

Población y Salud en Mesoamérica



PSM

Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares
costarricenses 2004 y 2013

Rodrigo Briceño Chamorro

Juan Rafael Vargas Brenes



Revista electrónica semestral
Visite [aquí](#) el sitio web de la revista
Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica





Incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses 2004 y 2013

Incidence of catastrophic health expenditure in Costa Rican households 2004 and 2013

Rodrigo Briceño Chamorro¹

Juan Rafael Vargas Brenes²

- **RESUMEN: Objetivo:** identificar el porcentaje de hogares cuyos desembolsos por concepto del gasto de bolsillo pueden llegar a constituirse en una catástrofe financiera (30 o 40% del ingreso familiar). **Métodos:** se utiliza el módulo de Equidad y Protección Financiera del software ADePT, del Grupo de Investigación y Desarrollo del Banco Mundial, así como una serie de rutinas programables que replican la metodología de análisis del gasto catastrófico del estudio desarrollado por Knaul, Wong, y Arreola-Ornelas (2012). **Resultados:** la incidencia de gasto catastrófico se incrementó levemente al pasar de un 0.6 % de los hogares en el año 2004 a un 0.8 % en el 2013. **Conclusiones:** la incidencia del gasto catastrófico en salud de los hogares costarricenses no representa un problema para el sistema de salud costarricense, pero es un aspecto que debe focalizarse a sus características estructurales.
- **Palabras Clave:** gastos en salud, gasto catastrófico, consumo de los hogares, encuestas de hogares, hospitalización, seguro de salud.
- **ABSTRACT: Objective:** Identify the percentage of households whose out-of-pocket expenditures turn out to be a financial catastrophe (thirty to forty percent of household income). **Methods:** The World Bank's Research and Development Group Equity and Financial Protection module ADePT software is used along with a series of programmable routines that replicate the catastrophic expenditure analysis methodology of the study developed by Knaul, Wong, and Arreola-Ornelas (2012). **Results:** The incidence of catastrophic expenditure increased slightly from 0.6 percent of households in 2004 to 0.8 percent in 2013. **Conclusions:** The incidence of catastrophic health expenditure in Costa Rican households is not a problem for the Costa Rican health system, but the concern should be issue targeted.
- **Keywords:** health expenditures, catastrophic expenditure, household consumption, household surveys, hospitalization, health insurance.

Recibido: 3 oct, 2016 | Corregido: 15 feb, 2017 | Aprobado: 28 mar, 2017

¹ Investigador independiente. COSTA RICA. rjbriceno@gmail.com

² Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. COSTA RICA.
juan.vargasbrenes@ucr.ac.cr



1. Introducción

El financiamiento de la atención en salud de los países con bajos ingresos se caracteriza comúnmente por una elevada participación de los gastos de bolsillo de sus habitantes y una escasa disponibilidad de mecanismos de prepago en salud, así como de fuentes de financiamiento alternativas (impuestos o seguros de salud). En el contexto de estos países, la ocurrencia de un episodio de enfermedad acarrea un riesgo de desembolsar altas sumas de dinero para atender dicha emergencia en salud. La imposibilidad de aseguramiento (tanto por norma cultural o por no disponibilidad del mercado atinente) contra este riesgo confronta a las familias a enfrentar una desmejora en su bienestar. Adicionalmente, la compra de servicios médicos provoca un desequilibrio en el estándar de vida de los hogares, ya que, en algunas ocasiones, tales desembolsos pueden llegar a considerarse catastróficos por los riesgos que imponen a las condiciones de vida de dichos hogares. Un sistema de salud es considerado justo cuando los hogares se encuentran protegidos contra este tipo de eventos catastróficos.

Costa Rica es un caso excepcional a la hora de considerar el análisis de la variable gastos catastróficos en salud. Con un sistema de salud que posee cobertura prácticamente universal y en donde la atención en salud no puede ser rechazada incluso para aquellos no asegurados, la existencia de este tipo de gastos es una pregunta de investigación y de políticas públicas muy atinente.

Algunos estudios han abordado este tema para el caso costarricense y han utilizado diversas metodologías (ver cuadro 1). El primer estudio conocido es el de Xu et. al. (2003), quienes, utilizando datos del año 1992, estimaron que un 0,12% de los hogares enfrentan un gasto en salud que supera el 40% de su capacidad de pago. Este estudio utiliza como gasto de subsistencia el gasto promedio en alimentos para los hogares ubicados entre el percentil 45 y 55. Este es el estudio clásico en este análisis. Si se usa otro criterio, se impide la comparación internacional, al tiempo que, en vez de tener una norma de cotejo, se tendría un espectro. Incluso usando el juicio de Xu et al. (2003), se dispersa el mensaje si se emplean distintos criterios, como ocurre con Zúñiga-Brenes, Vargas, y Vindas (2012) que tienen que optar por un juicio único para llegar a conclusiones.

Zúñiga-Brenes (2008), en un estudio comparativo de incidencia del gasto catastrófico para los años 1988 y 1992, estima que aproximadamente un 1,72% de los hogares enfrentaron un gasto catastrófico en salud superior al 30% de su capacidad de pago en el año 1988. Ella utiliza la capacidad de pago en la definición original de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2000). En dicho estudio se nota que cuatro años más tarde se presentaría una reducción de este porcentaje al ubicarse en una cifra cercana al 0,13% de los hogares.

Cuadro 1

Costa Rica. Incidencia de gasto catastrófico en salud, 1988, 1992 y 2004.
Principales resultados de estudios previos.

Estudio	Indicador de gasto catastrófico (%)	Año	Umbral (%)	Denominador
Xu, et al. (2003).	0,12	1992	40	Gastos menos línea de pobreza endógena
Zúñiga-Brenes. (2006).	0,13	1992	30	Definición original OMS (gastos menos alimentos)
	0,12	1992	50	
	1,72	1988	30	
	0,52	1988	50	
.Briceño et al (2006).	0,79	2004	30	Ingresos menos gastos en alimentos
	0,42	2004	40	
	0,16	2004	30	Ingresos menos pobreza
	0,73	2004	40	
Zúñiga-Brenes et al. (2012).	0,30	2004	30	Gastos menos línea endógena de pobreza
	0,40	2004	30	Definición original OMS (gastos menos alimentos)
	1,60	2004	30	Gastos menos línea nacional de pobreza

Fuente: Fuente: adaptado de Knaul et al. (2012).

Finalmente, los estudios de Briceño et al. (2006) y Zúñiga-Brenes et al. (2012) indican que cerca de un 0,8% y un 0,4% de los hogares, respectivamente, enfrentan gastos catastróficos que superan el 30% de su capacidad de pago. El resultado es invariante de la utilización del ingreso o del gasto como variable de referencia para dicho cálculo.

El análisis del gasto catastrófico en salud para un sistema como el costarricense puede que arroje cifras relativamente pequeñas, pero debe utilizarse como un indicador de referencia, cuyo seguimiento permita a las autoridades examinar la eficiencia en la asignación de recursos públicos.

Por lo tanto, el objetivo general de esta investigación es identificar el porcentaje de hogares cuyos desembolsos por concepto del gasto de bolsillo en salud pueden llegar a constituirse en una catástrofe financiera. Para ello, se utilizan dos metodologías internacionales, que con ligeras variantes permiten identificar el impacto que el gasto de bolsillo en salud tiene sobre los hogares. Una vez identificados estos hogares se les caracteriza brevemente, con el propósito de identificar cualquier patrón que permita a las autoridades de salud costarricenses darle seguimiento a su comportamiento.



2. Marco metodológico

Existen metodologías diversas que son aplicables al análisis de los gastos catastróficos en salud. La mayoría de ellas se han fijado como objetivo analizar la equidad en el financiamiento de los servicios de salud utilizando diversas medidas de la capacidad de pago de los hogares. En este estudio, se utilizarán las siguientes alternativas.

De acuerdo con la World Health Organization (2000) para identificar el porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud se toma como referencia la capacidad de pago de los hogares medida como el gasto total neto de gastos en alimentos. Se utiliza el gasto en vez de los ingresos de los hogares en razón de la tendencia de los hogares a subreportar la primera variable.

La definición del gasto catastrófico considera la posible inclusión de diferentes variables como representantes de la capacidad de pago de los hogares. La Encuesta de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) la ha realizado en Costa Rica el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) en los años 2004 y 2013 siguiendo metodologías y definiciones análogas. La literatura concuerda en que el gasto de los hogares es una de las variables más adecuadas para cumplir este rol: queda por resolver cuál de todos los posibles gastos reportados en la ENIGH es el más indicado. De acuerdo con el INEC (2006, 2014), la descripción de las metodologías utilizadas para el cálculo del gasto de los hogares identifica al menos tres tipos de gasto susceptibles de ser utilizados:

- Gasto total del hogar con o sin valor imputado por alquiler de la vivienda propia (valor locativo): en esta categoría se contabilizan los componentes de gasto de consumo, gasto de no consumo, transacciones financieras, transacciones de capital y el alquiler imputado de la vivienda propia (en el caso de inclusión del valor locativo).
- Gasto corriente del hogar con y sin valor locativo: esta categoría de gasto corresponde al gasto de consumo más el gasto de no consumo y el valor imputado de la vivienda propia en el caso de considerarse la inclusión de valor locativo.
- Gasto de consumo: se compone de la suma del gasto en alimentos y bebidas, vestido y calzado, vivienda alquilada y servicios, muebles y accesorios del hogar, salud, transporte, comunicaciones, recreación y cultura, educación, alimentos y bebidas fuera del hogar, bienes y servicios diversos. El valor imputado de la vivienda propia se incluye en caso de considerar el valor locativo como parte de dichos gastos.

De acuerdo con el INEC (2006, 2014), los gastos corrientes son los relevantes, debido a que estos son los asociados a la satisfacción de las necesidades inmediatas de los hogares. En concordancia con esta consideración el cálculo del gasto catastrófico

toma como referencia de la capacidad de pago de los hogares el expendio corriente de los hogares con valor locativo. Este procedimiento lo hace congruente con todos los estudios afines hechos en Costa Rica, en América Latina y en la literatura asociada con la OMS.

Wagstaff y van Doorslaer (2003) proponen la utilización de una medida de la capacidad de pago de los hogares basada en la diferencia entre el gasto total y la línea de pobreza nacional o bien una línea de pobreza internacional, de modo que se permitan comparaciones internacionales de la incidencia de gastos catastróficos. La línea de pobreza nacional se construye en forma diferenciada (para hogares urbanos y rurales), utilizando el costo de la canasta básica alimentaria tal como es publicada por parte del INEC. Siguiendo a Ravallion, Chen y Sangraula (2008), para la construcción de la línea de pobreza internacional, se utiliza la referencia de US\$1,25 (medida en US\$ ppp del año 2005) ajustada a su valor del 2013 utilizando el tipo de cambio ppp (“purchasing power parity” o paridad de poder de compra) y el diferencial de inflación en USA.

La incidencia del gasto catastrófico corresponde a la proporción que representa el gasto total en salud de los hogares en relación con su capacidad de pago. Para definir si un hogar enfrenta o no un gasto catastrófico se define un umbral de referencia. La literatura internacional ha propuesto diferentes umbrales, de los cuales los más comunes se sitúan en relación con el 30%-40%. En este estudio, se construyen estos indicadores utilizando un rango de entre 5% y 40%.

El exceso del gasto catastrófico (“overshoot”) es un indicador que mide el grado en el que, en promedio, el pago por concepto de los gastos de bolsillo en salud excede los umbrales establecidos (Aguar y Hurst, 2013). El “overshoot” es un promedio que se calcula utilizando el total de los hogares independientemente de su gasto en salud. Por su parte, el exceso del gasto catastrófico promedio mide la intensidad de los gastos catastróficos para la submuestra de hogares que presentan tal condición.

La metodología previamente descrita se aplica mediante dos técnicas específicas. En primer lugar, se utiliza el software ADePT, una herramienta automatizada elaborada por el Grupo de Investigación y Desarrollo del Banco Mundial (Haughton y Khandker, 2009). En esta investigación se utiliza el módulo de Equidad y Protección Financiera en salud. El ADePT es una herramienta que utiliza el software estadístico STATA (Juil y Frydenberg, 2010) como plataforma para la aplicación de rutinas estandarizadas correspondientes a los análisis propuestos. En segundo lugar, se utilizan varias rutinas programables que replican la metodología de análisis del gasto catastrófico del estudio desarrollado por Knaul, Wong y Arreola-Ornelas (2012). Este estudio ha sido uno de los pioneros en desarrollar una metodología estandarizada y homogénea que permita realizar comparaciones internacionales del gasto catastrófico en salud.

La fuente principal de datos para esta investigación la constituyen las Encuestas de Ingresos y Gastos de los Hogares en sus versiones 2004 y 2013, en su módulo correspondiente al gasto de los hogares (INEC, 2006, 2014). Algunas de las variables

relevantes del estudio como tamaño del hogar, sexo del jefe, tipo de aseguramiento, zona de localización del hogar y otras variables sociodemográficas son extraídas de la base de personas de dicha encuesta. Las seis Encuestas de Ingresos y Gastos que se han levantado en Costa Rica son y han sido la base de algunos de los indicadores socioeconómicos más importantes de los últimos sesenta años.



3. Resultados

La información resumen del cuadro 2 indica que para el año 2013 un 27% de los hogares se encontraba localizado en comunidades rurales. La composición por edades de los miembros del hogar muestra que en una quinta parte de los hogares se encuentra presente al menos un niño menor de 5 años y en un 18 % de los hogares hay un adulto mayor de 65 años. Estos dos grupos de población se consideran como vulnerables y de mayor propensión a la utilización de servicios de salud, por lo que se pretende visualizar si tal presencia incide en la ocurrencia de gastos catastróficos.

Cerca de un 50% de los hogares cuenta entre 3 a 4 miembros y existe un miembro asegurado en al menos 94% de ellos, cifra que se incrementó en 4 puntos porcentuales en relación con la disponible para el año 2004. Las líneas de pobreza nacional e internacional presentan valores similares en el orden de los 64 mil colones y 62 mil colones respectivamente. Si se considera la línea de pobreza endógena, que utiliza el gasto promedio en alimentos para los hogares entre el percentil 45 y 55, se observa que su monto duplica las dos líneas previamente analizadas.

En términos de la principal variable de estudio se puede observar que mientras para el año 2004 el gasto de bolsillo en salud era de un promedio de 11 430 colones, esta cifra se incrementa en el 2013 a un monto de 27 634 colones. En términos reales (en colones del 2004) el gasto de bolsillo en salud se multiplicó por 2, 1%. Si se atiende a la participación relativa que dicho gasto representa con respecto a la capacidad de pago de los hogares, medida a partir del gasto corriente excluyendo el componente de alimentos, se observa que el gasto en salud ha aumentado de 3,1% en el 2004 a un 3,6% en el 2013. La composición del gasto de bolsillo en salud para el año 2013 muestra que el 47% es producido por la compra de servicios médicos (de carácter privado), un 46% corresponde a la compra de productos médicos y un 7% al pago por servicios de hospitalización. En relación con el año 2004, la compra de productos médicos presencié un leve aumento, pues dicha participación era de un 42% del gasto de bolsillo en salud.

Cuadro 2

Costa Rica. Principales características sociodemográficas y económicas de los hogares costarricenses. ENIGH 2004 y 2013

Variable	Promedio		Desviación estándar	
	2004	2013	2004	2013
Hogares en comunidades rurales	37,91	26,75	2,93	2,33
Composición del hogar por grupos de edades				
< 5	26,69	20,83	1,07	0,73
> 65	16,72	17,70	0,74	0,79
< 5 y > 65	1,52	0,79	0,31	0,13
No < 5 ni > 65	58,10	62,26	0,86	0,82
Tamaño del hogar				
2 o menos	25,98	32,54	1,41	1,33
3 o 4	44,74	46,33	1,41	1,33
5 o más	29,28	21,13	1,41	1,33
Aseguramiento				
Gasto Total*	329,492	783,464	12,294	24,056
Gasto de bolsillo en salud*	11,430	27,634	706	1,570
Gasto en alimentos*	51,446	130,318	1,069	2,486
Línea de pobreza nacional*	57,716	64,199	552	668
Línea de pobreza internacional*	40,381	61,556	359	570
Línea de pobreza endógena*	57,155	137,053	301	728
Indicadores de capacidad de pago*				
cp_alimento	278,047	653,146	11,633	22,661
cp_linea_pais	271,776	719,265	12,303	24,057
cp_linea_inter	289,112	721,907	12,367	24,136
cp_linea_endo	272,338	646,411	12,344	24,141
% que representa el gasto de bolsillo sobre la capacidad de pago				
gb_cp_alimento	3,10	3,61	0,10	0,16
gb_cp_linea_pais	4,16	3,47	0,63	0,13
gb_cp_linea_inter	1,22	3,38	1,81	0,14
gb_cp_linea_endo	3,78	4,70	0,68	7,79
**Número de hogares de la encuesta	4,231	5,705		

*Dato en colones de Costa Rica

Fuente: elaborado a partir de los datos de la ENIGH 2004 y 2012

En los cuadros 3 y 4, se presenta el porcentaje de hogares que enfrentaron gastos catastróficos en salud, así como el exceso de gasto y su valor promedio para los años 2004 y 2013. En ambos cuadros puede observarse que el porcentaje de hogares que enfrentan gastos catastróficos en salud se reduce conforme el umbral se incrementa desde una participación relativa del 5% hasta un 40%. De esta forma, se observa que en el año 2004 cerca de un 1% de los hogares realizaron gastos de bolsillo en salud que representaron más de una cuarta parte de su capacidad de pago. En el año 2013, esta cifra se incrementó un 1,4%, utilizando la misma referencia en términos de su

capacidad de pago. El umbral del 30% definido por la OMS permite identificar que en Costa Rica 0.6% de los hogares en el 2004 y 0,8% en el 2013 enfrentaron episodios de enfermedad considerados como catastróficos en términos de los desembolsos financieros que ellos ameritaron.

Los resultados obtenidos para Costa Rica indican que los gastos catastróficos no representan una situación desequilibrante dentro del esquema de protección financiera que el seguro de salud ha fomentado desde su creación. La posterior caracterización de los hogares que enfrentan gastos catastróficos permitirá identificar si esta es una situación que amerita revisión de los protocolos de entrada al sistema de salud.

Cuadro 3

Costa Rica. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico y exceso de gasto catastrófico -gasto en salud como % del gasto total excluyendo alimentos, 2004.

	Umbral de gasto en relación al presupuesto					
	5%	10%	15%	25%	30%	40%
Hogares						
Primer quintil*	7,7	3,3	1,9	0,7	0,4	0,3
2	15,8	5,8	2,8	0,6	0,5	0,0
3	14,0	5,0	2,9	0,7	0,3	0,1
4	21,7	8,9	4,4	1,0	0,7	0,0
Último quintil**	30,7	12,4	5,7	1,7	1,1	0,4
Total	18,0	7,1	3,5	0,9	0,6	0,1
Exceso de gasto [Overshoot (O)]						
Primer quintil*	0,6	0,3	0,2	0,1	0,1	0,1
2	0,9	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0
3	0,8	0,4	0,2	0,0	0,0	0,0
4	1,3	0,6	0,3	0,1	0,0	0,0
Último quintil**	1,9	0,9	0,5	0,2	0,1	0,0
Total	1,1	0,5	0,3	0,1	0,0	0,0
Exceso de gasto promedio (MPO)						
Primer quintil*	7,6	10,1	11,5	17,8	26,1	23,0
Último quintil**	6,1	7,3	8,8	9,1	7,6	6,0
Total	6,1	7,4	7,9	9,3	8,4	12,3

*quintil más pobre. **quintil más rico

Fuente: elaborado mediante el uso del sistema ADEPT y los datos de la ENIGH 2004.

Cuando se toma en consideración la incidencia de los gastos catastróficos en salud, según niveles de ingreso, se empieza a vislumbrar un posible comportamiento característico de este fenómeno a nivel nacional. El porcentaje de hogares, cuyos gastos en salud representan más del 30% de su capacidad de pago, se incrementa desde 0,4 % de los hogares más pobres hasta un 1,1% en el caso de los hogares más ricos para el año 2004. El comportamiento es similar para el 2013, donde 0,3% de los hogares más pobres y 1,1% de los hogares más ricos se clasifican como hogares con gastos catastróficos en salud.

Cuadro 4

Costa Rica. Porcentaje de hogares con gasto catastrófico y exceso de gasto catastrófico -gasto en salud como % del gasto total excluyendo alimentos, 2013.

	Umbral de gasto en relación al presupuesto					
	5%	10%	15%	25%	30%	40%
Hogares						
Primer quintil*	12,9	5,7	2,6	0,5	0,3	0,2
2	19,3	7,8	3,4	1,1	0,7	0,3
3	21,3	9,7	4,7	1,5	0,7	0,1
4	26,3	10,0	4,7	1,9	1,0	0,3
Último quintil**	28,1	12,0	6,6	1,9	1,1	0,6
Total	21,6	9,0	4,4	1,4	0,8	0,3
Exceso de gasto [Overshoot (O)]						
Primer quintil*	0,8	0,4	0,2	0,1	0,0	0,0
2	1,3	0,6	0,4	0,1	0,1	0,0
3	1,4	0,7	0,3	0,1	0,1	0,0
4	1,6	0,8	0,4	0,1	0,1	0,0
Último quintil**	2,0	1,1	0,6	0,2	0,1	0,1
Total	1,4	0,7	0,4	0,1	0,1	0,0
Exceso de gasto promedio (MPO)						
Primer quintil*	6,6	7,4	8,1	14,1	15,5	9,6
Último quintil**	7,0	8,9	9,2	11,6	13,0	10,1
Total	6,6	7,9	8,8	9,5	10,4	10,6

*quintil más pobre. **quintil más rico

Fuente: elaborado mediante el uso del sistema ADEPT y los datos de la ENIGH 2013.

La situación ideal de un sistema de aseguramiento público en salud, con cobertura universal, es aquella en que la población pobre no realiza gastos de bolsillo para la

atención de sus episodios de enfermedad. En el caso costarricense, según lo observado, muy pocos hogares pobres reportan este tipo de gastos. En el caso de la población de mayores ingresos, si bien el gasto catastrófico puede representar una distorsión en relación con el financiamiento del presupuesto del hogar, este puede considerarse como un hecho aislado, cuya capacidad de absorción por el hogar no generaría impactos negativos en términos financieros. De hecho, al analizar los componentes del gasto según quintiles de ingreso se determina que en el caso de los quintiles de mayores ingresos predominan los gastos hospitalarios, mientras que para los quintiles de menores ingresos lo más común es la realización de gastos correspondientes a la compra de productos o servicios médicos.

El exceso del gasto promedio muestra cuál es el porcentaje que representa el gasto en salud en relación con la capacidad de pago definida, pero calculado únicamente para aquellos hogares donde se supera dicho umbral. Este indicador muestra que, en el año 2004, para los hogares del primer quintil de ingresos que supera el 30% del umbral del gasto catastrófico, el promedio del gasto es de un 56,1% (30% del umbral más 26,1% de exceso). En los hogares del quintil más rico de la población, el exceso promedio de gasto es del orden de 37,6%, mostrando una situación más crítica para los hogares más pobres que incurren en este tipo de situaciones. El número absoluto de hogares del primer quintil, donde ocurre esta situación es menor que las de los hogares del extremo superior de la distribución de ingresos. Para el 2013, este indicador muestra una leve mejoría, puesto que el exceso de gasto promedio en el primer quintil alcanzó el 45,5% (30% del umbral, más 15,5% de exceso) y para los más ricos se ubica en 43%



4. Caracterización de los hogares con gastos catastróficos

En el cuadro 5, se enumera una serie de características sociodemográficas y económicas correspondientes a los hogares que presentaron gastos catastróficos en salud durante el periodo de análisis. El total de hogares a nivel nacional que presenciaron gastos catastróficos en salud estuvo cerca de duplicarse en el periodo 2004-2013. Destaca una clara tendencia en su concentración en los quintiles más ricos de la población, donde representaron un 57,5% en el 2004 y un 49,5% en el 2013³. Este es un resultado notable porque a diferencia de la mayor parte de los países del continente, no es una problemática mayoritariamente de los pobres. Este tipo de gasto lo enfrentan hogares de la región central del país, con poco más del 70% de residentes en dicha región. Del mismo modo, estos hogares habitan mayoritariamente en la zona urbana.

³ Este dato corresponde al acumulado de los quintiles 4 y 5.

Cuadro 5

Costa Rica. Caracterización de los hogares que presentan gasto catastrófico en salud. ENIGH 2004 y 2013.

Variable	2004	2013
Distribución de hogares por quintiles		
Q1	14,3	9,3
Q5	37,3	32,1
Total hogares	8,261	15,420
Distribución de hogares por regiones		
Central	71,9	71,1
Chorotega	4,3	7,9
Pacífico central	2,6	3,1
Brunca	6,1	6,1
Huetar atlántica	7,3	5,8
Huetar norte	7,8	6,1
Zona de residencia		
Urbano	67,5	76,9
Rural	32,5	23,2
Tamaño del hogar		
2 miembros o menos	46,4	64,3
Entre 3 y 4	31,7	25,5
5 o más	22,0	10,2
Composición etárea del hogar		
Menores de 5	11,9	7,1
Mayores de 65	49,4	57,7
Presencia de <5 y >65	0,0	0,9
Sin <5 y >65	38,7	36,1
Aseguramiento		
Sin seguro	9,6	0,8
Gasto de bolsillo en salud-promedio*		
Q1	16,278	66,647
Q5	322,899	773,772
Capacidad de pago (gasto total-gasto alimentos)*		
Q1	32,404	148,311
Q5	790,884	1,709,347
Componentes del gasto en salud		
Productos médicos	74,0	20,2
Servicios de salud	26,0	40,5
Hospital		39,3

*Datos en colones de Costa Rica

Fuente: elaborado con datos de la ENIGH 2004 y 2013

En términos del número de miembros de los hogares que enfrentaron gastos catastróficos, existe una alta concentración en hogares pequeños (2 miembros o menos), llegando a representar casi dos terceras partes de los hogares con este tipo de gastos en el 2013. La composición etárea de dichos hogares es relevante, pues a primera vista podría plantearse la hipótesis de que este tipo de gastos está asociado con la presencia de poblaciones en edades vulnerables como los niños menores de 5 años o bien los adultos mayores de 65 años. Para el caso costarricense, un 49,4% de los hogares con gastos catastróficos en el 2004 contaban con la presencia de un adulto mayor de 65 años y esta cifra se incrementó hasta un 57,7% en el año 2013.

En el caso de los niños menores de 5 años más bien, se presenció una leve reducción. La demografía es inexorable. La conjetura de que estos hogares no cuentan con aseguramiento en salud y que, por ello, se ven obligados a la realización de gastos de bolsillo elevados ante episodios de crisis de salud, no es el caso en Costa Rica, al menos para el año 2013. En el año 2004, el porcentaje de hogares con gastos catastróficos que no contaban con seguro era cercano al 10%, pero esta cifra se redujo drásticamente hasta llegar a ubicarse por debajo del 1% en el año 2013.

Finalmente, los gastos promedios en salud realizados por este subconjunto de hogares presenciaron un significativo incremento, en términos reales, durante el periodo 2004-2013. Para el primer quintil de ingresos, los gastos de bolsillo en salud se multiplicaron por 5 y, en el caso del quintil 5, estos se triplicaron durante el periodo. Es importante conocer cómo estaban distribuidos dichos gastos en ambos periodos de tiempo. En el 2004, el componente de gastos en servicios de salud externos incluía el gasto por hospitalización, sin embargo, en el 2013, este rubro vino separado dentro de la encuesta. Con todo y esta limitante metodológica, debe destacarse que mientras en el 2004 más de tres cuartas partes del gasto en salud se destinaban a la compra de productos y artefactos médicos, en el año 2013m, los principales componentes de dicho gasto fueron los servicios de salud externos y los gastos por hospitalizaciones. Esto refuerza la paradoja que Zúñiga-Brenes et al. (2012) habían establecido.

En el caso del primer quintil de ingresos, se observa que los gastos en la compra de productos médicos representan el principal componente de sus gastos y no reportan gastos hospitalarios. Por su parte, el quintil de mayores ingresos tiene una clara predominancia en el componente de pago por servicios de salud y hospitalarios, siendo esta última la principal categoría de gasto en salud para dicho conjunto de hogares.



5. Conclusiones

Los resultados de Costa Rica respecto al gasto catastrófico parten de la universalidad de la cobertura de la atención de la salud. Ello implica que las principales comparaciones son congruentes con las de Europa, no con el hemisferio occidental, excepto Cuba y Canadá (Xu et al., 2003). Hay una determinación simultánea entre salud y pobreza, razón por la cual no es posible focalizar políticas públicas de manera directa (Vargas y Muiser, 2013). No obstante, el objetivo de la investigación se cumple: se identifica el porcentaje de hogares, cuyos desembolsos por concepto de gasto de bolsillo pueden llegar a constituirse en una catástrofe financiera y se cumple el resultado pretérito de que el sistema de protección financiera otorgado por la universalidad del sistema de salud impide que el gasto sea catastrófico.

De manera complementaria, seis conclusiones subsidiarias se establecen del análisis de la incidencia del gasto catastrófico en salud en Costa Rica para el año 2013 y su comparación con el año 2004.

- El gasto de bolsillo en salud se duplicó durante el periodo 2004-2013. Como proporción del gasto corriente de los hogares, excluyendo el gasto en alimentos, este gasto privado pasó de representar un 3.1% de la capacidad de pago de los hogares en el año 2004 a un 3.6% en el 2013.
- Un 54% del gasto privado en salud por parte de los hogares se destina a la compra de servicios de salud (consulta externa y hospitalización), lo que representa una leve disminución respecto a la participación del 58% del 2004.
- La incidencia de gasto catastrófico en salud en Costa Rica es relativamente reducida. En el 2004, un 0,6% de los hogares realizaron gastos de bolsillo en salud estimados como catastróficos (al representar más del 30% de su capacidad de pago), para el año 2013 esta cifra permanece prácticamente igual, en el 0,8% de los hogares.
- El gasto catastrófico por niveles de ingreso afecta mayoritariamente a los hogares del quintil más rico de la población y se encuentra asociada a la presencia de altos gastos por hospitalización y servicios de salud. De este modo, mientras que el 0,3% de los hogares en el quintil más pobre enfrentaron este problema en el 2013, un 1,1% de los hogares más ricos presenciaron la misma situación. Claramente no tiene consecuencias empobrecedoras
- Si bien en términos absolutos el número de hogares pobres que enfrentan gastos catastróficos es sumamente bajo, para aquellos que se ubican en tal condición el promedio de gasto es de un 45% en comparación con el promedio de 4% para los hogares más ricos.
- Al analizar las características de los hogares que enfrentan gastos catastróficos se puede constatar que este es un problema que caracteriza a

hogares del quintil más rico de la población y que habitan en zonas urbanas de la región central del país. Es un problema que se presenta mayoritariamente en hogares pequeños y donde hay presencia de adultos mayores de 65 años de edad. El no aseguramiento no es una condición que exacerbe la posibilidad de presencia de gastos catastróficos. Todos esos resultados son atípicos en el hemisferio occidental.



6. Referencias

- Aguiar, M., y Hurst, E. (2013). Deconstructing Life Cycle Expenditure. *Journal of Political Economy*, 121(3), 437-492. doi:10.1086/670740/
- Briceño, R.J., Elizondo-Jara, M. y González, G. (2006). Catástrofe económica generada por mala salud: Una aplicación para Costa Rica 2005. En *Simposio: Costa Rica a la Luz de la Encuesta de Ingresos y Gastos*. San José, Costa Rica: INEC.
- Haughton, J. y Khandker, S. (2009). *Handbook on poverty and inequality*, The International Bank for Reconstruction and Development, The World Bank. Washington, D.C. doi: 10.1596/978-0-8213-7613-3/
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (2006). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2004: Metodología*. San José, Costa Rica: INEC.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica. (2014). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2013: Metodología*. San José, Costa Rica: INEC.
- Juul, S. y Frydenberg, M. (2010). *An Introduction to Stata for Health Researchers* (3era ed.). College Station, TX: Stata Press.
- Knaul, F.M., Wong, R. y Arreola-Ornelas, H. (2012). *Financing Health in Latin America, Volume 1: Household Spending and Impoverishment*. CambridgeMA:Harvard University Press.

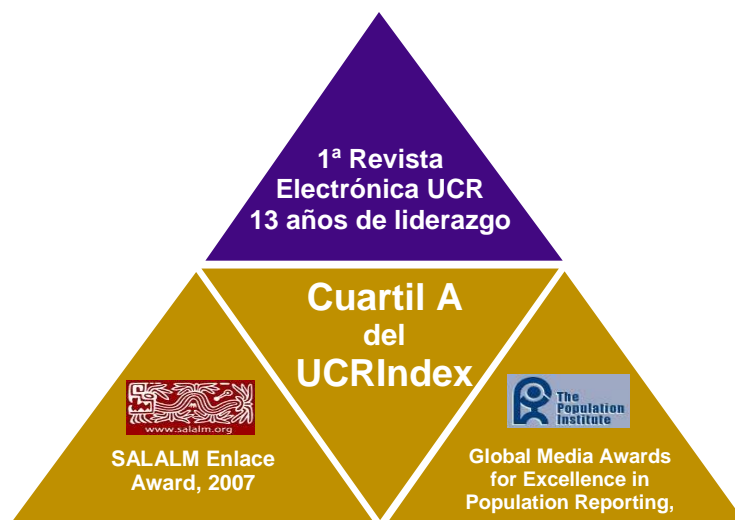
- Ravallion M., Chen, S., y Sangraula, P. (2008). Dollar a day revisited. *Policy Research Working Paper*. Development Research Group, The World Bank. Recuperado de <http://documents.worldbank.org/curated/en/350401468157768465/Dollar-a-day-revisited/>
- Vargas, J.R. y Muiser, J. (2013). Promoting universal financial protection: a policy analysis of universal health coverage in Costa Rica (1994-2000). *Health Research Policy and Systems*, 11(1). doi: 10.1186/1478-4505-11-28/
- Wagstaff A., y van Doorslaer, E. (2003). Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993–1998. *Health Economics* 2003, 12(11), 921-933. doi: 10.1002/hec.776/
- World Health Organization. (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. WHO. Ginebra, Suiza.
- Xu K, Evans, D., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., y Murray C. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multi-country analysis. *The Lancet*, 362(9378), 111-117.
- Zúñiga-Brenes, M. P. (2008). Three essays in Health Economics in Developing Countries (Tesis Doctoral). Universidad de Lausanne. Lausanne, Switzerland.
- Zúñiga-Brenes, M.P., Vargas, J.R. y Vindas, A. (2012). *Out-of-pocket and catastrophic health expenditures puzzle. The Costa Rican experience*. En *Financing Health in Latin America*, 1.

Población y Salud en Mesoamérica

PSM

¿Desea publicar en PSM?
Ingrese [aquí](#)

O escribanos:
revista@ccp.ucr.ac.cr



Población y Salud en Mesoamérica (PSM) es la revista electrónica que **cambió el paradigma** en el área de las publicaciones científicas electrónicas de la UCR. Logros tales como haber sido la **primera en obtener sello editorial** como revista electrónica la posicionan como una de las más visionarias.

Revista PSM es la letra delta mayúscula, el cambio y el futuro.

Indexada en los catálogos más prestigiosos.
Para conocer la lista completa de índices, ingrese [aquí](#)



Revista Población y Salud en Mesoamérica

WEB OF SCIENCE™

Centro Centroamericano de Población
Universidad de Costa Rica

