos

La OMS y el Banco Mundial se ponen en contacto con 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 estimaciones producidas por el propio país.

A) El primer tipo de solicitud la realiza cada organización por separado. La OMS obtiene acceso a los microdatos de las encuestas de hogares de las oficinas estadísticas nacionales a través de sus oficinas regionales o en los países. La solicitud de acceso suele formar parte de los programas de asistencia técnica sobre financiación de la salud.

El Banco Mundial también suele recibir datos directamente de las Oficinas Nacionales de Estadística (ONE). En otros casos, utiliza datos de las ONE recibidos indirectamente. Por ejemplo, recibe datos de Eurostat y del LIS (Estudio de Ingresos de Luxemburgo), que proporcionan al Banco Mundial los datos de las ONE en su formato original o armonizados para facilitar la comparabilidad. La Universidad Nacional de La Plata, Argentina, y el Banco Mundial mantienen conjuntamente la base de datos SEDLAC (Base de Datos Socioeconómica para América Latina y el Caribe), que incluye estadísticas armonizadas sobre pobreza y otras variables distributivas y sociales de 24 países de América Latina y el Caribe, basadas en microdatos de encuestas de hogares realizadas por las ONE. Los datos se obtienen a través de programas específicos para cada país, incluidos programas de asistencia técnica y actividades conjuntas de análisis y desarrollo de capacidades. El Banco Mundial mantiene relaciones con las ONE en programas de trabajo relacionados con sistemas estadísticos y análisis de datos. Los economistas especializados en pobreza del Banco Mundial suelen colaborar ampliamente con las ONE en la medición y el análisis de la pobreza como parte de las actividades de asistencia técnica.

⁹ División de Estadística de las Naciones Unidas. (s.f.). *Metadatos del indicador 1.1.1 de los ODS: Proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza por sexo, edad, situación laboral y ubicación geográfica (urbana/rural)*. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>.

Última actualización: 27/03/2026

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial organizan periódicamente capacitaciones sobre la medición de la falta de cobertura de protección financiera para la elaboración del indicador ODS 3.8.2. En estas actividades participan representantes del Ministerio de Salud y de la Oficina Nacional de Estadística.

Todas las estimaciones país-año elaboradas por ambas organizaciones se recopilan en una base de datos conjunta tras un proceso de evaluación de la calidad (véase la sección 4.j). Dichas estimaciones se incluyen en una consulta con el país para brindar la oportunidad de: i) revisar las estimaciones, las fuentes de datos y los métodos de cálculo; ii) proporcionar información sobre fuentes de datos adicionales; iii) fomentar el entendimiento mutuo de las fortalezas y debilidades de los datos disponibles y garantizar la plena apropiación de los resultados; y iv) solicitar las estimaciones elaboradas por el país, tal como se explica más adelante.

B) Las estimaciones producidas por cada país se solicitan a través de una consulta nacional realizada por la Organización Mundial de la Salud. De acuerdo con la resolución del Consejo Ejecutivo de la OMS (EB107.R8), este proceso comienza con la OMS enviando una solicitud formal a los ministerios de salud para que designen un punto focal para la consulta. La OMS les envía borradores de estimaciones y descripciones metodológicas, con copia a los puntos focales de los países para la presentación de informes sobre los ODS que fueron designados a solicitud de la UNSD. Se dispone de códigos STATA para reproducir las estimaciones compartidas. Los puntos focales envían entonces a la OMS sus comentarios, que a menudo incluyen nuevos datos o estimaciones nacionales revisadas que se utilizan para actualizar las estimaciones nacionales. Las estimaciones producidas por los países están sujetas al mismo proceso de evaluación de calidad y se incluyen en la base de datos conjunta si no están marcadas en consumo o en la participación del presupuesto de salud (véase la sección 4.j).

Calendario de recopilación de datos

Normalmente, entre enero y marzo de cada dos años se lleva a cabo una consulta nacional sobre las estimaciones del ODS 3.8.2 (véase Garantía de calidad).

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 Sanitaria Universal) o en septiembre (Asamblea General de las Naciones Unidas).

Proveedores de datos

Oficinas Nacionales de Estadística en colaboración con los Ministerios de Salud. Consulte las fuentes de datos para obtener más detalles.

Compiladores de datos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial (BM).

Última actualización: 27/03/2026

Mandato institucional

El apoyo de la OMS al seguimiento de la dimensión de protección financiera de la Cobertura Sanitaria Universal (meta 3.8, indicador 3.8.2 específicamente) se fundamenta en la Resolución [WHA58.33](#) sobre financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de salud.

Dentro del Banco Mundial, la Unidad de Compromiso Global de la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población (HNP) se encarga de la recopilación, validación y estimación del indicador ODS 3.8.2.

Otras consideraciones metodológicas

Justificación

La meta 3.8 se refiere a la cobertura sanitaria universal (CSU) y se define como “Lograr la cobertura sanitaria universal, incluyendo *la protección contra riesgos financieros*, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas esenciales seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos”. La preocupación radica en 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 la insuficiencia de los mecanismos 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 refiere a la identificación de personas que enfrentan dificultades financieras porque el gasto familiar en salud excede su capacidad de pago, lo que podría llevar a recortar el gasto en otras necesidades básicas como educación, alimentación, vivienda y servicios públicos. El presupuesto discrecional del hogar es una mejor medida de la capacidad de pago del hogar que el presupuesto total del hogar. Este último no considera que los hogares más pobres tienden a destinar la mayor parte de sus recursos a las necesidades básicas. Esto se incorpora a la definición de presupuesto discrecional adoptada para este indicador, mediante el uso de una línea de pobreza para aproximar el costo de las necesidades básicas y deduciendo dicha línea del presupuesto de cada hogar. La línea de pobreza social (LPS). La LPS es un método estándar, relevante en una amplia gama de países, para evaluar el costo de las necesidades básicas, considerando que varía entre países y a lo largo del tiempo. Al utilizar este indicador de línea de pobreza social, el 3.8.2 tiene en cuenta que el gasto de bolsillo en salud obstaculiza los esfuerzos para “Poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes” (ODS 1), reducir las desigualdades dentro y entre países (ODS 10) y puede hacer un mejor seguimiento del progreso hacia el objetivo general de los ODS, que es no dejar a nadie atrás.

Reducir las dificultades financieras en el ámbito de la salud es un aspecto importante de la agenda de desarrollo mundial, así como una prioridad del sector sanitario de muchos países de todas las regiones.

Última actualización: 27/03/2026

Comentarios y limitaciones

Es factible monitorear el indicador 3.8.2 de forma regular utilizando los mismos datos de encuestas de hogares que se utilizan para monitorear las metas 1.1 y 1.2 de los ODS sobre pobreza¹⁰. Estas encuestas también se realizan regularmente para otros fines, como el cálculo de ponderaciones para el Índice de Precios al Consumidor. Estas encuestas las realizan generalmente las Oficinas Nacionales de Estadística (ONE). Por lo tanto, monitorear la proporción de la población con grandes gastos de hogar 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 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 rastrear el gasto sanitario de bolsillo: el indicador 3.8.2 intenta identificar las dificultades financieras que enfrentan las personas al usar sus ingresos, ahorros o préstamos para pagar la atención médica. Sin embargo, la mayoría de las encuestas de hogares no logran identificar la fuente de financiamiento utilizada por un hogar que informa sobre el gasto en salud. En países donde no existe un reembolso retroactivo del gasto sanitario de los hogares, esto no representa un problema. Si un hogar informa algún gasto en salud, sería porque no será reembolsado por ningún tercero pagador. Por lo tanto, es coherente con la definición dada para los pagos directos de atención médica.

En cambio, en aquellos países donde existe un reembolso retroactivo —por ejemplo, a través de un sistema de seguro médico contributivo—, el importe declarado por un hogar en concepto de gastos sanitarios podría ser reembolsado total o parcialmente en algún momento posterior, quizás fuera del período de referencia de la encuesta de hogares.

Es evidente que se necesita más trabajo para garantizar que los instrumentos de encuesta recopilen información sobre las fuentes de financiación que utilizan los hogares para pagar la atención médica, o que el instrumento de encuesta de hogares siempre especifique que los gastos en salud deben ser netos de cualquier reembolso. El instrumento de encuesta y el diseño de la muestra también deben revisarse cuidadosamente para minimizar los errores de medición debidos tanto a errores ajenos al muestreo, como períodos de recuerdo muy cortos o muy largos que impiden la correcta recopilación de datos de todos los componentes de la atención médica (estancia nocturna, medicamentos, etc.); como a errores de muestreo, como el sobremuestreo de áreas con una carga de enfermedad particularmente baja.

En segundo lugar, el indicador 3.8.2 se basa en un único punto de corte: el 40% del presupuesto discrecional del hogar. Las personas que se encuentran justo por debajo de este umbral no se tienen en cuenta, lo cual es un problema común en las mediciones basadas en puntos de corte. Sin

¹⁰ División de Estadística de las Naciones Unidas. (s.f.). *Metadatos del indicador 1.1.1 de los ODS: Proporción de la población que vive por debajo del umbral internacional de pobreza por sexo, edad, situación laboral y ubicación geográfica (urbana/rural)*. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <http://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-01-01-01a.pdf>.

Última actualización: 27/03/2026

embargo, la evidencia empírica muestra que la elección del umbral afecta el nivel del indicador, pero no las tendencias a lo largo del tiempo.

En tercer lugar, existen otros indicadores utilizados para medir las dificultades financieras en salud, todos basados en las mismas fuentes de datos. Estas medidas suelen centrarse en el porcentaje de la población con gastos de bolsillo elevados o empobrecedores en salud¹¹¹²¹³. Centrarse únicamente en los gastos de bolsillo elevados o empobrecedores en salud no abarca todo el espectro de personas cuyos niveles de vida se deterioran debido a los gastos de bolsillo de los hogares en salud. Esta definición del indicador 3.8.2 de los ODS proporciona un marco unificado para capturar tanto los gastos de bolsillo elevados como los empobrecedores en salud utilizando una línea de pobreza que se ha desarrollado para ser relevante para todos los países en todos los niveles de ingresos y un umbral que se ha utilizado ampliamente para identificar los gastos de bolsillo elevados en salud definidos en relación con el presupuesto discrecional del hogar en lugar del presupuesto total. Este enfoque se basa en una metodología propuesta por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, que ambas organizaciones han estado utilizando para la presentación de informes mundiales desde 2021 y la OMS para la presentación de informes regionales desde 2017 (véanse las referencias).

En cuarto lugar, se han elegido dos indicadores para monitorear la meta 3.8 sobre Cobertura Sanitaria Universal dentro del marco de los ODS. El indicador 3.8.1 es para la dimensión de cobertura de servicios de salud de la CSU y el indicador 3.8.2 para realizar un seguimiento Las dimensiones de la protección financiera. Estos dos indicadores deben monitorearse siempre de forma conjunta. De hecho, algunas personas que buscan atención médica enfrentan barreras de acceso relacionadas con limitaciones financieras, problemas de aceptabilidad, falta de disponibilidad de servicios o accesibilidad. Quienes no puedan superar dichas barreras (financieras y no financieras) no reportarán ningún gasto en salud, lo que tenderá a reducir las tasas del ODS 3.8.2. Cuando esto sucede, los niveles del ODS 3.8.1 también deberían ser bajos, ya que los indicadores de cobertura de servicios deberían reflejar que grandes fracciones de la población no pueden obtener los servicios que necesitan. Sin embargo, se deben monitorear indicadores específicos sobre barreras de acceso para comprender qué tipo de barreras impiden el acceso a los servicios necesarios.

Método de cálculo

Número promedio ponderado por población de personas con gastos familiares positivos de bolsillo en salud que superan el 40 % del presupuesto discrecional total del hogar:

¹¹ Capítulo 2 en "Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial de 2017", Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017; <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf>.

¹² Xu, K., Evans, DB, Carrin, G., Aguilar-Rivera, AM, Musgrove, P., y Evans, T. (2007), "Protegiendo a los hogares del gasto catastrófico en salud", *Health Affairs*, 26, 972–983. Xu, K., Evans, D., Kawabata, K., Zeramdini, R., Klavus, J., y Murray, C. (2003), "Gasto catastrófico en salud de los hogares: un análisis multicéntrico", *The Lancet*, 326, 111–117.

¹³ Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental. (2016). Marco para los sistemas de información sanitaria e indicadores básicos para el seguimiento de la situación sanitaria y el desempeño del sistema de salud. El Cairo: Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental. Recuperado de http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_19169.pdf?ua=1; Dmytraczenko, T., y Almeida, G. (2015). Hacia la cobertura sanitaria universal y la equidad en América Latina y el Caribe: Evidencia de países seleccionados. Washington, DC: Banco Mundial y Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7661/9781464804557_ENG.pdf.

Última actualización: 27/03/2026

$$\frac{\sum_i m_i \omega_i 1(oop_i^{health} > 0.4 * (y_i - SPL) \cap oop_i^{health} > 0)}{\sum_i m_i \omega_i}$$

donde i denota un hogar, $1()$ 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 i , ω_i corresponde al peso de muestreo del hogar i , oop_i^{health} corresponde al gasto diario per cápita de bolsillo del hogar en salud; $(y_i - SPL)$ es el presupuesto discrecional del hogar con y_i correspondiente al gasto o ingreso total de consumo diario per cápita del hogar y SPL es la línea de pobreza social.

Utilizando las paridades de poder adquisitivo (PPA) de 2017, el umbral de pobreza social (UPS) corresponde al mayor de los siguientes valores: 2,15 USD (el umbral de pobreza internacional) o 1,15 USD + 50 % del gasto o ingreso mediano* de los hogares. La definición del umbral de pobreza social no incluye una asignación explícita para gastos de salud. Por lo tanto, la mediana* se calcula en función de la distribución del gasto o ingreso de los hogares, excluyendo los gastos directos de los hogares en salud.

$$SPL = \max(\$2.15 \text{ a day}; \$1.15 \text{ a day} + 0.5 * \text{median}(y_i - oop_i^{health}))$$

Todos los importes expresados en valores de paridad del poder adquisitivo (PPA) (2,15 \$ y 1,15 \$) se convierten a monedas locales según los precios de 2017 y, posteriormente, a los precios vigentes en el momento de la encuesta de hogares correspondiente, utilizando el Índice de Precios al Consumidor (IPC) más fiable disponible. Este enfoque es coherente con la metodología empleada para el indicador 1.1.1 de los ODS.

El presupuesto discrecional ($y_i - SPL$) es negativo para las personas que viven por debajo del umbral de pobreza social. En tales casos, el umbral utilizado para identificar si el gasto familiar de bolsillo en salud es una fuente de dificultades financieras es prácticamente cero, ya que cualquier gasto positivo en salud superará el presupuesto discrecional del hogar.

El gasto familiar directo en salud, el gasto en consumo o los ingresos, así como el umbral de pobreza social (UPS), se definen como se explica en la sección «Concepto». Todas las cantidades se miden per cápita diariamente. Para obtener más información sobre la metodología, consulte las referencias.

Validación

La OMS solicita los microdatos obtenidos a las Oficinas Nacionales de Estadística, cuyos ingresos o gastos totales de consumo de los hogares ya se han calculado según sus propias directrices, y los aplica cuando no se proporciona el denominador. La OMS calcula el gasto de bolsillo de los hogares en salud según las definiciones y clasificaciones descritas en los apartados 2.a y 2.c.

Los microdatos que obtiene el Banco Mundial son proporcionados por los gobiernos de los países y, por lo general, incluyen el gasto o ingreso de consumo de los hogares, así como el gasto directo en salud ya registrado. En ocasiones, el Banco Mundial debe elaborar el índice de bienestar o ajustar el índice proporcionado por el país.

Última actualización: 27/03/2026

Los microdatos obtenidos por ambas instituciones para el seguimiento del indicador 3.8.2 de los ODS ya han sido sometidos a un control de calidad para el seguimiento de 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 del indicador 3.8.2 de los ODS (véase la sección 4.k).

Las estimaciones elaboradas por ambas organizaciones se incluyen en una consulta para obtener la opinión de cada país y se revisan según sea necesario.

Ajustes

No aplicable.

Tratamiento de valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional

- **A nivel de país**

A nivel nacional, no se intenta realizar imputaciones para generar estimaciones. El indicador 3.8.2 de los ODS se estima para todos los años para los que se dispone de una encuesta nacional representativa sobre presupuesto familiar, ingresos y gastos familiares, condiciones socioeconómicas o niveles de vida, con información tanto sobre el gasto o ingreso total de los hogares como sobre el gasto total de los hogares en salud. Cuando existen varias encuestas a lo largo del tiempo para el mismo país, se da preferencia a las estimaciones generadas a partir de la misma encuesta. Se realiza una serie de pruebas para conservar la serie con mejor desempeño (véase Evaluación de calidad).

- **A nivel regional y mundial**

Dado que en la mayoría de los países no se realizan encuestas anualmente, las estimaciones del ODS 3.8.2 se calculan para diferentes años. Para calcular los agregados regionales y mundiales para un año de referencia común (por ejemplo, 2000, 2005, 2010, 2015, etc.), primero se comparan las estimaciones nacionales basadas en encuestas mediante una combinación de interpolación/extrapolación (cuando hay al menos dos estimaciones basadas en encuestas disponibles en torno al año de referencia); modelización econométrica (cuando hay una estimación basada en encuestas disponible en torno al año de referencia); e imputación basada en medianas regionales (cuando no hay estimaciones basadas en encuestas disponibles en torno al año de referencia). Para más información, consulte las referencias.

La estimación regional de 3,8,2 corresponde al número total de personas en todos los países de esa región con un gasto familiar positivo de bolsillo en salud que supera el 40% del presupuesto discrecional del hogar, dividido por el número total de personas en esa región.

Agregaciones regionales

Los agregados regionales y mundiales corresponden a promedios ponderados por población de las estimaciones de países “alineados” (véase Tratamiento de valores faltantes (i) a nivel de país y (ii) a nivel regional).

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

Última actualización: 27/03/2026

Métodos y orientación disponibles para los países para la recopilación de datos a nivel nacional

Toda la documentación necesaria para recopilar 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 solicitarla, junto con los códigos STATA, a uhc_stats@who.int, con el asunto: paquete para generar el indicador ODS 3.8.2.

Gestión de calidad

Para la Organización Mundial de la Salud, la calidad de las estimaciones se gestiona a través del departamento de financiación y economía de la salud en la sede central, y para el Banco Mundial, a través de la Práctica Global de Salud, Nutrición y Población (HNP).

Garantía de calidad

Las estimaciones del ODS 3.8.2 publicadas por la OMS y el Banco Mundial son sometidas a un control de calidad por miembros del equipo mundial de seguimiento de la protección financiera de la OMS y el Banco Mundial, que incluye personal del departamento de financiación y economía de la salud de la OMS en la sede central y del Banco Mundial. Prácticas Mundiales de Salud, Nutrición y Población (HNP). Todas las estimaciones seleccionadas para su publicación por el equipo conjunto de monitoreo mundial, según los criterios descritos en la sección 4.k, están sujetas a una consulta nacional en la que participan miembros de las Oficinas Nacionales de Estadística pertinentes y del Ministerio de Salud.

Evaluación de calidad

La Organización Mundial de la Salud y el Banco Mundial generan el indicador 3.8.2 siguiendo el mismo enfoque (véase la metodología). 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 utilizadas para producir estimaciones regionales y globales se basa en la siguiente evaluación de calidad:

Para gastos o ingresos de consumo del hogar

- Comparar 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. Los valores de referencia se toman de la Plataforma de Pobreza y Desigualdad (PIP) del Banco Mundial¹⁴, si están disponibles, y de lo contrario de los Indicadores de Desarrollo Mundial (IDM)¹⁵, calculados como el gasto de consumo final de los hogares en las últimas paridades de poder adquisitivo (PPA) disponibles, dividido por la población total. La comparación se basa en la razón de ambas medianas promedio (fuente de referencia frente a la estimación basada en la encuesta). Si la razón es mayor que el 20% (cuando el vector de bienestar utilizado para las estimaciones es el mismo, ya sea ingreso o consumo) o el 30% (cuando los vectores de bienestar utilizados para las estimaciones de la encuesta y de referencia son diferentes), el punto de la encuesta se identifica

¹⁴ Los datos pueden descargarse a través del portal en línea (<https://pip.worldbank.org/home>). Además del portal en línea, los datos pueden descargarse directamente desde Stata.

¹⁵ Banco Mundial. (s.f.). *Indicadores de Desarrollo Mundial* [Conjunto de datos]. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>.

Última actualización: 27/03/2026

como un valor atípico en términos de consumo o ingreso per cápita y se marca para su posible exclusión.

Para la línea de pobreza social

- Compare el número de personas en situación de pobreza estimado a partir de la encuesta en el umbral de pobreza social con los valores de incidencia de pobreza reportados en PIP en el mismo umbral de pobreza (valor de referencia)¹⁶. La comparación se basa en la diferencia absoluta entre los valores de la encuesta y los valores de referencia. Cuando el tipo de vector de bienestar utilizado para las estimaciones entre los valores de la encuesta y los valores de referencia es el mismo y la diferencia absoluta supera los 10 puntos porcentuales, el punto basado en la encuesta se identifica como un valor atípico para el seguimiento de la pobreza según el umbral de pobreza social y se marca para su posible exclusión. Cuando el tipo de vector de bienestar utilizado para las estimaciones difiere, la diferencia absoluta se compara con el umbral de 20 puntos porcentuales para identificar un valor atípico y se marca para su posible exclusión.
- Comparar el valor de la línea de pobreza social estimado a partir de la encuesta con los valores de referencia disponibles en PIP para el mismo país/año (misma fuente que el recuento de personas en situación de pobreza)¹⁷. Cuando el tipo de vector de bienestar utilizado para las estimaciones es el mismo y la diferencia absoluta entre el valor de referencia y la estimación basada en la encuesta supera el 10%, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico para el seguimiento de la pobreza en la línea de pobreza social y se marca para su posible exclusión. Cuando el tipo de vector de bienestar utilizado para las estimaciones difiere, la diferencia absoluta se compara con el umbral del 20% para identificar un valor atípico y se marca para su posible exclusión.

Para el gasto familiar de bolsillo en salud

- Comparar el gasto promedio per cápita de bolsillo de los hogares en salud en una fuente de referencia con los valores promedio estimados a partir de la encuesta. Los valores de la fuente de referencia se toman de la Base de Datos Mundial de Gasto en Salud (GHED) de la OMS¹⁸ en unidades per cápita anuales en moneda local nacional, convertidos a valores diarios per cápita en PPA2017, utilizando un factor de conversión. Los valores PPA se derivan de la base de datos PIP¹⁹ si está disponible, de lo contrario, de la base de datos de Indicadores de Desarrollo Mundial del Banco Mundial²⁰. La comparación se basa en la razón del gasto promedio per cápita de bolsillo de los hogares en salud en una fuente de referencia con los valores promedio estimados a partir de la encuesta (diferencia entre los gastos promedio y la estimación basada en la encuesta). Si la razón es mayor que el 10 % (cuando el vector de bienestar utilizado para las estimaciones es el mismo, ya sea ingreso o consumo) o el 20 % (cuando los vectores de bienestar

¹⁶ Los datos pueden descargarse a través del portal en línea (<https://pip.worldbank.org/home>). Además del portal en línea, los datos pueden descargarse directamente desde Stata.

¹⁷ Los datos pueden descargarse a través del portal en línea (<https://pip.worldbank.org/home>). Además del portal en línea, los datos pueden descargarse directamente desde Stata.

¹⁸ Los datos se pueden descargar utilizando el portal en línea (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>) seleccionando Explorador de datos, Datos de gastos de salud, Esquemas de financiación y Pagos de bolsillo de los hogares (OOPS).

¹⁹ Los datos pueden descargarse a través del portal en línea (<https://pip.worldbank.org/home>). Además del portal en línea, los datos pueden descargarse directamente desde Stata.

²⁰ Banco Mundial. (s.f.). *Indicadores de Desarrollo Mundial* [Conjunto de datos]. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <https://datacatalog.worldbank.org/dataset/world-development-indicators>.

Última actualización: 27/03/2026

utilizados para las estimaciones de la encuesta y de referencia son diferentes), el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en términos de consumo o ingreso per cápita mediano y se marca para su posible exclusión.

- Compare el porcentaje promedio del presupuesto destinado a gastos de salud de bolsillo en la encuesta con un porcentaje promedio de referencia. Este último se construye a partir de datos de cuentas nacionales de salud como la razón entre la medida agregada de los gastos de bolsillo de los hogares y el gasto de consumo final de los hogares y las instituciones con fines de lucro que los atienden, ambos en unidades monetarias locales corrientes. Cuando la diferencia absoluta supera los 5 puntos porcentuales, el punto de la encuesta se identifica como un valor atípico en términos del porcentaje del presupuesto familiar destinado a la salud y se señala para su posible exclusión. Los macroindicadores están disponibles en la OMS GHED²¹.

Estos parámetros de referencia también se utilizan para decidir entre dos estimaciones para aquellos países y años para los que ambas instituciones disponen de la misma fuente de datos. Para que una estimación del indicador 3.8.2 basada en encuestas se incluya en la base de datos conjunta y, por lo tanto, en la consulta nacional que se realiza cada dos años, tal como se describió anteriormente, no puede ser un valor atípico en cuanto al consumo ni en términos de la proporción del presupuesto de salud.

Las estimaciones elaboradas por los países y compartidas a través de la consulta nacional están sujetas al mismo proceso de control de calidad. Se incluyen en la base de datos conjunta si no se detectan anomalías ni en el consumo/ingresos ni en el gasto de bolsillo de los hogares en salud.

Disponibilidad y desagregación de datos

Disponibilidad de datos:

El número de países o territorios con datos del ODS 3.8.2 aumenta con el tiempo a medida que se dispone de más encuestas con al menos 150 economías (medidas en términos de aquellas que tienen al menos 1 punto de datos). Esto es similar a la disponibilidad para el ODS 1.1.1. Para obtener los datos del apartado 3.8.2 y las últimas actualizaciones, consulte los portales de datos especializados de la OMS y el Banco Mundial:

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

<https://data.who.int/indicators/i/A65146D>.

<https://data.who.int/indicators/i/4934B28>.

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

Series temporales:

En promedio, la frecuencia de las estimaciones 3.8.2 es de 6,5 puntos de datos por país. Varía entre países, pero en promedio, esto oscila entre cada 32,6 años en la región europea de la OMS y cada 6,5 años en la región africana de la OMS.

²¹ Los datos se pueden descargar a través del portal en línea (<https://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>) seleccionando Explorador de datos, Datos de gastos en salud, Esquemas de financiación y Pagos de bolsillo de los hogares (OOPS) y Datos macroeconómicos, Consumos, Gasto de consumo final de los hogares e instituciones con fines de lucro que atienden a los hogares (PFC).

Desagregación:

La siguiente desagregación es posible en la medida en que la encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones representativas a ese nivel:

- Edad (menor de 60 años/60 años o más) y sexo del cabeza de familia (masculino/femenino);
- Composición por edades del hogar: “solo adultos” incluye hogares compuestos únicamente por personas de entre 20 y 59 años; los hogares “multigeneracionales” incluyen adultos que viven con personas menores de 20 años (niños y/o adolescentes) y personas de edad avanzada (60 años o más); los “hogares más jóvenes” incluyen adultos que viven con niños (de 0 a 9 años) y/o adolescentes (de 10 a 19 años); y “adultos con personas mayores” incluye hogares compuestos por adultos que viven con al menos una persona mayor (de 60 años o más) y “solo adultos mayores” compuestos exclusivamente por personas mayores.
- Ubicación geográfica (rural/urbana)
- Quintiles de las medidas de bienestar de los hogares (gastos de consumo totales o ingresos del hogar). Consulte los comentarios y las limitaciones para conocer la sensibilidad de la desagregación a la elección de la medida de bienestar.

Comparabilidad/desviación con respecto a las normas internacionales

Fuentes de discrepancias:

Definición del presupuesto discrecional / costo de las necesidades básicas:

Para la elaboración de informes globales, el costo de las necesidades básicas/presupuesto discrecional se define en relación con el umbral de pobreza social. Si bien este umbral guarda una estrecha correlación con los umbrales de pobreza nacionales, son diferentes. Los países pueden utilizar sus propios umbrales de pobreza nacionales para generar el mismo indicador, y a nivel regional pueden existir otras evaluaciones regionales más relevantes del costo de las necesidades básicas.

Fuentes de datos:

Las estimaciones a nivel de país se basan en encuestas representativas a nivel nacional con información sobre el gasto o ingreso total de los hogares y el gasto de los hogares en salud (ver fuentes de datos). En la mayoría de los casos, estos datos provienen de encuestas de hogares no estandarizadas 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 brutos siguiendo procedimientos regionales comunes: los conjuntos de datos armonizados de ECAPOV se basan en los conjuntos de datos del Estudio de Medición de los Niveles de Vida (LSMS)²² o encuestas de presupuestos de hogares (HBS) recopiladas en la región de Europa y Asia Central del Banco Mundial; la colección SHIP resulta de un programa de pobreza sobre encuestas de hogares armonizadas en la región de África del Banco

²²

<http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/EXTDEC/EXTRESEARCH/EXTLSMS/0,,contentMDK:21610833~pagePK:64168427~piPK:64168435~theSitePK:3358997,00.html>.

Última actualización: 27/03/2026

Mundial, mientras que la colección SHES fue desarrollada por el Banco Mundial para el programa de comparación internacional²³. Los conjuntos de datos del estudio de ingresos de Luxemburgo (LIS) resultan del esfuerzo por armonizar conjuntos de datos de muchos países de ingresos altos y medios²⁴.

En algunos casos, se puede acceder a los datos brutos para generar estimaciones a nivel nacional. En algunos países, se dispone tanto de los datos brutos como de las versiones estandarizadas, mientras que en otros solo está disponible la versión estandarizada. Cuando se dispone de varias versiones de la misma encuesta, se conserva la estimación que mejor se ajusta a una serie de pruebas de control de calidad (véase el proceso de recopilación). Al elegir una versión estandarizada de un instrumento de encuesta diseñado a nivel nacional, existen diferencias entre las variables de gasto generadas con los datos brutos y las generadas mediante los procedimientos de armonización, lo que podría dar lugar a diferentes estimaciones de la incidencia de la población con un elevado gasto familiar en salud como porcentaje del gasto o ingreso total del hogar.

Referencias y documentación

URL:

<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/financial-protection;>
[http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/.](http://datatopics.worldbank.org/universal-health-coverage/)

Referencias:

Informes de seguimiento mundial sobre la cobertura sanitaria universal y la protección financiera en materia de salud (por ejemplo, 2015, 2017, 2019, 2021, 2023)

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

Metodología:

Enfoque de presupuesto discrecional

- Wagstaff A, Eozenou P (2014). CATA se une a IMPOV: un enfoque unificado para medir la protección financiera en salud. Washington (DC): Documento de trabajo de investigación de políticas del Banco Mundial n.º 6861. ([enlace](#))
- Cylus J, Thomson S, Evetovits T. Gasto sanitario catastrófico en Europa: equidad e implicaciones políticas de diferentes métodos de cálculo. Bull World Health Organ. 2018; 96(9):599–609. ([enlace](#))

En la línea de pobreza social:

- Jolliffe, Dean y Espen Beer Prydz. «Pobreza social: una medida relativa y relevante». Revista Económica del Banco Mundial 35, n.º 1 (2021): 180-206.

²³ Banco Mundial. (2019, abril). *África subsahariana: Manual de referencia para la armonización de las encuestas de hogares*. Washington, DC: Banco Mundial. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/556731569933058892/pdf/Sub-Saharan-Africa-Reference-Manual-for-Harmonizing-Household-Surveys.pdf>.

²⁴ Centro de Datos Transnacionales LIS. (2025). *Centro de Datos Transnacionales LIS en Luxemburgo*. Recuperado el 19 de septiembre de 2025 de <https://www.lisdatacenter.org/>.

Última actualización: 27/03/2026

Informes regionales:

En evidencia comparable internacionalmente basada en el enfoque de presupuesto discrecional utilizando un umbral del 40%

- Thomson S, Cylus J, Evetovits T (2019). ¿Pueden las personas costear la atención médica? Nuevas evidencias sobre la protección financiera en Europa. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/311654>
- Oficina Regional para Europa de la OMS (2023). ¿Pueden las personas costear la atención médica? Evidencia sobre la protección financiera en 40 países de Europa. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.

Según evidencia comparable internacionalmente basada en un solo indicador para capturar los grandes y empobrecedores gastos de bolsillo en salud

- Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe mundial de seguimiento de 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial; 2021
- Seguimiento de los avances en la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud en la Región de Asia Sudoriental de la OMS: actualización de 2022. Nueva Delhi: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para Asia Sudoriental; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Avances hacia la cobertura sanitaria universal: seguimiento de la protección financiera en la Región del Pacífico Occidental. Manila: Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental; 2023. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de seguimiento mundial de 2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial; 2023.