

Indicadores de protección financiera en salud, Costa Rica 2013 y 2018 (indicador 3.8.2 ODS)

En el marco de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), objetivo 3: “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” se estableció como una de sus metas “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a los servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (3.8). El primer indicador para esta meta (3.8.1) se refiere a la cobertura de servicios de salud, y el segundo (3.8.2) se centra en los gastos en salud en relación con el presupuesto de un hogar, a fin de detectar las dificultades económicas causadas por los pagos directos por atención en salud.

El indicador 3.8.2, recomendado por el grupo de Expertos sobre los indicadores ODS y propuesto por OMS y Banco Mundial es la “Proporción de la población con grandes gastos familiares en salud como porcentaje del total del gasto o de los ingresos de la familia”. Como “grandes gastos de salud” o gastos catastróficos, se plantean dos umbrales: más del 10%, o más del 25% total del gasto familiar o del ingreso total¹.

Dado que la propuesta de los ODS es que “nadie se quede atrás” se sugiere la desagregación por ingresos, sexo, edad, raza, etnia, discapacidad, ubicación geográfica, estatus migratorio, siempre que los datos lo permitan.

Además, dado que el objetivo global es la cobertura universal de los servicios de salud para todas las personas, sin que tengan que afrontar dificultades financieras, el análisis de los riesgos financieros se centran en dos temas: los “gastos sanitarios catastróficos”, que son los gastos directos o del propio bolsillo (sin reembolso por terceros) que sobrepasan la capacidad de pago de un hogar; y los “gastos sanitarios empobrecedores”, que ocurren cuando por causa de un problema de salud, un hogar se ve obligado a reducir gastos no médicos, como puede ser en alimentación, vivienda o ropa, hasta el punto de que quedan por debajo del nivel indicado por la línea de pobreza (OMS, BM, 2018, descargado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310925/WHO-HIS-HGF-17.2-spa.pdf?ua=1>).

Las fuentes de datos recomendadas para la medición del indicador son las encuestas de ingresos y gastos de los hogares, en las que es posible obtener información sobre el total gasto de consumo familiar y sobre el gasto específico en salud. Una limitación de esta encuesta, para el caso de Costa Rica, es la periodicidad quinquenal o mayor, que no permite mantener una serie continua anual,

¹ Aunque en nuestro caso, para la medición de pobreza se utiliza el ingreso, el Banco Mundial recomienda que cuando haya información del consumo del hogar, se use esta información, dado que los ingresos son más difíciles de medir con exactitud debido a su mayor variabilidad en el transcurso del tiempo; mientras que el gasto (o consumo) es un mejor indicador del ingreso permanente.

como es sugerido; además de que la unidad de estudio de los gastos es el hogar y no la persona, por lo tanto, no es posible desagregar por categorías que se refieran a información sociodemográfica. La desagregación a que se apunta es por zona (urbana, rural), región (para indicador de ODS 3.8.2 exclusivamente) y sexo de la jefatura de hogar.

En el presente documento se describe la construcción de este indicador puntual que responde el objetivo 3.8.2 (gasto catastrófico en salud) y algunos otros sugeridos y asociados al riesgo financiero, luego se presentan los resultados que se obtienen para los años 2013 y 2018, a partir de los resultados de las últimas dos encuestas de ingresos y gastos realizadas en el país y siguiendo las recomendaciones derivadas de los documentos de trabajo del Taller Regional sobre Protección Financiera en salud, de marzo de 2019, organizado por OPS².

Construcción de variables y estimación de indicadores

Las variables básicas necesarias se resumen en:

| Concepto | Nomenclatura internacional | Nombre de la variable en ENIGH |
|---|----------------------------|---|
| Total de gasto de consumo del hogar (bruto) | exp | H286_GASTO_CONSUMO_SVL |
| Total de gasto del hogar en salud, CCIF 06 (neto de reembolsos) | OOP ó hexp | H255_GASTO_TOTAL_SALUD – (171_TRANSF_REINT_SALUD) |
| Tamaño del hogar | Hhsize _n | H078_CANT_MIEMBROS_HOGAR |
| Peso de muestreo del hogar | (w _n) | FACTOR |

Además de estas variables a nivel de hogar, son necesarias otras variables socioeconómicas para la desagregación que da seguimiento a las desigualdades, tal como zona de residencia, sexo, edad, etnia, entre otras. No obstante, en esta encuesta, la unidad de estudio del gasto es el hogar, por lo tanto, no es posible calcular la información por persona, así que la sugerencia es utilizar características del jefe del hogar y en todos los casos ponderar los datos para llegar a la población total, asumiendo homogeneidad entre todos los miembros del hogar.

Todas las variables relacionadas al gasto se deben convertir en cifras diarias. Para nuestro caso, los datos están convertidos a unidades mensuales de tiempo; por lo tanto, se realizan las conversiones multiplicando por 12 (meses) y dividiendo entre 365 días. Para la construcción de la información per cápita se divide el rubro de cada hogar entre su cantidad de miembros. Estas variables quedan expresadas de la siguiente forma:

2 Estos son: a) Métodos y fuentes de datos de la OMS para el seguimiento mundial de los indicadores de protección financiera de la CUS en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, versión preliminar, OMS, Ginebra, 2017; b) Anexo: Metadatos par el indicador 3.8.2; c) Do-files de programa STATA, elaborados por OPS.

| Concepto | Nomenclatura internacional | Construcción |
|------------------------------------|----------------------------|--|
| Gasto de consumo per cápita diario | hh_expcapd | ((H286_GASTO_CONSUMO_SVL/H078_CANT_MIEMBROS_HOGAR)*12)/365 |
| Gasto de bolsillo en salud | hh_hexpcapd | ((H255_GASTO_TOTAL_SALUD _{neto} /H078_CANT_MIEMBROS_HOGAR)*12))/365 |

El indicador 3.8.2 de los ODS es definido como el cociente:

$$rh = \frac{hh_hexpcapd}{hh_expcapd}$$

Los gastos en salud se consideran grandes cuando exceden los umbrales determinados $\tau = 0.1$ y $\tau = 0.25$. La proporción de la población con grandes gastos familiares en salud como porcentaje del total del gasto de consumo o los ingresos de la familia se estima como promedio ponderado por la población, de la siguiente manera:

$$SDG382\tau = \sum wh1(rh > \tau)$$

donde h denota una familia; $1()$ es la función de indicador que es igual a 1 si la razón de gasto en salud excede el valor de corte τ y es igual a 0; de otro modo, wh corresponde a ponderaciones de la muestra del hogar multiplicadas por el tamaño del mismo para obtener números representativos por persona ($wh = hhwh * hsizeh$)

Con los dos umbrales, el indicador mide las dificultades económicas en dos niveles de severidad.

Para los **otros indicadores**, relacionados al empobrecimiento de las familias como producto de los pagos directos de atención de salud, se ajustan las medidas de pobreza para tener en cuenta que los pagos de atención de salud dan lugar a la disponibilidad de menos recursos económicos para gastar en otras necesidades básicas identificadas por un umbral de pobreza. Este ajuste presupone que los recursos económicos de una familia son fijos. Para medir estos indicadores, hay que seleccionar un índice de pobreza y un umbral de pobreza.

Para este ejercicio se utilizaron 3 métodos:

- Los umbrales fijados por el Banco Mundial de \$1,9 por día per cápita usando paridades de poder adquisitivo (PPP de 2011) como umbral de pobreza extrema y \$3,20 por día per cápita (PPP de 2011) para pobreza moderada a nivel mundial. Estos umbrales se denominan IPL 1 e IPL 2. Esta información se descarga del sitio web <http://wdi.worldbank.org/table/4.16>³.
- La pobreza en forma relativa, calculada como el 50 y 60% de la mediana del gasto de consumo.

³ De acuerdo con los ejemplos suministrados, se multiplica el valor del umbral (1,9 ó 3,2) por el factor de conversión PPP 2011, y este por el valor del índice de Precios del año de estudio (con 2011=100). Para este caso los datos fueron suministrados por OPS/OMS para cada país.

- La línea de pobreza utilizada a nivel nacional, descargadas de <https://www.inec.cr/economia/costo-canasta-basica-alimentaria>

La fuente de información para las estimaciones son las últimas dos encuestas nacionales de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH 13 y 2018), que son la fuente de información más actualizada con la que se cuenta para realizar este cálculo.

A continuación, se procede a describir las variables que deben irse considerando y construyendo en el proceso de la determinación del gasto catastrófico y otros indicadores de gasto en salud empobrecedor. Se irán presentando procedimiento, datos y resultados simultáneamente para mejor comprensión y como parte de la documentación asociada para cualquier replicación requerida por los usuarios.

Gasto de bolsillo en salud (CBS)

Son todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios médicos, compras de medicamentos, dispositivos, equipos u hospitalización. A este gasto se le debe deducir cualquier reembolso realizado por un seguro.

La unidad utilizada para este gasto es per cápita diario. Se recomienda desagregar el gasto por sus componentes y para diferentes grupos de interés.

Cálculo variable ENIGH: *Gasto mensual en servicios de salud, medicamentos y equipo médico (clasificación CCIF 07) menos las Transferencias por Reintegros por gasto de Salud, muerte por hogar.*

`oop: H255_GASTO_TOTAL_SALUD - H171_TRANSF_REINT_SALUD`

En el siguiente cuadro se presentan los resultados obtenidos relacionados a este gasto.

Cuadro No.1. Indicadores de gasto de bolsillo en salud (GBS)

| Indicador | ENIGH 2013 ¹ | ENIGH 2018 ² | Sig ³ |
|---|----------------------------|----------------------------|------------------|
| Generales | | | |
| Porcentaje de personas en hogares con GBS | 63,7% | 65,8% | * |
| Promedio de GBS por día por persona (colones corrientes) | ¢268,0 | ¢325,6 | * |
| <i>Promedio de GBS por día por persona (colones agosto 2018)</i> | ¢329,6 | ¢325,6 | |
| Mediana del GBS por persona por día por persona (colones corrientes) | ¢52,6 | ¢73,1 | * |
| <i>Mediana del GBS por persona por día por persona (colones agosto 2018)</i> | ¢64,7 | ¢73,1 | |
| Desagregaciones | | | |
| Porcentaje de personas en hogares con GBS con jefatura femenina | 62,5% | 66,0% | * |
| Porcentaje de personas en hogares con GBS con jefatura masculina | 64,3% | 65,6% | |
| Porcentaje de personas en hogares con GBS de zona rural | 55,3% | 56,7% | |
| Porcentaje de personas en hogares con GBS de zona urbana | 66,8% | 69,5% | * |
| Distribución del gasto de bolsillo en salud | | | |
| Medicinas, dispositivos y equipo medico | 59,9% | 70,2% | * |
| Servicios médicos | 39,6% | 29,7% | * |
| Hospitalización | 0,5% | 0,1% | * |
| Hogares con adultos mayores (65 años y más) | | | |
| Porcentaje de hogares con GBS | 66,0% | 63,2% | |
| Porcentaje de Personas en hogares con GBS | 67,2% | 66,4% | |
| Promedio de GBS por día por persona (CON presencia de AM) en colones corrientes | ¢475,6 | ¢516,1 | |
| Promedio de GBS del hogar por día por persona (SIN presencia de AM) en colones corrientes | ¢229,0 | ¢271,5 | * |

1/ Se excluyen 9 casos con gasto neto en salud negativos, muestra final n= 5696; N hogares= 1 392 810; N poblacional = 4 687 461

2/ Se excluyen 6 casos con gasto neto en salud negativos, muestra final n=7040; N hogares= 1 537 347; N poblacional = 4 985 782

3/ Diferencia estadísticamente significativa al 95% de confianza.

Nota: el gasto en salud "neto" puede ser negativo, debido a las diferencias en los periodos de referencia del gasto en salud con respecto a los ingresos por reintegros

Comentarios:

- ✓ El porcentaje de personas en hogares con gasto de bolsillo en salud en 2018 es de 65,8% y esto representa un aumento respecto lo estimado en 2013 (63,7%).
- ✓ El promedio de gasto de bolsillo diario por persona se estima en \$325,6 de acuerdo con ENIGH 2018 y no presenta diferencia significativa con lo estimado en 2013 en términos constantes.
- ✓ El sexo de la jefatura no presenta diferencias significativas en cuanto porcentaje de personas con gasto de bolsillo, en ninguno de los estudios, pero sí se presenta en el 2018, un aumento de personas con gasto de bolsillo en salud en hogares con jefatura femenina, respecto al 2013.
- ✓ En las zonas urbanas se estima un porcentaje considerablemente mayor de personas con gasto de bolsillo en salud, respecto a las rurales, 69,5% frente a 56,7% respectivamente en el 2018.
- ✓ Para el 2018 hay un aumento en el porcentaje de personas con gasto de bolsillo en salud en la zona urbana, respecto a 2013, pero no se presentan diferencias significativas en la zona rural.
- ✓ La proporción mayor del gasto en salud está en medicamentos, dispositivo y equipo médico (70,2% en 2018), le siguen servicios médicos (29,7%) y hospitalización (0,1%). Con respecto al 2013, hubo un aumento considerable en el peso del gasto en medicamentos, dispositivos y equipo médico, respecto a los otros grupos, superando los 10 pp de diferencia.
- ✓ La presencia de adultos mayores, no implica diferencia en la ocurrencia del gasto de bolsillo en salud, pero sí es considerable la diferencia del gasto promedio entre los hogares donde hay adultos mayores, para los cuales casi se duplica el gasto promedio per cápita diario (\$516 entre los hogares donde hay adultos mayores, frente a \$271 en los hogares sin adultos mayores en 2018).

Gasto catastrófico en salud (cata)

Son los gastos de bolsillo, o directos en salud, que sobrepasan la capacidad de pago de un hogar. En el contexto de los ODS se han determinado dos umbrales 10% y 25% respecto al gasto de consumo total del hogar.

Se utiliza la variable Gasto de consumo del hogar *H286_GASTO_CONSUMO_SVL* como capacidad de pago de cada hogar para contrastar los gastos de bolsillo obtenidos en el punto anterior (Gasto en salud neto de reembolsos de seguros de salud). Aquellos hogares que sobrepasan el 10% o 25% de su gasto de consumo en gasto de salud se consideran con grandes gastos o gasto catastrófico en dos niveles distintos. El indicador final se estima como promedio ponderando por la población total.

En el cuadro 2 se muestran los resultados:

Cuadro No.2. Porcentaje de población con gasto catastrófico en salud por umbral y año, según y región

| | 10% del Gasto de consumo | | 25% del Gasto de consumo | |
|-------------------|--------------------------|--------|--------------------------|------|
| | 2013 | 2018 | 2013 | 2018 |
| Total País | 9,82 | 12,22* | 1,7 | 2,0 |
| Zona | | | | |
| Urbana | 10,6 | 13,3* | 2,0 | 2,1 |
| Rural | 7,7 | 9,5* | 1,0 | 1,6* |
| Región | | | | |
| Central | 11,3 | 13,7* | 2,0 | 2,1 |
| Chorotega | 6,7 | 10,2* | 1,5 | 1,8 |
| Pacífico Central | 8,1 | 11,7* | 1,1 | 1,7 |
| Brunca | 8,0 | 9,3 | 1,0 | 2,1* |
| Huetar Caribe | 6,4 | 9,0* | 1,4 | 0,9 |
| Huetar Norte | 7,9 | 9,8* | 0,8 | 2,3* |

Notas:

a) se excluyen los casos con gasto de consumo < 0 (por efecto de neteo en vehículos) y los casos con gasto en alimentos=0.

b) Tamaños de muestra finales considerados: ENIGH 2013= 5504, ENIGH 2018=7040 hogares

* Diferencias estadísticamente significativas respecto a datos previos.

Comentarios:

- ✓ En el 2018 la población con gasto catastrófico en salud, de acuerdo con el umbral del 10% del gasto de consumo alcanza el 12,2%, mientras que en el 2013 fue del 9,8%, lo que resulta en un aumento con significancia estadística. El aumento del gasto catastrófico se dio tanto en las zonas urbanas como rurales.
- ✓ Para el umbral más severo, del 25% del gasto, la población con gasto catastrófico alcanza al 2%, sin aumento significativo respecto a la estimación para el año 2013 en el total país, o en zona urbana, pero si se evidencia un aumento en zonas rurales, pasando de 1,0% en el 2013 a 1,6% en el 2018.
- ✓ Para el umbral del 10% se presenta aumento significativo en todas las regiones, entre 1,8 y 3,6 pp, excepto la Brunca. Por el contrario, en el umbral de 25% la región Brunca si presenta una diferencia significativa, con crecimiento de 1,1 pp, respecto a 2013 y es la región Huetar Norte la de mayor aumento, pasando de 0,8 de la población en 2013 a 2.3% en 2018. Las restantes regiones no presentan diferencia significativas en el segundo umbral.

Gasto en salud empobrecedor

Es el indicador sugerido para determinar la medida en que los pagos directos de atención de salud contribuyen a agravar la pobreza, específicamente se miden los cambios en el índice de recuento de la pobreza debidos a pagos de atención en salud.

Para su estimación se identifica cuando un hogar no pobre cambia de condición, a pobre, después de pagar por la atención en salud. Esta diferencia se realiza considerando la situación de pobreza para cada hogar con las diferentes líneas y a partir de su gasto consumo bruto total⁴, comparado con el resultado del consumo neto total después de descontar los gastos de bolsillo en salud.

Las líneas de pobreza internacional sugieren los umbrales del 50 y 60% de la mediana del gasto de consumo bruto total, para la medición de pobreza relativa y de \$1,9 y \$ 3,20 per cápita diario para pobreza absoluta extrema y moderada respectivamente, la cual se contrasta (a nivel de hogar) con el gasto de consumo bruto total per cápita por día.

También se realiza el cálculo con la línea de pobreza nacional (no extrema), que corresponde al valor de la canasta de necesidades básicas alimentarias y no alimentarias. Para el valor de la línea del año 2013 se utiliza el mes de abril de 2013 y para el 2018, se usa agosto de 2018 (en ambos casos se consideran estos meses como el mes de estimación puntual de la ENIGH)⁵. El contraste para la línea nacional se realiza con el ingreso disponible per cápita por hogar y también con el gasto de consumo per cápita⁶.

Los resultados se exponen como porcentajes de población total, como se sugiere para todos estos indicadores.

⁴ Una limitación que se presenta con los datos de la ENIGH es que el gasto se mide según la adquisición en un periodo de referencia; en nuestro caso el mayor problema se presenta en los gastos en alimentos y bebidas, pues el periodo son 7 días, dentro de los cuales algunos hogares pueden no registrar compras en estos artículos o solo de cierto tipo, pues una porción importante la realizan quincenal o mensualmente, de manera que a nivel de hogar su gasto en alimentos puede ser cero; mientras que en otros casos, su gasto en alimentos puede ser muy elevado, si la semana de la entrevista hizo la compra para un mes o quincena u otro periodo.

⁵ Se hace distinción de los valores de la línea por zona de residencia rural y urbana.

⁶ Para efectos de obtener los hogares donde se da el empobrecimiento no hay diferencia si la línea se contrasta con el ingreso y con el gasto de consumo, pues lo que queda de fondo es el descuento del gasto de bolsillo en salud a la línea de pobreza.

Cuadro No. 3. Porcentaje de la población que incurre en gasto en salud empobrecedor, según líneas de pobreza internacional y nacional

| Línea de pobreza | Año de estudio | | sig |
|---|----------------|------|-----|
| | 2013 | 2018 | |
| Internacional | | | |
| 50% de la mediana del gasto de consumo | 0,88 | 1,63 | * |
| 60% de la mediana del gasto de consumo | 1,21 | 1,76 | * |
| \$1,9 per cápita por día en colones PPP | 0,07 | 0,02 | |
| \$3,2 per cápita por día en colones PPP | 0,36 | 0,48 | |
| Nacional | | | |
| Línea pobreza Nacional | 1,76 | 2,02 | |

*Diferencia estadísticamente significativa

Comentarios:

- ✓ La proporción de población empobrecida por gasto en salud varía de forma importante según la línea y el umbral que se establezca, y oscila entre 0,02% y 2,02%. Con la línea de pobreza nacional es donde se presenta la mayor proporción de empobrecimiento.
- ✓ El porcentaje de población empobrecida no presenta variaciones significativas entre el 2013 y 2018 cuando se utilizan los métodos de pobreza absoluta tanto si se siguen los umbrales fijados por el Banco Mundial, como por la línea nacional, pero si se presenta un aumento cuando se utilizan las medidas relativas.

ANEXOS

Anexo 1

Población en situación de pobreza

Como complemento en la medición del gasto empobrecedor, se presentan en el siguiente cuadro los resultados de la medición de pobreza por los distintos métodos o líneas y los umbrales recomendados.

Porcentaje de la población en situación de pobreza por año, según líneas de pobreza internacional y nacional

| Línea de pobreza | Año de estudio | | sig |
|---|----------------|-------|-----|
| | 2013 | 2018 | |
| Internacional | | | |
| 50% de la mediana del gasto de consumo | 19,01 | 14,86 | * |
| 60% de la mediana del gasto de consumo | 25,08 | 22,7 | * |
| \$1,9 per cápita por día en colones PPP | 1,46 | 0,58 | * |
| \$3,2 per cápita por día en colones PPP | 6,82 | 3,51 | * |
| Nacional | | | |
| Línea pobreza vs gasto consumo | 37,5 | 38,4 | |
| Línea pobreza vs ingreso disponible | 40,0 | 28,7 | * |

*Diferencia estadísticamente significativa

Para los distintos casos se estimaron los siguientes valores como líneas de gasto o ingreso per cápita diario:

| Línea de pobreza | Valor | |
|---|------------|------------|
| | 2013 | 2018 |
| 50% de la mediana del gasto de consumo | ¢1 974,4 | ¢2 076,9 |
| 60% de la mediana del gasto de consumo | ¢2 369,6 | ¢2 492,2 |
| \$1,9 per cápita por día en colones PPP | ¢718,3 | ¢763,7 |
| \$3,2 per cápita por día en colones PPP | ¢1 209,7 | ¢1286,2 |
| Línea pobreza | | |
| Zona Urbana | ¢101 204,0 | ¢110 361,0 |
| Zona Rural | ¢77 658,0 | ¢84 915,0 |

Anexo 2- Metadato Indicador actual en pagina web

| I. Información Marco Global del Indicador | |
|---|---|
| Objetivo de Desarrollo Sostenible | Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades |
| Meta ODS Naciones Unidas | 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 |
| Número del indicador | 3.8.2 |
| Indicador propuesto por Naciones Unidas | Proporción de la población con grandes gastos en salud por hogar como porcentaje del total de los gastos o ingresos de los hogares |
| Enlace metadato UN: | https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf |

| II. Información Indicador para Costa Rica | | |
|--|---|----------|
| Meta país | Meta país no identificada | |
| Indicador propuesto por Costa Rica | Porcentaje de personas con seguros de salud o cobertura de un sistema de salud pública | |
| Número | 3.8.2 | |
| Tipo | Indicador propuesto por Naciones Unidas. | |
| Definición conceptual | Población nacional que se encuentra cubierta por el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). Asegurado: Persona, hombre o mujer, que en virtud del cumplimiento de ciertos requisitos sobre cotizaciones, parentesco o dependencia económica del afiliado, o condición socioeconómica familiar, posee el derecho a recibir, total o parcialmente, las prestaciones del Seguro de Salud. No asegurado: Habitante del país con capacidad contributiva y que elige no contribuir al Seguro de Salud. Enfermedad común: Estado patológico no originado en un riesgo de trabajo o accidente de tránsito. | |
| Fórmula de cálculo | $\frac{\text{Personas con seguro de salud o cobertura de un sistema de salud pública}}{\text{Total de población}} \times 100$ | |
| Unidad de medida | Porcentaje | |
| Interpretación | En Costa Rica el porcentaje de población cubierta por el sistema de salud pública es de 91,60% (2018) | |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | <ul style="list-style-type: none"> ● Total de personas cubiertas por el Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). ● Total de la población | |
| Cobertura geográfica | Nacional | |
| Desagregación | Geográfica | Nacional |
| | Temática | Sexo |
| Periodicidad | Anual | |
| Fuente | Caja Costarricense del Seguro Social, Dirección Actuarial y Económica | |
| Tipo de operación estadística | Registro administrativo y Encuesta Nacional de Hogares | |
| Nombre de la Operación estadística | SICERE, Sistema de información de Pensionados, Sistema RNC, Encuesta Nacional de Hogares | |
| Limitaciones del indicador | Por la naturaleza de las variables no se puede desagregar geográficamente | |
| Comentarios generales | La CCSS tiene información sobre este indicador desagregada por sexo, la recopilación de datos es anual y son registros administrativos. Además, se utiliza información que se obtiene de la ENAHO cuya recopilación de datos es anual y es de tipo encuesta. | |
| Referencias bibliográficas | | |

| III. Información del Contacto | |
|-------------------------------|--|
| Nombre | Luis Diego Sandoval Salas |
| Puesto | Jefe Área, Dirección Planificación Institución |
| Institución | Caja Costarricense del Seguro Social Dirección Actuarial |
| Teléfono | (506) 2539-1119 |
| Correo electrónico | jcastillo@ccss.sa.cr |

Anexo 3- Propuesta metadato

| I. Información Marco Global del Indicador | |
|--|--|
| Objetivo de Desarrollo Sostenible | Objetivo 3. Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades |
| Meta ODS Naciones Unidas | 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 |
| Número del indicador | 3.8.2 |
| Indicador propuesto por Naciones Unidas | Proporción de la población con grandes gastos en salud por hogar como porcentaje del total de los gastos o ingresos de los hogares |
| Enlace metadato UN: | https://unstats.un.org/sdgs/metadata/files/Metadata-03-08-02.pdf |
| II. Información Indicador para Costa Rica | |
| Meta país | Meta país no identificada |
| Indicador propuesto por Costa Rica | Porcentaje de personas en hogares con gasto catastrófico en salud |
| Número | 3.8.2 |
| Tipo | Indicador propuesto por Naciones Unidas |
| Definición conceptual | <p>Se hace referencia al porcentaje de población que vive en hogares con gasto privado en salud superior al 25% de su total de gasto de consumo.</p> <p>El umbral del 25 % fue propuesto por OMS y BM para identificar un gasto severo que causa dificultades económicas y puede empobrecer a las familias.</p> <p>Gasto de consumo: es el gasto que realizan los miembros del hogar para satisfacer sus necesidades y deseos.</p> <p>Gasto en salud: es el gasto privado en salud que realizan los hogares. Corresponde al grupo 07 de la Clasificación Internacional de Consumo por Finalidades (CCIF), que incluye, medicamentos, equipo y dispositivos médicos, servicios de atención médica y hospitalización.</p> |
| Fórmula de cálculo | <p>1- se estima para cada hogar el cociente de gasto en salud (rh)</p> $rh = \frac{hh_hexpcapd}{hh_expcapd}$ <p>donde: hh_hexpcapd: gasto per capita diario en salud hh_expcapd: total gasto de consumo diario per cápita</p> <p>2- Se calculan los números representativos por persona (wh), multiplicando la ponderación de la muestra de hogar por el tamaño del mismo:</p> $wh = hhwh * hhsieh$ <p>hhwh: factor de expansión del conglomerado (UPM) hhsieh: número de miembros del hogar</p> <p>3- Se calcula la proporción de población con gasto catastrófico en salud respecto a la población total:</p> $Ods\ 3.8.2\ (0,25) = \sum wh1(rh > 0,25)$ <p>h: denota al hogar, 1 (rh>0,25) es la función de indicador que es igual a 1 si la razón de gasto excede el corte de 0,25 (umbral) y es igual a 0 de otro modo wh: ponderaciones para población</p> |
| Unidad de medida | Porcentaje |
| Interpretación | Porcentaje de población con grandes gastos en salud (gasto catastrófico) |
| Componentes involucrados en la fórmula del cálculo | Gasto per cápita diario en salud por hogar ((Gasto mensual*12)/30) Gasto de consumo per cápita diario por hogar ((Gasto mensual*12)/30) Tamaño del hogar (sumatoria de miembros) |
| Cobertura geográfica | Nacional |
| Desagregación Geográfica | Zona y región de planificación |
| Desagregación Temática | Ninguna |
| Periodicidad | Quinquenal |
| Fuente | Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). |
| Tipo de operación estadística | Encuesta |
| Nombre de la Operación estadística | Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (Enigh) |
| Limitaciones del indicador | La medición de gasto es por hogar, no se obtienen datos por persona |
| Comentarios generales | La OMS y BM sugieren también el umbral (menos riguroso) de 10% del gasto. Estos se incluyen en los resultados |
| Referencias bibliográficas | Organización Mundial de la Salud. (2017). Métodos y fuentes de datos de la OMS para el seguimiento mundial de los indicadores de cobertura de protección financiera de la CUS en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Versión preliminar, Ginebra, Suiza. https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/ |
| III. Información del Contacto | |
| Nombre | Annia Chaves Gómez |
| Puesto | Coordinador ENIGH |
| Institución | INEC |
| Teléfono | (506) 2527-1052 |
| Correo electrónico | annia.chaves@inec.go.cr |

Fuentes metodológicas

Organización Mundial de la Salud. (2017). Métodos y fuentes de datos de la OMS para el seguimiento mundial de los indicadores de cobertura de protección financiera de la CUS en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Versión preliminar, Ginebra, Suiza.

Organización Mundial de la Salud. (2005). *Distribution of health payments and catastrophic expenditures*. Metodología, Ginebra, Suiza.

https://www.who.int/health_financing/topics/financial-protection/monitoring-sdg/en/

OMS, Banco Mundial (2017) Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: Informe de monitoreo global 2017, descargado de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf?ua=1>

| ELABORADO POR: | | REVISADO POR: | | APROBADO POR: | |
|--------------------|------------|----------------|-----------|---------------|--|
| ANNIA CHAVES GOMEZ | | ODETTE NAVARRO | | | |
| FECHA: | 04-03-2020 | FECHA: | 6-03-2020 | FECHA: | |