

¿Cuánto se paga para utilizar servicios de salud en Paraguay?

Una aproximación a las brechas para la cobertura universal de salud

Autor:

Edgar Daniel Giménez Caballero
Maestro en Salud Pública

Investigador y asesor de salud pública del Instituto Desarrollo
Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Paraguay

Coautor:

María Elizabeth Barrios Kuck
Economista. Magíster en Demografía
Miembro de la Asociación de Economía de la Salud de Paraguay

Este trabajo fue presentado en:

- a) El VI Congreso Latinoamericano de Economía de la Salud realizado en San Paulo, Brasil, del 24 al 26 de septiembre de 2014.
- b) El XVI Congreso de Investigación de Salud Pública realizado en Cuernavaca, México, del 4 al 6 de marzo de 2015

Instituto Desarrollo, Guido Spano 2575 Tel. (595 21) 612182/4

30 de mayo de 2014



RESUMEN

Objetivo: Determinar la cantidad y la composición del gasto de las personas que utilizaron servicios de salud en Paraguay durante el 2013. **Material y Método:** Estudio transversal descriptivo que corresponde a la Encuesta Permanente de Hogares 2013. La muestra es probabilística, por conglomerados, con probabilidad proporcional, bietápico y estratificado.

Resultados: Un tercio de la población estuvo enferma o accidentada en los últimos 90 días. El 74% consultó en el sector profesional o en el tradicional. De los que consultaron, 16% no tuvo ningún gasto, pero el 84% sí, al menos por algún concepto. El gasto promedio total fue 313.639 Gs. El promedio por concepto fue: consultas 90.342 Gs., hospitalización 1.111.562 Gs., estudios de diagnóstico 268.467 Gs., medicamentos 186.941 Gs., transporte 56.918 Gs., comidas 96.035 Gs. y otros gastos 1.370.166 Gs. Sobre el gasto total, la proporción por conceptos fue: 50,4% por medicamentos; 11,8% por estudios auxiliares de diagnóstico; 6,1% por gastos hospitalarios; 4,1% por consultas; 9,4% por transporte; 3,3% por comidas; y 11,4% por otros gastos. **Conclusiones:** La encuesta permite medir el gasto en salud de los miembros de hogares incluido el gasto de bolsillo y otros que concurren al utilizar servicios de salud. Es útil para monitorear la reducción de brechas de financiamiento para la cobertura universal de salud. Medicamentos, transporte y consulta son los conceptos que afectan a mayor número de personas. Las mayores proporciones son por medicamentos y por estudios de diagnóstico, pero el promedio por hospitalización, cuando ocurre, puede ser el doble que ambos.

ABSTRACT

Objective: To determine the amount and composition of people's spending using health services in Paraguay during 2013. **Material and Methods:** Descriptive cross-sectional study that corresponds to the 2013 Permanent Household Survey. The sample is probabilistic, by clusters, with proportional probability, two-stage, and stratified.

Results: A third of the population was sick or had an accident in the past 90 days. 74% of them consulted in the professional or traditional sector. Of those who consulted, 16% did not incur in any expense, but 84% did at least for one concept. The average total expenditure was 313,639 Gs. The average expenditure per concept was: consultations 90,342 Gs, hospitalization 1,111,562 Gs, diagnostic studies 268,467 Gs, medications 186,941 Gs, transportation 56,918 Gs, food 96,035 Gs, and other expenses 1,370,166 Gs. Of the total expenditure the proportion by concept was: 50.4% for medications; 11.8% for auxiliary diagnostic studies; 6.1% for hospital expenses; 4.1% consultations; 9.4% for transportation; 3.3% for food; and 11.4% for other expenses.

Conclusions: This survey allows to measure household members spending on health, including the pocket expense and other expenses at the time of using health services. Is useful for monitoring the reduction of financing gaps for universal health coverage. Medications, transportation and consultation are the concepts that affect a greater number of people. The greatest proportions are for medications and diagnostic studies, but the average for hospitalization, when it occurs, may double both.

PALABRA CLAVES: Gasto de hogares en salud, gasto de bolsillo en salud, cobertura universal de salud, encuesta permanente de hogares.

KEY WORDS: household expenditure on health, pocket expense in health, universal health coverage, permanent household survey.

INTRODUCCIÓN

La cobertura universal de salud ocupa actualmente un lugar destacado en el debate sobre las reformas de los sistemas de salud en todo el mundo. La OMS, en su informe sobre la salud del mundo 2008, propuso que son necesarias cuatro reformas para reorientar los sistemas sanitarios: reformas en la prestación de servicios para conseguir sistemas de salud centrados en las personas, reformas en pro de la cobertura universal de salud para mejorar la equidad sanitaria, reformas de las políticas públicas para promover y proteger la salud de las comunidades y reformas en el liderazgo para que las autoridades sanitarias sean más confiables¹. En el 2010, en un nuevo informe, propuso que para alcanzar la cobertura universal de salud hay que recaudar recursos suficientes, eliminar los riesgos financieros, eliminar las barreras de acceso y promocionar la eficiencia en el sistema de salud.

En su último informe del 2013 puso énfasis que los países no podrán llegar a la cobertura universal sin investigaciones ni evidencias producidas y utilizadas con este propósito². A nivel regional la OPS y el Instituto Suramericano de Gobierno para la Salud vienen realizando una serie de conferencias, debates y publicaciones entorno a la cobertura universal en salud^{3 4 5}. Las conclusiones de los debates y la experiencia empírica compilada en estos informes y artículos de revisión, como la serie recientemente publicada en The Lancet, señalan que los sistemas de salud con cobertura universal son aquellos que son capaces de brindar a todas las personas, a lo largo de las distintas etapas de su vida, la atención sanitaria que necesitan de manera integral, oportuna y con la calidad adecuada para que sea efectiva y satisfactoria, sin que para ello se deba incurrir en dificultades financieras o gastos catastróficos por un individuo o por su familia. La construcción de sistemas con cobertura universal requiere de largo plazo, de movilización social, de compromiso político, de crecimiento económico que permita el incremento sustancial de la inversión en salud y que, aunque se identifican distintos caminos que pueden conducir a la cobertura universal de salud, no existen fórmulas que puedan trasplantarse de un país a otro. Significativamente se ha demostrado que la cobertura universal se asocia a cambios positivos en la condición de salud de la población, que es un objetivo de los sistemas de salud. Ningún país en el mundo ha logrado brindar todos los servicios para todas las personas con completa protección financiera pero se identifican elementos comunes en aquellos que han logrado avances importantes: evitar pagos directos, reducir el gasto de bolsillo, no exponer a la población a gastos catastróficos, “mancomunar” fondos para compartir los riesgos y subvencionar a los que no pueden contribuir⁶. Se ha observado que los países que han logrado mejores resultados poseen niveles elevados de fondos mancomunados entre el 5 y 6% del PIB y al mismo tiempo han logrado reducir el pago de bolsillo entorno al 20% del gasto total⁷.

Para analizar la cobertura universal hay que considerar que las principales funciones de los sistemas de salud son: la regulación, el financiamiento, la prestación de servicios y la producción de recursos para la salud^{8 9}. Se ha señalado que los fines son: mejorar la salud de la población, la equidad sanitaria y la capacidad de respuesta para satisfacer las expectativas legítimas de la población¹⁰. Los valores que orientan la construcción de sistemas universales son la justicia social y la equidad sanitaria¹¹. Para determinar la situación del país y estimar las brechas hay que responder las siguientes preguntas: ¿quiénes están incluidos?, ¿qué servicios se garantizan? y ¿qué grado de protección financiera se brinda a la población?

¿En qué situación se encuentra Paraguay?

La información disponible señala que en Paraguay las personas son incluidas en un sistema de salud segmentado donde el 20,1% se encuentra cubierta por el Instituto de Previsión Social, el 7,3% por seguros voluntarios de salud, el 2% por la sanidad policial y militar, mientras que el 70,8% no está asegurada y depende principalmente de los servicios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social¹² o de los servicios que pueda pagar. La cobertura de los seguros sigue un gradiente proporcional a los ingresos y es mayor en áreas urbanas que rurales. Los servicios prestados no son uniformes y para las personas aseguradas depende de su condición de asegurado titular o familiar, del tipo de seguro, del tipo de plan y del periodo de carencia¹³. El Paraguay posee un gasto per cápita en salud 50% menor que el promedio de América Latina y el más bajo del MERCOSUR. Mientras Argentina, Brasil y Uruguay gastan 892, 1.121 y 1.105 dólares corrientes, Paraguay apenas alcanza los 351 dólares corrientes per cápita año. Pero hay que destacar que en la última década se ha incrementado notoriamente el gasto público y que para el 2011 éste representó el 3,7% del PIB. Sin embargo, a pesar de este incremento el gasto privado se ha mantenido elevado y en el 2011 fue el 60,1% del gasto total en salud del país¹⁴.

La proporción del gasto privado sobre el gasto total, la distribución de los gastos según la capacidad de pago de las familias y el empobrecimiento de los hogares como consecuencia de gastos sanitarios son medidas de la equidad del sistema y de las brechas para la cobertura universal en salud.

El gasto de hogares en salud, o de los miembros del hogar, es la suma de todos aquellos gastos realizados para consumir un servicio de salud como honorarios profesionales, pago por medicamentos, estudios auxiliares de diagnóstico, pago por procedimientos, facturas de hospital, transporte, alimentos y otros. Incluye también los gastos por medicina tradicional. El gasto de bolsillo en salud considera los gastos específicos en el sistema de salud ya mencionados pero excluye los gastos que no son propios como por ejemplo: transporte, alimentación y otros. A los gastos incurridos hay que restar los eventuales reembolsos¹⁵. La composición del gasto en salud y su distribución puede determinarse por distintos métodos como cuentas nacionales de salud, cuentas satélites de salud y encuestas de hogares. Cada uno de ellos presenta ventajas y desventajas.

Lo importante es que la medición de este gasto, la determinación de su composición y distribución así como la manera que afecta a los hogares es una cuestión clave para la formulación de políticas públicas y para evaluar el desempeño del sistema de salud.

La Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC), dependiente de la Secretaría Técnica de Planificación del Paraguay, incluye preguntas sobre salud y entre ellas sobre gastos de bolsillo y otros gastos que rutinariamente no se reportan en las publicaciones de sus resultados.

El objetivo de este artículo es determinar la cantidad y la composición del gasto en salud de los miembros integrantes de hogares del Paraguay a partir de un análisis de la base de datos de la EPH del 2013.

MATERIAL Y MÉTODOS

Fuente de información: Es un estudio transversal descriptivo que utiliza la base de datos de la EPH de la DGEEC del año 2013. El objetivo principal de la EPH es generar indicadores relacionados con el empleo, el desempleo, los ingresos y otras características sociales y económicas, como salud, educación, emigración, etc., que permitan conocer la evolución del bienestar de la población paraguaya. El levantamiento de los datos corresponde al período de octubre a diciembre de 2013. **Población:** Cubre a todos los departamentos de la Región Oriental y al departamento de Presidente Hayes en la Región Occidental, quedando excluidos los departamentos de Alto Paraguay y Boquerón, cuyas poblaciones representan menos del 2% de la población total del país. **Criterios de inclusión y exclusión:** La encuesta incluye a la población que reside habitual o permanentemente en viviendas particulares. Excluye a la población que reside en viviendas colectivas como: hoteles, pensiones y otras casas de huéspedes; en este tipo de viviendas se incluyen a las familias que forman un grupo independiente y residen dentro de estos establecimientos, como puede ocurrir con los directores de los centros, conserjes, porteros, etc. En este artículo, el análisis para determinar los gastos en salud incluye a las personas que ante una enfermedad consultaron ya sea a un profesional, en un establecimiento de salud, en farmacias o al sector tradicional. Se excluye a las personas que no lo hicieron aun cuando hayan incurrido en algún gasto. **Variables:** El conjunto de preguntas específicamente utilizado está basado en el módulo de salud de la EPH que incluye variables de gasto de bolsillo en salud como gasto por medicamentos, por consultas, por hospitalización y por estudios de diagnóstico de

laboratorio, rayos X u otro. Además explora gastos por alimentación, transporte y otros gastos. Las preguntas se formulan a todos los miembros del hogar, persona por persona. Las de 15 años y más años de edad responden por sí mismas. El Jefe/a del Hogar, su cónyuge o alguna persona mayor responden por los menores de 15 años. **Muestra:** El diseño de la muestra es probabilístico, por conglomerados con probabilidad proporcional al tamaño, bietápico y estratificado. La ejecución EPH 2013 implicó la entrevista de 21.207 personas correspondientes a 5.424 hogares de las áreas urbanas y rurales del país.

RESULTADOS

El 34% de la población declara que en los últimos 90 días ha estado enferma o ha tenido algún accidente. La proporción es mayor en áreas rurales que en urbanas, siendo el 37% y 32% respectivamente. Pero ante este evento no todos consultan. Los que sí lo hacen (con profesionales de la salud, en instituciones de salud, en farmacias o con curanderos) representan al 74% de la población, llegando al 80% en la población urbana y apenas al 66% en la población rural.

No todas las personas que enfermaron o que tuvieron algún accidente y consultaron incurrieron en algún gasto. En efecto, el 16% no tuvo ningún gasto. Es decir, que el 84% sí gastó por uno o más de los conceptos estudiados. La proporción de personas que no gastó por consultas es 84%, por hospital 98%, por estudios diagnósticos 85%, por medicamentos 32%, por transporte 45%, por comidas 88% y por otros gastos 97% (tabla 1).

Tabla 1: Gasto por motivos de salud en Paraguay.

Proporción de personas que gastaron o no gastaron al utilizar servicios de salud, por concepto de gasto.

Concepto	% que No gastó	% que Sí gastó
Consultas	84	16
Hospital	98	2
Estudios diagnósticos	85	15
Medicamentos	32	68
Transporte	45	55
Comidas	88	12
Otros	97	3
Cualquier concepto	16	84

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EPH 2013 de la DGEEC de Paraguay.

Las personas que consultaron y que tuvieron que pagar por algún concepto, gastaron en promedio 313.639 Gs. El promedio de gasto por consultas fue 90.342 Gs., por gastos de hospital 1.111.562

Gs., por estudios auxiliares de diagnóstico como laboratorio y rayos X 268.467 Gs., por medicamentos 186.941 Gs., por transporte 56.918 Gs., por comidas 96.035 Gs. y por otros gastos 1.370.166 Gs. (tabla 2).

Tabla 2: Gasto por motivos de salud en Paraguay.

Promedio y mediana del gasto al utilizar servicios de salud, por concepto de gasto.

Concepto	Mediana (En guaranties)	Promedio (En guaranties)
Consultas	50.000	90.342
Hospital	500.000	1.111.562
Estudios diagnósticos	150.000	268.467
Medicamentos	60.000	186.941
Transporte	20.000	56.918
Comidas	30.000	96.035
Otros	50.000	1.370.166
Total	65.000	313.639

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EPH 2013 de la DGEEC de Paraguay.

El gasto total se distribuye proporcionalmente: 50,4% por medicamentos; 11,8% por estudios auxiliares de diagnóstico; 6,1% por gastos hospitalarios; 4,1 por consultas; 9,4% por transporte; 3,3% por comidas; y 11,4% por otros gastos (tabla 3).

Tabla 3: Gasto de hogares por motivos de salud en Paraguay.

Valores absolutos y relativos del gasto al utilizar servicios de salud por concepto de gasto.

Concepto	Valor total de gastos (En Guaraníes)	Porcentaje
Consultas	23.299.013.000	4,1
Hospital	34.691.860.000	6,1
Estudios diagnósticos	67.566.637.000	11,8
Medicamentos	287.512.906.388	50,4
Transporte	53.668.007.700	9,4
Comidas	18.724.679.700	3,3
Otros	65.130.855.000	11,4
Total	570.627.258.788	100

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos de la EPH 2013 de la DGEEC de Paraguay.

DISCUSIÓN

De manera consistente la EPH ha señalado, sucesivamente, la proporción de personas que en un periodo de tiempo padece de alguna enfermedad o ha sufrido algún accidente^{16 17}. Como en otras ocasiones la EPH 2013 indica diferencias entre necesidad y utilización de servicios de salud entre la población rural y urbana lo cual representa una manifestación de asimetrías de oferta y acceso de servicios en el país. El estudio de la utilización y la accesibilidad es una aproximación al análisis de la cobertura universal en salud¹⁸. En efecto, la EPH 2013 revela una brecha nacional de 26% de personas que no consultan ante una necesidad de atención definida por la ocurrencia de alguna enfermedad o accidente. Esta brecha es 6% menos para la población urbana y 8% más para la población rural. Las brechas de búsqueda de atención en el sector profesional son mayores ya que los datos de consulta de la encuesta incluyen a la consulta en farmacias y medicina tradicional. Otros datos ya reportados describen otras brechas de cobertura como la tenencia de seguros de salud ya sea por medio de la seguridad social o de algún otro tipo: 7 de cada 10 personas no cuentan con seguro de salud¹⁹.

El análisis de las brechas financieras es complejo. Hay consenso sobre la importancia de los fondos mancomunados de riesgo conformados según capacidad de pago y distribuidos según necesidad. La relación de estos fondos con el PIB es una manera de estimarlas, pero no es suficiente. Además hay que considerar los gastos en que incurren las personas, como pago directo de bolsillo, en el momento que tienen que consumir un servicio de salud. Estos recursos pueden ser considerables y afectar de diferentes maneras a las familias, en algunos casos impidiendo el acceso, en otros produciendo dificultades financieras y en ocasiones pueden generar gastos catastróficos. En países como Paraguay, el gasto de bolsillo llega a ser la principal forma de sostener el sistema de salud. El incremento de la inversión pública es un componente necesario pero no suficiente para corregir esta situación. A medida que la economía crece y se incrementa la inversión estatal, en los hogares también se dispone de más recursos para gastar en salud²⁰. Pero, además del gasto de bolsillo hay otros gastos que ocurren fuera del sistema sanitario pero que son concurrentes al momento de utilizar servicios de salud. En efecto, además de gastar por honorarios médicos, hospitalizaciones, medicamentos y estudios auxiliares las personas también tienen que hacer frente a otros gastos para transportarse, pagar alimentos o por otros conceptos. Estos gastos adicionales pueden ser significativos para las familias y es importante considerarlos

junto con el gasto de bolsillo en salud cuando se analiza la equidad distributiva del sistema y las brechas de acceso y cobertura.

El análisis de la base de datos de la EPH permite estimar cuánto y en qué gastan las personas que utilizan servicios de salud considerando los principales conceptos de gasto. Los resultados indican que 8 de cada 10 personas que utilizan estos servicios deben afrontar pagos por alguno de diferentes conceptos. También permite analizar la distribución proporcional de personas que pagan por concepto de gasto.

El no pago puede ser interpretado por diferentes hipótesis: a) están totalmente cubiertos en ese concepto, b) no lo pudieron pagar, c) no estaba disponible. La condición de tenencia de seguro, las características de la oferta y la accesibilidad son aspectos que son necesarios incluir en el análisis para una interpretación más acabada.

El gasto por medicamentos es el concepto por el cual más personas pagan y a la vez es el que representa la mayor proporción del gasto total en salud. La cobertura de los costos de medicamentos esenciales es uno de los aspectos relevantes que se considera en los sistemas de salud que buscan una cobertura universal. A su vez, la automedicación ha sido identificada como la principal causa de no consulta en encuestas de hogares sucesivas en Paraguay. Mejorar el acceso de medicamentos no es una cuestión únicamente económica. La gestión deficiente y el uso no racional de medicamentos son causas de importantes pérdidas y falta de acceso de numerosas personas que lo necesitan. La planificación, la logística y las herramientas de gestión para los suministros también son claves. No menos importantes son los aspectos relacionados con la propiedad intelectual y la regulación de precios. La importancia de los medicamentos en el gasto de bolsillo en salud señala que una política de acceso a medicamentos esenciales es uno de los pasos más importantes para avanzar hacia la cobertura universal de salud en Paraguay.

Entre los gastos concurrentes, los pagos por transporte son cercanos al 10% del total del gasto referido por las personas. Es interesante considerar este concepto cuando hay que afrontar el tratamiento de enfermedades crónicas que requieren consultas periódicas y sobre todo cuando los enfermos pertenecen a hogares pobres. Esta puede ser una barrera determinante para el acceso a los servicios de salud que se necesitan.

Otro aspecto relevante que se obtiene del análisis de la EPH es el promedio del gasto por concepto. Esta mirada es de suma importancia por el hecho que incluso cuando pocas personas incurren en un gasto determinado por motivos de salud, la magnitud de ese gasto para ese individuo o para su familia puede representar una dificultad financiera o incluso una catástrofe.

Por otra parte, la magnitud de este gasto puede ser la explicación de que pocas personas gasten en ello, es decir que no puedan acceder a un servicio dado por los costos. Los gastos por hospitalización son los que en promedio tienen la mayor magnitud y puede ser 4 veces mayor que los gastos por diagnóstico y 6 veces mayor que los gastos por medicamentos, que siguen como otros conceptos importantes de gasto promedio. La magnitud del impacto real y potencial de estos gastos sobre los hogares requiere de más análisis complementarios en relación al ingreso y la capacidad de pago.

Estos hallazgos orientan claramente sobre algunas prioridades que requieren ser abordadas por políticas públicas sectoriales para la construcción de un sistema de salud con cobertura universal. El seguimiento de una serie puede ser una herramienta efectiva para monitorear la reducción de las brechas.

CONCLUSIÓN

La Encuesta Permanente de Hogares es una herramienta útil para medir el gasto en salud de los miembros de hogares, incluido los principales componentes del gasto de bolsillo y otros gastos que concurren al utilizar servicios de salud como los que se producen para el traslado y en concepto de alimentos. Los gastos adicionales al gasto de bolsillo en salud también pueden impactar de manera importante en los hogares y es necesario considerarlos al formular políticas públicas, sobre todo para los pobres. Es razonable que el análisis de una serie temporal de este tipo de encuestas sea también útil para monitorear la reducción de brechas de financiamiento para la cobertura universal de salud, uno de los principales y mayores desafíos del Sistema Nacional de Salud del Paraguay.

No todas las personas que consultan ante una enfermedad o accidente incurren en gastos. Por otra parte, las personas que tienen que gastar no lo hacen en todos los conceptos. El hecho de no registrarse gasto, habiendo buscado y obtenido atención ante una necesidad, debe interpretarse en el contexto de la oferta y la accesibilidad de los servicios y no necesariamente significa que existe una protección financiera completa.

Los hallazgos demuestran que un mayor número de usuarios de servicios de salud están afectados por gastos por medicamentos, transporte y consulta. A su vez, los medicamentos y los estudios de diagnóstico son los que representan los mayores gastos proporcionales, pero el promedio por hospitalización, cuando ocurre, puede ser el doble que el promedio de ambos, lo cual representa una mayor posibilidad de gasto catastrófico en salud. Estos hallazgos señalan la importancia de considerar no solo la distribución del gasto en la población sino que también el posible impacto que puede tener un evento en cada familia, cuando ocurre.

REFERENCIAS

- ¹ Organización Mundial de la Salud. La atención primaria de salud mas necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2008. Serie de informes tecnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 336373 2
http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- ² Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra 2013. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 356459 3.
<http://www.who.int/whr/2013/report/es/>
- ³ Instituto Sudamericano de Gobierno en Salud (ISAGS) UNASUR. Sistemas de Salud en Sudamérica: desafíos para la universidad, la integridad y la equidad. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. Serie: ISBN 978 85 87743 20 6
http://www.isags-unasul.org/biblioteca_interna.asp?lang=3&idArea=33&idPai=5139
- ⁴ Organización Mundial de la Salud. Cinco estudios base para la estrategia de sostenibilidad financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social fueron presentados. Washington, D.C. Noviembre de 2013. Disponible:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9226:cinco-estudios-base-para-la-estrategia-de-sostenibilidad-financiera-de-la-caja-costarricense-de-seguro-social-fueron-presentados&Itemid=40122&lang=es
- ⁵ Organización Mundial de la Salud. Toward Universal Health Coverage in Latin American and Caribbean: Measuring results of programs to extend financial protection and access to health care for the poor. Washington, D.C. Nov 21, 2013. Disponible:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9200%3Atoward-universal-health-coverage-latin-american-caribbean-measuring-results-programs-extend-financial-protection-access-health-care-poor&catid=5675%3Ahss-02-universal-health-coverage&Itemid=40122&lang=es
- ⁶ Lagomarsino G, Garabrant A, Adyas A, Muga R, Otoo N. Universal Health Coverage 3: Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. The Lancet [revista en internet] 2012 September. [May 30] 380 (933 - 943). Disponible:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673612611477>
- ⁷ Organización Mundial de la Salud. Financiacion de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo 2010. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2010.
http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf

⁸ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003. Sistemas de Salud: principios para una atención integrada. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra 2003. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: WA 540.1. ISBN 92 4 356243 6.

<http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter7-es.pdf>

⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra 2000. Serie de informes: clasificación NLM: WA 540.1 ISBN 92 4 356198 7.

http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

¹⁰ Murray CJ, Frenk J. Sistemas de Salud: Un marco para evaluar el desempeño de los Sistemas de Salud. OMS. 2000; Recopilación de artículos numero 3: 149 – 162.

http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_149-162_spa.pdf

¹¹ Amartya, Sen. ¿Por qué la equidad en salud?. Revista Panamericana de Salud Publica [revista en Internet] 2002 [31 de mayo de 2014]; 11(5/6): [302 – 309]. Disponible:

<https://docs.google.com/document/d/1ixeVefQvynaqRn6tYZYibZWhswaOXXpFdsg6uYIwflg/edit>

¹² Direccion General de Estadistica, Ecuestas y Censo (DGEEC) [Base de datos en internet]. Encuesta permanente de hogares (EPH) 2013

<http://www.dgeec.gov.py/newspaper/index76.php#nogo>

¹³ Giménez E, Cabral C. Paraguay Exclusión, fragmentación y falta de voluntad política Social Watch. 2007; 04: 204 – 233.

http://www.socialwatch.org/sites/default/files/pdf/es/paraguay2007_esp.pdf

¹⁴ Giménez Caballero E,. Hacia un sistema de Salud con Garantías. Notas para nuevas políticas en salud en Paraguay. Instituto Desarrollo / Higea Salud Paraguay; 2013 ISBN 978 99967 713 0 9. }

¹⁵ Xu, Ke. Organización Mundial de la Salud. Distribucion del Gasto en Salud y gastos catastroficos. Metodologia; Numero 2; 2005. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2005.

http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=149&Itemid=

¹⁶ Direccion General de Estadistica, Ecuestas y Censos (DGEEC). Informe Total país. Encuesta permanente de hogares (EPH) 2010.

<http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/principales%20resultados%20eph%202010/2.EPH%2010%20Total%20Pais.pdf>

¹⁷ Direccion General de Estadistica, Ecuestas y Censos (DGEEC). Informe Total país. Encuesta permanente de hogares (EPH) 2011.

<http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/EPH2011/epH2011/2.%20total%20pais.pdf>

¹⁸ Savedoff W, Ferranti D, Smith A, Fan V. Universal Health Coverage 2: Political and economic aspects of the transition to universal health coverage. The Lancet [revista en internet] 2012 September. [May 30] 380 (924 – 932). Disponible:

[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61340-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61340-3/fulltext)

¹⁹ Direccion General de Estadistica, Ecuestas y Censos (DGEEC). Principales Resultados. Encuesta permanente de hogares (EPH) 2012.

http://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/EPH2012/principales_resultados_EPH2012.pdf

²⁰ Moreno R, Smith P. Universal Health Coverage 1: Does the progress towards universal health coverage improve population health?. The Lancet [revista en internet] 2012 September. [May 30] 380 (917 – 923). Disponible: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61039-3/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61039-3/fulltext)