



LA PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD ANTES Y DURANTE EL COVID-19 EN PARAGUAY

Un análisis desde la perspectiva de los gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud

Dr. Edgar Giménez Caballero
Investigador principal

LA PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD ANTES Y DURANTE EL COVID-19 EN PARAGUAY

Un análisis desde la perspectiva de los gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud

Dr. Edgar Giménez Caballero

Investigador Principal

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – CONACYT
Programa Paraguayo para el Desarrollo de la Ciencia y la Tecnología – PROCIENCIA
Proyecto de Investigación Asociativo: **PINV18-672**

Investigador principal

Dr. Edgar Giménez Caballero

Equipo de investigación

PhD. José Carlos Rodríguez Z.
Economista Marcelo Amarilla E.
Economista Andrés Brítez
Dra. Laura Flores R.
Lic. Néstor Peralta
Lic. Carmen Arias
Dr. José Modesto Araújo Q.

Investigación para el Desarrollo

Presidente

Rossana Scribano

Director Ejecutivo

Víctor Vázquez Aranda

Gerente de Proyectos

Karina Godoy Achón

Director del Área

Edgar Giménez Caballero

Investigación para el Desarrollo
Félix de Azara N° 7369 e/ Mecánicos de Aviación y Mórices
Asunción, Paraguay
Tel. +595982774004
www.desarrollo.org.py

Diagramación e impresión

Editorial Arandurá

Asunción, julio de 2021
ISBN impreso: 978-99967-999-6-9

ISBN digital: 978-99967-999-7-6

Investigación para el Desarrollo | Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Concepción

"La presente publicación fue elaborada con el apoyo del CONACYT. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de los autores y en ningún caso se debe considerar que refleja la opinión del CONACYT"

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN DEL PROYECTO

Investigador principal y coordinador del proyecto

Dr. Edgar Giménez Caballero

Docente e investigador en salud pública
Investigación para el Desarrollo
Universidad Nacional de Concepción
Universidad Nacional de Itapúa
Investigador categorizado por
CONACYT PRONII Nivel I

Equipo de investigadores

PhD José Carlos Rodríguez Z.

Docente e investigador en ciencias sociales
Investigación para el Desarrollo
Investigador categorizado por CONACYT PRONII Nivel II

Econ. Marcelo Amarilla Esquivel

Docente en ciencias económicas
Profesor de Microeconomía
Universidad Nacional de Asunción

Econ. Andrés Britez

Docente en ciencias económicas
Experto en análisis de datos
Investigación para el Desarrollo

Dra. Laura Flores R.

Máster en ciencias SSO
Docente e investigadora en ciencias
de la salud
Investigadora categorizada por
CONACYT PRONII Nivel I
Investigación para el Desarrollo

Lic. Néstor Peralta

Experto en análisis de sistemas
y análisis de datos
Investigación para el Desarrollo

Lic. Carmen Arias

Investigadora del área de Economía
Investigación para el Desarrollo

Dr. José Modesto Araújo Quevedo

Docente de salud pública
Director de Posgrado de la
Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Concepción

EQUIPO DE INVESTIGACIÓN POR TEMAS

Gasto de Bolsillo en la Encuesta de Hogares

Edgar Giménez C.
José Carlos Rodríguez
Marcelo Amarilla
Andrés Brítez
Néstor Peralta
Laura Flores
Carmen Arias
José Modesto Araújo

Gasto de bolsillo ante el parto en Concepción

Beatriz Ortiz
Nilda Recalde
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante el parto en Santa Rosa del Aguaray

Blanca Rolón
Luis Areco
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante el parto en Encarnación

Paola Zapata
Diana Peloso
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante la hemodiálisis en Concepción

Elena Schupp
Liliana Lesmo
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante la hospitalización en Concepción

Laura Patricia Benítez
Miriam Karina Giménez
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante la hospitalización en Encarnación

Edgar Giménez C.
Juan María Martínez
José Carlos Acosta

Estimaciones sobre empobrecimiento ante el gasto de bolsillo de salud

Mauricio Aguayo
Sandra Giménez
Marcelo Amarilla
Andrés Brítez
Edgar Giménez C.

Gasto de bolsillo ante el COVID-19 en Concepción

Edgar Giménez C.
Beatriz Ortiz
Laura Patricia Benítez
Elena Schupp
Miriam Karina Giménez
Liliana Lesmo
Nilda Recalde
Raúl Desvars
José Modesto Araújo
Doralice Quevedo
María Concepción Araujo Q.

Créditos por el trabajo de campo (GBS ante el COVID-19 en Concepción):

Egresadas de Salud Pública

Beatriz Ortiz Romero
Liliana Lesmo Ocampos
Elena Isabel Schupp
Miriam Karina Giménez Insfrán
Laura Patricia Benítez Brítez
Nilda Estela Recalde de González

Docentes de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (UNC)

María Concepción Araújo de Benítez
Diosnel Jorge Cáceres Coronel
Verónica María Aquino de Sosa

Docentes de la Facultad de Medicina (UNC)

José Modesto Araujo
Raúl Desvars
Doralice Quevedo

Personal de Salud de la Primera
Región Sanitaria Concepción

Deidamia Carolina Echagüe Páez
Fernando Javier Romero Melgarejo
Elva Luz Miño Romero
Anselmo Ávalos Ramírez
Derlis Ricardo Romero Galeano
Amado Daniel Villa Ariste
Elia Isabel Gayoso Gavilán
Heriberto Fernández Domínguez

Estudiantes de medicina (UNC)

Finn Jablonski
José Enrique Valenzuela Reyes

Estudiantes de economía (UNA)

Jorge Mauricio Aguayo Cabral
Sandra Isabel Giménez Indarte

Estudiantes de Trabajo Social (UNC)

Acosta Morel, Liz Paola
Almirón Espínola, Yusara Lorenza
Benítez Florentín, Tamara Patricia
Cabrera González, Gabriela Luján
Cáceres Colmán, Rafaela
Cantero Zaracho, Liz Adriana
Centurión de Bazán, Gladys Nilda
Coronel Cabrera, Lupita Magalí
Coronel Dávalos, Carolina
Desvars, Blasia Viviana
Domínguez Escobar, Edgar Joel
Esteche Rojas, Gloria Elizabeth

Fernández Cáceres, Nélica Amalia
Ferreira Acosta, Sany Mabel
Fischer Kurth, Grethel Marianne
Fleitas, Violeta Monserrat
Fretes Hoffmeister, Ignacia Margarita
González Duarte, Laura Leticia
Jara López, Darío Salvador
Krauer, Federico Alberto
Lesmo Villasboa, Marlene
Maidana Ferreira, Tobías Enrique
Martínez Paredes, Lurdes
Medina Duarte, Perla Viviana
Moraga Agüero, Kattia Luz Marina
Morínigo Domínguez, Lilian Graciela
Ocampos Chávez, Natalia Tamara
Ortiz Paredes, Deysi Rocío
Pereira Hicret, María Jacinta
Pereira Portillo, Gloria Pablina
Piris Medina, Patricia
Portillo Cañete, Dionicia Soledad
Ramírez Portillo, Kevin Isaac
Romero Ocampos, Milena Monserrat
Ruiz, Sixta Noemí
Talavera Echagüe, Lourdes Diana
Torres Acosta, Solmaira Judith
Velázquez Araujo, María Gloria
Verdún Escobar, Pablina
Villalba Benítez, Katerin Natalia
Villalba Valiente, Yessica Maribel
Quevedo Gauto, Maura Lorena
Quevedo Gauto, Valeria Noemí

*Dedicado a los estudiantes y egresados
de salud pública,
gerencia de servicios de salud
y administración sanitaria*

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	15
El proyecto de investigación	17
Este Libro	20
1. CONSIDERACIONES PARA LOS ESTUDIOS SOBRE GASTO DE BOLSILLO Y PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD	23
EL ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO	25
1. El gasto de bolsillo limita el derecho a la salud	25
2. El derecho a la salud en el Código Sanitario y en la Constitución Nacional	26
3. Priorización explícita mediante leyes especiales	30
4. Referencias	38
INTRODUCCIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL PARAGUAY	39
1. Principales causas de enfermedad, discapacidad y muerte prematura	39
2. Diferentes mecanismos de inclusión al sistema de salud	42
3. Organización del sistema nacional de salud	44
4. El financiamiento del sistema de salud	48
5. Referencias	52
LA UBICUIDAD DE LOS ESTUDIOS DE GASTO DE BOLSILLO EN LA SALUD PÚBLICA	55
1. El gasto de bolsillo y la protección financiera en salud	55
2. El gasto de bolsillo en la Cobertura Universal de Salud	57
3. El gasto de bolsillo en los Objetivos de Desarrollo Sostenible	60
4. Referencias	64
LA CUANTIFICACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD	67
1. Lo que se incluye y no para cuantificar el gasto de bolsillo en salud	67

2. La medición del gasto de bolsillo	71
Composición del gasto de bolsillo	71
Magnitud y promedios del gasto de bolsillo en salud en la encuesta de hogares.....	74
Consideraciones adicionales para los estudios de casos	79
3. Factores determinantes del gasto de bolsillo	81
4. Referencias	89

CATÁSTROFES FINANCIERAS Y EMPOBRECIMIENTO

DEBIDO AL GASTO DE BOLSILLO ANTE LA ENFERMEDAD91

1. El efecto económico del gasto de bolsillo en los hogares	91
La capacidad de los hogares para pagar las cuentas ante la enfermedad	91
Factores determinantes sobre la capacidad de los hogares	103
Consideraciones adicionales para los estudios de casos	107
2. El gasto de bolsillo excesivo y catastrófico	110
Concepto y operacionalización	110
Estimaciones a partir de la encuesta de hogares.....	112
Gastos de bolsillo exorbitantes en los estudios de casos.....	114
3. El gasto de bolsillo y el empobrecimiento	116
4. Referencias	121

2. EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ANALIZADO DESDE LA ENCUESTA DE HOGARES EN PARAGUAY..... 123

DISTRIBUCIÓN DE GASTOS DE BOLSILLO EXCESIVOS, CATASTRÓFICOS Y EMPOBRECEDORES EN LOS HOGARES PARAGUAYOS..... 125

1. Introducción	125
Conceptos y medidas sobre el gasto de bolsillo en salud	127
Antecedentes de estudios del gasto de bolsillo en salud en diferentes contextos	130
La importancia del estudio de gasto de bolsillo en el Paraguay	132
2. Material y métodos	135
3. Resultados	139
El gasto de bolsillo en salud en áreas urbanas y rurales.....	140
El gasto de bolsillo en salud por quintiles de ingresos	144
El gasto de bolsillo en salud ante la pobreza.....	152
El gasto de bolsillo según ciertas características del hogar	156
El gasto de bolsillo y la seguridad social	160
El gasto de bolsillo y pobreza multidimensional	162
Gastos de bolsillos excesivos en la serie 2006-2014	169

<i>Hogares con al menos un enfermo o accidentado</i>	169
<i>Hogares con algún integrante automedicado</i>	170
<i>Promedio del gasto de bolsillo de salud de los hogares</i>	170
<i>Peso del gasto de bolsillo en salud sobre el ingreso</i>	
<i>trimestral de los hogares</i>	171
<i>Hogares cuyos gastos de bolsillo en salud representaron</i>	
<i>más del 10% de los ingresos trimestrales</i>	172
<i>Estructura del GBS en el periodo 2006 - 2014</i>	173
<i>Total de gastos por quintiles de ingreso</i>	173
Gastos catastróficos utilizando capacidad de	
pago de los hogares	174
4. Discusión y conclusiones	177
Distribución de gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y	
empobrecedores	177
Limitaciones	183
Otros estudios posibles	184
Conclusiones y comentarios finales	185
5. Referencias	187
6. Anexo	191
3. EL GASTO DE BOLSILLO ANALIZADO EN SERVICIOS	
PÚBLICOS DE SALUD SELECCIONADOS	195
EL GASTO DE BOLSILLO DURANTE LA ATENCIÓN	
AL PARTO EN 3 HOSPITALES PÚBLICOS	
SELECCIONADOS EN 2020	197
1. Introducción	197
2. Síntesis metodológica	200
3. Resultados	203
Hospital Regional polivalente IPS Concepción	203
Características de la población de estudio	203
Características del evento de estudio	203
Características del gasto de bolsillo	204
Hospital general de Santa Rosa del Aguaray	208
Características de la población de estudio y sus hogares	208
Características del parto	209
Características del gasto de bolsillo	209
Hospital Regional de Encarnación	215
Características de la población de estudio	215
Características del evento de estudio	215
Características del gasto de bolsillo	216

4. Síntesis de resultados.....	221
5. Discusión y conclusiones	222
6. Referencias.....	226

EL GASTO DE BOLSILLO ANTE LA HEMODIÁLISIS

EN LA REGIÓN SANITARIA DE CONCEPCIÓN EN 2020

1. Introducción.....	229
2. Síntesis metodológica.....	231
3. Resultados.....	233
Características de la población de estudio.....	233
Características de la utilización del servicio de diálisis	233
Características del gasto de bolsillo	234
4. Discusión y conclusiones	237
5. Referencias.....	239

EL GASTO DE BOLSILLO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN TRES HOSPITALES PÚBLICOS SELECCIONADOS

EN 2020-2021

1. Introducción.....	241
2 Síntesis metodológica.....	244
3 Resultados.....	246
Gasto de bolsillo en el Hospital Regional polivalente IPS	
Encarnación (2020/2021).....	246
Características de la población de estudio.....	246
Características del evento de estudio.....	246
Características del gasto de bolsillo	247
Gasto de bolsillo en el Hospital Regional polivalente IPS	
Concepción (2020)	252
Características de la población	252
Características del evento de estudio.....	253
Características del gasto de bolsillo	253
Gasto de bolsillo ante el COVID-19 en el	
Hospital Regional de Concepción MSPBS (2021).....	256
Características de la población de estudio.....	256
Características del evento de estudio.....	256
Características del gasto de bolsillo	257
4. Síntesis de resultados.....	259
5. Discusión y conclusiones	260
6. Referencias.....	263

PRESENTACIÓN

EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

La presentación de este documento es parte del proyecto **Análisis de Gastos Catastróficos y Empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay**, cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONACYT con recursos del FEEI.

Ante la convocatoria del CONACYT, el proyecto fue presentado por Investigación para el Desarrollo en convenio con la *Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción* en abril de 2018, pasando luego a un proceso de evaluación de pares nacionales e internacionales según los siguientes criterios: relevancia de la propuesta, metodología, calidad de la propuesta, trayectoria del equipo de investigación, vinculación de sectores, enfoque de derechos, viabilidad, factibilidad y estrategia de comunicación de los resultados. Dos años después, en abril de 2020, el proyecto fue seleccionado para su implementación mediante la resolución de adjudicación del CONACYT 136/2020. El proyecto inició en julio de 2020 extendiéndose hasta agosto de 2021, según el cronograma aprobado.

Al momento de la presentación del proyecto, los investigadores tenían el propósito de establecer una línea de base para el Paraguay para la meta 3.8.2 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible “proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares” y comprender los factores que se asocian a la protección financiera del Sistema Nacional de Salud paraguayo a través del análisis del gasto de bolsillo en salud, ante el desafío de lograr cobertura y acceso universal en salud en 2030, de tal manera que se eliminen las barreras económicas de acceso y las penurias financieras para recibir atención ante una enfermedad.

Entre la presentación al CONACYT y el inicio efectivo del proyecto, el equipo de investigadores realizó estudios exploratorios que permitieron conocer los límites de la fuente de datos, la Encuesta Permanente de Hogares (EPH), y de este modo ajustar la metodología para un análisis más preciso. También se pudo valorar mejor las oportunidades que ofrecían los programas de posgrado en salud pública, gestión y administración sanitaria en varias universidades del país, para ampliar el alcance de algunos objetivos específicos, formar nuevos núcleos de investigación y realizar estudios de casos.

El objetivo general del proyecto fue analizar los gastos catastróficos y empobrecedores por motivos de salud en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay. Los objetivos específicos fueron: 1) determinar el

gasto de bolsillo por motivos de salud y su distribución en la población, 2) caracterizar los hogares y la población según niveles de ingresos y capacidad de pago; 3) determinar la incidencia de los gastos de bolsillo por motivos de salud sobre los ingresos y la capacidad de pago de los hogares; 4) determinar la magnitud de gastos catastróficos por motivos de salud; 5) determinar la magnitud de gastos empobrecedores por motivos de salud; 6) establecer factores sociales y económicos de los hogares asociados con los gastos de bolsillo en salud; y 7) capacitar a docentes e investigadores en formación.

Para cumplir estos objetivos, el proyecto ha desarrollado tres grandes componentes: el análisis del gasto de bolsillo a partir de las bases de datos disponibles de la EPH, el análisis del gasto de bolsillo en hospitales seleccionados y la conformación de núcleos de investigación con jóvenes investigadores para el diseño e implementación de nuevos estudios relacionados.

El equipo estuvo integrado por tres investigadores categorizados por el PRONII del CONACYT (uno de nivel II en ciencias sociales y dos de nivel I en ciencias de la salud), tres expertos en el manejo de bases de datos de la EPH, un profesor de microeconomía y un director de programas de posgrado de salud pública, quienes fueron los responsables de desarrollar los diferentes componentes del proyecto.

El trabajo debió adaptarse al inesperado contexto pandémico que por un lado fue una limitante y por otro una oportunidad para analizar el gasto de bolsillo ante la reorganización e integración del sector público de salud como respuesta al nuevo coronavirus.

El componente de estudio a partir de la EPH se centró en analizar la distribución del gasto catastrófico y empobrecedor según los ingresos, el área de residencia, la condición de pobreza, ciertas características de los hogares y un análisis de la serie de diferentes años. Hubo un intenso proceso de revisión y actualización de las bases conceptuales y metodológicas por parte de los investigadores para ajustar y emprender el plan de análisis. El resultado del trabajo fue una síntesis del análisis de diversos procesamientos que permitió la elaboración de tres artículos para su publicación en revistas nacionales con revisión de pares, la elaboración de resúmenes (brief), un documento técnico de presentación de resultados y la presentación de este libro en el que se agregan consideraciones complementarias para nuevas investigaciones.

Los estudios de casos fueron siete y se desarrollaron durante el 2020 y 2021, abordando los siguientes temas: gasto de bolsillo ante el parto, gasto de bolsillo ante la hemodiálisis y gasto de bolsillo ante

hospitalizaciones. Al principio, este componente sólo sería implementado en Concepción, pues un asociado del proyecto fue la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción, pero pronto pudo identificarse otras oportunidades para extender el alcance del proyecto y dar continuidad a una incipiente agenda de investigación sobre las características del gasto de bolsillo en salud en el Paraguay. Se contactó entonces con alumnos y docentes de varios programas de grado y posgrado en distintas instituciones de educación superior del país para explorar el interés de ser parte de proyectos locales de investigación. Los resultados de los acuerdos y compromisos fueron los siguientes:

- a) El diseño e implementación de cuatro proyectos de investigación con ocho alumnos del programa de posgrado en especialización de salud pública de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción, todos ellos ya culminados en 2020.
- b) El diseño e implementación de un proyecto de investigación conjunta entre la Facultad de Medicina y la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Concepción, culminado en 2021. Este proyecto incluyó la participación de estudiantes, docentes, egresados e investigadores.
- c) El diseño e implementación de un proyecto de investigación con dos alumnas de posgrado del programa de maestría en gerencia de servicios de salud pública de la Universidad Nacional de Itapúa, culminado en 2020.
- d) El diseño e implementación de un proyecto de investigación con dos alumnos del programa de posgrado de administración hospitalaria de la Universidad Católica, sede en Encarnación, culminado en 2021.
- e) El asesoramiento para una tesis de grado de la carrera de Economía de la Universidad Católica, ya concluida en 2020.
- f) El diseño y presentación de un proyecto de investigación a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Caguazú, el cual fue aprobado por el comité de ética y la dirección de investigación de esta entidad y que será implementado en 2021 con recursos de esta universidad.

Los resultados de los trabajos concluidos fueron difundidos a través de resúmenes en los sitios web de las entidades participantes, fueron presentados a los directores de las Regiones Sanitarias correspondientes, a la Dirección General de Programas y a la Dirección General de Información Estratégica en Salud del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Además fueron ponencias en el Seminario Nacional

denominado *El gasto de bolsillo de salud en Paraguay. El desafío para lograr cobertura universal de salud* organizado por la Facultad de Medicina de Concepción conjuntamente con Investigación para el Desarrollo en julio de 2021.

Mediante estos estudios de casos pudo conformarse un equipo integrado por doce nuevos investigadores que llevaron adelante distintos componentes de los trabajos, desarrollando competencias mediante un proceso práctico de aprendizaje. Además, participaron en los trabajos de campo: 7 docentes universitarios, 7 trabajadores de salud, 43 estudiantes de trabajo social, 2 estudiantes de medicina y 2 estudiantes de economía.

El documento que aquí se presenta es parte del plan de divulgación de los resultados del proyecto de investigación que ha incluido las siguientes actividades:

- 1 informe técnico,
- 1 seminario realizado los días 28, 29 y 30 de julio del 2021,
- 1 libro dirigido al sector académico de ciencias sociales y de la salud,
- 3 artículos científicos para revistas nacionales con revisión de pares,
- 4 reuniones de presentación de resultados con autoridades,
- 5 resúmenes (brief) de los resultados que están difundidos en sitios web,
- 5 publicaciones en medios de comunicación, y
- 15 materiales para redes sociales.

ESTE LIBRO

Este documento ha sido precedido por varios trabajos del proyecto de investigación que han permitido consolidar las consideraciones, resultados y conclusiones aquí presentados: un documento conceptual a partir de una extensa revisión bibliográfica, evaluación de las alternativas metodológicas, diversos análisis exploratorios de la base de datos de la EPH, definición de nuevas variables y sintáxis de procesamiento, diseño de instrumentos de recolección de información para estudios de casos, procesamiento de datos en numerosas tablas y gráficos, reuniones para la discusión de los resultados preliminares, documentos de análisis temáticos desarrollados por los investigadores y un documento técnico final que sintetiza los resultados de investigación tanto a partir de los datos de la EPH como de los estudios de casos.

El documento ha sido estructurado en tres partes:

En la primera parte, se presentan consideraciones contextuales, conceptuales y metodológicas para los estudios del gasto de bolsillo en salud. En lo contextual se presenta una síntesis de las características del derecho a la salud y del Sistema Nacional de Salud en el Paraguay, pues estas características son determinantes para la ocurrencia y distribución del gasto de bolsillo y sus formas excesivas. En lo conceptual, se presenta primero una ubicuidad del objeto de estudio en la salud pública y en los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En lo metodológico se presentan consideraciones para las definiciones operativas de los diferentes indicadores utilizados y aspectos relacionados con la interpretación de los resultados en las encuestas de hogares a partir de una extensa revisión de la literatura relacionada así como de las disquisiciones y conclusiones durante el proceso de investigación en este proyecto.

En la segunda parte, se presenta el análisis del gasto de bolsillo de salud a partir de las bases de datos de la EPH del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), desde el 2000 al 2014. El 2014 fue el último año en que se recabó datos sobre gastos en salud en esta encuesta. Se ha puesto énfasis en los resultados de este último año, utilizando como unidad de análisis a los hogares. La serie se ha utilizado para describir una tendencia. Los resultados describen la distribución del gasto de bolsillo, el gasto catastrófico y empobrecedor según los ingresos del hogar, según la condición de pobreza, el área de residencia, de ciertas características del hogar y la tenencia de seguro del IPS. Se incorporaron algunas innovaciones para dimensionar mejor el efecto del gasto de bolsillo en situación de pobreza, estimando su equivalente a días de alimentación, a días de consumo esencial y como proporción de las transferencias monetarias estatales para combatir la pobreza. Además se ha incluido un breve análisis que compara la ocurrencia del gasto de bolsillo en salud ante la pobreza monetaria y la pobreza multidimensional.

No todos los indicadores y estratificaciones planteados originalmente pudieron estimarse conforme a la metodología y las definiciones que se han adoptado para el estudio. Puesto que el límite muestral mínimo ha sido definido en 30 casos, varias categorías de análisis no cumplieron con este requisito, por lo que han quedado excluidas del informe. Por ejemplo, cuando se analizaron gastos catastróficos por deciles de ingresos, varios estratos quedaron sin suficiencia muestral. Tampoco alcanzó la muestra para quintiles de ingresos cuando se analizó gasto catastrófico según el cociente de la razón GBS/ingresos mayor

a 0,25, por lo que tuvo que usarse sólo el cociente mayor a 0,1. Algunos análisis bivariados presentaron el mismo problema.

En la tercera parte se presentan los resultados de los estudios de casos realizados entre 2020 y 2021. Estos proyectos, además de contribuir al logro de los objetivos propios de la investigación, contribuyeron a *capacitar a docentes e investigadores en formación*.

El diseño e implementación de estos trabajos se dió en el contexto pandémico que motivó una reorganización e integración de servicios públicos de salud entre el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y el Instituto de Previsión Social. Como respuesta a la emergencia sanitaria algunos hospitales fueron designados como “integrados respiratorios” para atender a los enfermos de COVID-19 y otros como “integrados polivalentes”.

Los proyectos de investigación se planificaron en dos etapas: una primera enfocada sobre el gasto de bolsillo que ocurría en los hospitales integrados polivalentes y una segunda etapa en los hospitales integrados respiratorios.

En este informe se presenta los resultados de:

a) 3 estudios sobre gasto de bolsillo ante el parto en Concepción, en Santar Rosa del Aguaray y en Encarnación, realizados en 2020;

b) 1 estudio sobre gasto de bolsillo ante la hemodiálisis en Concepción, realizado en 2020;

c) 3 estudios sobre gasto de bolsillo ante hospitalizaciones en Concepción y Encarnación, realizados en 2020 y 2021. Dos de ellos incluyen casos ingresados por COVID-19.

Las medidas convencionales de gasto excesivo y catastrófico resultaron insuficientes ante el COVID-19 por lo que hubo que agregarse una innovación conceptual y metodológica para medir los “gastos exorbitantes”, utilizando un parámetro diez veces superior al de gasto catastrófico.

La presentación de este trabajo tiene un doble propósito. En primer lugar, difundir los resultados de investigación para contribuir al debate social y sectorial sobre un ahelado nuevo sistema de salud, público y universal, financiado mediante arreglos sociales equitativos y solidarios que eviten las catástrofes financieras y el empobrecimiento ante la enfermedad. En segundo lugar, contribuir a la preparación de nuevas investigaciones, compartiendo el proceso de definición conceptual y metodológica que se ha implementado en el proyecto.

Dr. Edgar Giménez C.

1

●
**CONSIDERACIONES
PARA LOS ESTUDIOS
SOBRE GASTO DE
BOLSILLO Y PROTECCIÓN
FINANCIERA EN SALUD**

EL ALCANCE DEL DERECHO A LA SALUD EN EL SISTEMA DE SALUD PARAGUAYO

Dr. Edgar Giménez Caballero

1 EL GASTO DE BOLSILLO LIMITA EL DERECHO A LA SALUD

El derecho humano a la salud no es solamente el derecho a estar sanos, sino también el derecho a recibir atención médica oportuna y de calidad ante la enfermedad, en un sistema de salud con disponibilidad suficiente de servicios accesibles, asequibles y aceptados por las personas que lo reciben y los profesionales que lo proveen. No es un anhelo sino un derecho concreto que debe ser promocionado, protegido y garantizado ⁽¹⁾.

El derecho a la salud como derecho humano está expresado en diferentes instrumentos del Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas que han sido ratificados por el Estado paraguayo⁽²⁾. Este conjunto de instrumentos internacionales constituye, a su vez, un marco para la adopción de leyes nacionales para la salud pública, para proteger la salud de las personas desde la perspectiva de la promoción de un ambiente saludable y sostenible, del abordaje de los determinantes sociales de la salud, de la protección contra factores de riesgo y productos dañinos para la salud, así como para garantizar el acceso universal a los servicios de salud ante la enfermedad⁽³⁾.

En cuanto a la atención ante la enfermedad, el sujeto obligado de este derecho es el Estado; el objeto del derecho es el conjunto de las prestaciones para dar respuesta a las necesidades de atención a la salud, mientras que la población, o más específicamente cada persona, constituye el sujeto beneficiario de estas prestaciones ante sus necesidades concretas.

El gasto de bolsillo en salud actúa como una barrera entre este derecho y los servicios del sistema de salud y no debería considerarse como un factor de mediación. Esta forma de financiar la atención a la salud recae sobre los enfermos y sus familias, afectando desproporcionadamente a los sectores más vulnerables, siendo una forma inequitativa e injusta de financiar los sistemas de salud. Además de ser un obstáculo para el acceso, genera angustias económicas adicionales a la enfermedad, es causa de exclusión del sistema sanitario, de discontinuidad en

la atención, de interrupción de los tratamientos y de desigualdad en la calidad de los servicios⁽⁴⁻⁵⁾.

En un sistema de salud donde el mecanismo de financiamiento es este, el derecho a la salud está restringido y condicionado a la capacidad de pago de las personas enfermas o sus familias, sean estos recién nacidos, niñas y niños, adolescentes, jóvenes, hombres y mujeres adultos o personas adultas mayores.

Es por eso que, para el análisis del gasto de bolsillo en salud, es pertinente establecer un marco de referencia sobre el alcance del derecho a la salud en el sistema de salud que se estudia.

A continuación, desarrollaremos aspectos claves sobre el derecho a la salud expresado en la legislación nacional y que pueden constituir un marco de protección social y financiera para la atención de la salud de la población, sobre todo, ante la enfermedad.

2. EL DERECHO A LA SALUD EN EL CÓDIGO SANITARIO Y EN LA CONSTITUCIÓN NACIONAL

En Paraguay, antes de la Constitución Nacional de 1992 y de la Ley 1032, por la cual se crea el Sistema Nacional de Salud, el marco para el derecho y regulaciones sobre la salud estaba expresada en la Constitución Nacional de 1967 y en el Código Sanitario de 1980⁽⁶⁻⁷⁾.

En la Constitución de 1967, la salud se abordaba en un artículo único en el capítulo sobre *derechos, garantías y obligaciones*, en el apartado sobre *derechos sociales* junto con los derechos sobre la educación y la familia, centrado en la prevención de enfermedades transmisibles y a la asistencia de enfermos pobres e indigentes.

Cuadro 1 Paraguay. El derecho a la salud en la Constitución de 1967.

Artículo 93: Todos los habitantes tienen derecho a la protección y promoción de la salud, y están obligados a someterse a las medidas sanitarias que establezca la ley, dentro de los límites permitidos por el respeto a la personalidad humana. La ley dispondrá el régimen para la asistencia de los enfermos carentes de recursos y de los inválidos y ancianos indigentes. La prevención y el control de las enfermedades transmisibles serán funciones principales de los organismos de salud pública.

El Código Sanitario es una Ley extensa de 328 artículos, que siguen vigentes en su mayoría, que regula las funciones del Estado paragua-

yo en todo lo relacionado con la salud de la población, sus derechos y obligaciones. Establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) es la autoridad de salud y responsable de la implementación de políticas, planes y programas para la salud de la población en concordancia con objetivos nacionales para el desarrollo social y económico. Adopta como definiciones que *“la salud es el completo bienestar físico, mental y social”* y que *“salud pública es el estado de salud de la población de determinada área geográfica, en función de sus factores condicionantes”*, y que *“el cuidado de la salud comprende... acciones integrales de promoción, protección, recuperación y rehabilitación... el control de los factores condicionantes de la salud de las personas”*.

Dispone que se podrá integrar un Consejo Nacional de Salud y que las acciones deben ser coordinadas con los sectores. Además, establece disposiciones sobre diversos aspectos: epidemias y enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas, salud reproductiva, odontología, salud mental, salud ocupacional, saneamiento, agua para consumo, salud en la vía pública, establecimientos y asentamientos humanos, así como regulaciones sobre productos para la salud, establecimientos de salud, profesionales de salud, investigación y publicidad, entre otros¹.

Sin embargo, a pesar de esta exhaustiva legislación normativa, el desarrollo del sistema de salud paraguayo era precario y los resultados sanitarios paupérrimos.

La caída de la dictadura en 1989 y el inicio de una transición hacia la democracia dio oportunidad para un nuevo pacto social a través de una nueva Constitución Nacional.

El anhelo de varios sectores era establecer derechos amplios para que en democracia puedan ser ejercidos plenamente por todos los ciudadanos y que mediante ellos se alcance el desarrollo social postergado hasta entonces.

La reforma de la Constitución Nacional del Paraguay en 1992 introdujo varias cuestiones claves para el sector salud: el Estado asumió una responsabilidad declarada sobre los derechos sociales, se reconoció a la salud como derecho fundamental y se estableció que el sistema de salud debía articular a los sectores públicos y privados mediante políticas sectoriales.

En el primer artículo de la nueva Constitución se estableció que la República del Paraguay se constituía, a partir de entonces, como un Es-

¹ Todas las leyes mencionadas en este apartado pueden ser consultadas en la Biblioteca y Archivo Central del Congreso Nacional, en: <https://www.bacn.gov.py>

tado Social de Derecho, unitario, indivisible y descentralizado. La salud fue abordada en cinco artículos agrupados en el Capítulo VI de la salud (artículos 68 a 72). Estos artículos expresan que la salud es un *derecho fundamental de las personas* y que es de interés de la comunidad. Por tanto, el Estado protege y promueve este derecho. Explícitamente establece que *nadie será privado de la prevención y tratamiento de enfermedades, accidentes o catástrofes* en un sistema de salud que integre y coordine, de forma complementaria, recursos públicos y privados y que facilite el acceso a medicamentos esenciales. En el ámbito del bienestar social incluye programas, educación sanitaria y participación social. Establece que el Estado es responsable por el control de calidad de productos alimenticios, medicamentos, productos químicos y biológicos relacionados con la salud. Un artículo está dedicado al control del uso de drogas, refiriéndose tanto a la prevención y rehabilitación de las personas afectadas, al uso medicinal así como al combate del narcotráfico⁽⁸⁾.

Algunos temas debatidos por los constituyentes no lograron consenso. Uno de los textos alternativos expresaba explícitamente el derecho a la atención sanitaria pública ante *epidemias y pandemias* pero se consideró que estos ya estaban incluidos en la palabra *enfermedades*. Otro texto no aprobado planteó incluir la siguiente expresión sobre el derecho a la salud: *“la atención médica integral a la población de carácter universal, equitativa, eficiente y de buena calidad, de acuerdo a la capacidad tecnológica y económica del país, incluso a las personas cuyo aporte económico a la sociedad sea nulo por razones no imputables a su voluntad”* y otro texto que *“El Estado propenderá a facilitar a la población el acceso irrestricto a una atención de salud equitativa, eficiente y de calidad”*.

Otro tema que se debatió sin lograr consenso fue fijar un mínimo presupuestario para la salud. Las propuestas estaban entorno al 15% de las recaudaciones o del presupuesto para la administración central⁽⁹⁾.

La salud reproductiva quedó fuera del capítulo de salud para quedar en el artículo 61. La educación física y el deporte también quedaron en otro capítulo, en el artículo 84.

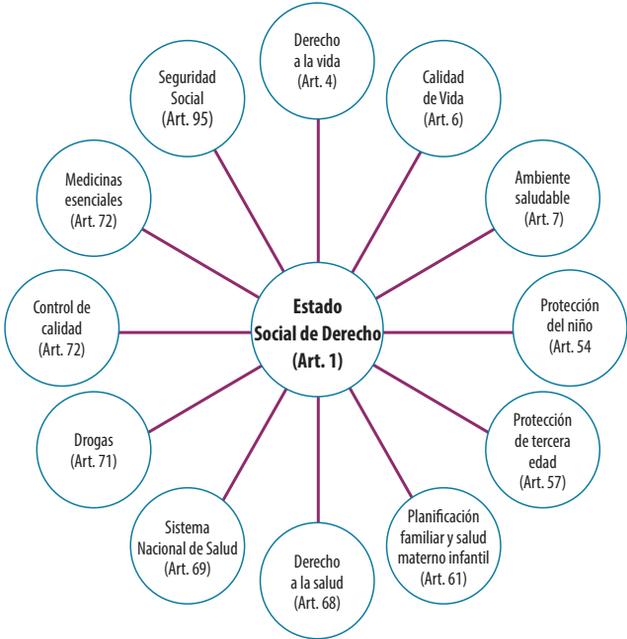
En los debates de los constituyentes se consideró que el texto *“El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental”* tenía ya un alcance amplio y que más especificaciones podrían ser establecidas mediante leyes.

El derecho a la salud tal como quedó promulgado en la Constitución de 1992, al igual que otros derechos sociales, no son solo enunciados, son derechos ejercibles por los ciudadanos y tal ejercicio establece obligaciones para las instituciones estatales competentes.

Para que el Estado pueda cumplir con estas obligaciones, y los ciudadanos ejercer sus derechos, se requiere de justicia distributiva y concretar con ella la justicia social pretendida. Sin embargo, este arreglo necesario quedó postergado reiteradamente y, consecuentemente, el país sigue transitando un largo camino en la búsqueda de la concreción de los derechos sociales proclamados en la Constitución, con exiguos recursos públicos.

Los cambios estructurales en el sistema de salud no ocurrieron. La oferta pública de servicios de salud fue desarrollándose muy lentamente siempre rezagada con las necesidades de la población, con desigual acceso y calidad en las prestaciones. A su vez, los rezagos en otros ámbitos como la precariedad e informalidad en el empleo, la exposición a ambientes no saludables, la falta de acceso a la seguridad social y a servicios básicos han actuado como *determinantes sociales de la salud* (10-11).

Gráfico 1
Paraguay. Constitución Nacional de 1992.
Artículos relacionados con el derecho a la salud.



3. PRIORIZACIÓN EXPLÍCITA MEDIANTE LEYES ESPECIALES

Con el nuevo marco constitucional, se aprobó la Ley 1032/1996 que creó el Sistema Nacional de Salud *“con el objetivo de distribuir de manera equitativa y justa los recursos del sector salud teniendo como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase”*. La Ley dispuso el desarrollo de la oferta de servicios de salud en los subsectores: públicos, privados, mixtos, de seguros de salud y universidades, de forma coordinada, de conformidad al derecho público y privado vigentes.

Esta Ley pretendió ser un mecanismo para organizar y desarrollar una oferta de servicios basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud, la redefinición del hospital público, la concertación de los diferentes actores en torno a la salud y la descentralización sectorial, coherente con el postulado del artículo primero de la nueva Constitución Nacional.

Sin embargo, lo que ocurrió fue que cada subsistema fue desarrollándose conforme a sus recursos, cada cual con sus propios mecanismos de inclusión, manteniendo la segmentación y fragmentación del sistema de salud, con coberturas poblacionales, de servicios y de financiamiento asimétricas entre los subsistemas públicos y privados y con desigual oferta en los diferentes territorios.

El sistema de salud tampoco se descentralizó, sino que más bien siguió un proceso de desconcentración administrativa incipiente y la conformación de consejos locales y regionales más orientada a la concertación y participación que a la descentralización como tal⁽¹²⁾, que fue limitada por diferentes factores políticos, institucionales y presupuestarios⁽¹³⁾.

Desde el punto de vista de la realización del derecho a la salud mediante prestaciones concretas ante una enfermedad, se acentuó el hecho de que solo aquellas personas aseguradas al Instituto de Previsión Social (IPS) o que poseen un seguro privado estaban cubiertas con prestaciones explícitamente declaradas, pero a un costo y acceso desiguales. Simultáneamente, los enfermos atendidos en los servicios del MSPBS, permanecieron sujetos a la disponibilidad de servicios definidos, en gran medida, mediante criterios de priorización implícita.

La posibilidad de recibir atención ante una enfermedad permaneció dependiente de la disponibilidad efectiva en un momento dado en un territorio dado, de la capacidad de pago o de cuestiones relacionadas a la tenencia de un seguro médico (tipo de seguro, el plan de seguro, de

la condición de asegurado y de periodos de carencia), pero no como un derecho garantizado universalmente.

Consecuentemente, también se mantuvo casi inalterable el riesgo desigual de ocurrencia del gasto de bolsillo para compensar y adaptarse a estas condiciones a pesar de las mejoras paramétricas de oferta y financiamiento público. Por ejemplo, tengamos en cuenta la mejora en el acceso a la salud entre el 2000 y 2014 que puede evaluarse mediante la variación de la *proporción de enfermos que consultan* que pasó de 48% a 80%², mientras que la *razón del gasto de bolsillo con la capacidad de pago de los hogares* fue en promedio 0,09 en el 2000 y 0,08 en 2014³.

Las personas con enfermedades crónicas y sus familiares, afectados por la incertidumbre de la cobertura y por las penurias económicas generadas por gastos de bolsillo elevados para acceder al tratamiento, empezaron a movilizarse aliados con los profesionales de salud para incidir en el Congreso Nacional para mejoras en la asignación presupuestaria de programas específicos. Los medios de comunicación, de tanto en tanto, exponían al público estos casos, como denuncia, o para incidir en la agenda pública o para movilizar ayuda.

A partir de esta situación y de otras iniciativas parecidas, se fue desarrollando una agenda legislativa para tratar leyes especiales, ya sea para establecer derechos explicitados o para crear programas o para financiarlos.

Estas legislaciones se convirtieron en una forma de priorización explícita en el sector público. No siempre esto significó un incremento neto de financiamiento público, pues en el diseño presupuestario se “calzaba” los montos y las fuentes, de modo que en el total la situación quedaba más o menos equilibrada, pues ante una exigua recaudación tributaria, el sector de la salud competía con otros sectores sociales también con notables carencias.

Así se fueron promulgando un conjunto de leyes especiales para el sector salud, relacionadas con el derecho a la salud de las personas en situaciones especiales. Los mecanismos establecidos en ellas fueron diversos: creación de programas, creación de fondos, orientación de fuentes de financiamiento al sector salud y la declaración taxativa del derecho a diagnóstico y tratamiento en las situaciones explicitadas.

2 Corresponde a datos del INE: Principales indicadores de salud de la población por año de la encuesta, según área de residencia, 1997/98 al 2020. Serie comparable.

3 Consultar la sección sobre gasto de bolsillo en la encuesta de hogares en este mismo trabajo.

A continuación comentaremos brevemente algunas de estas leyes que expresan derechos específicos de cobertura sanitaria para la población paraguaya, a partir de una revisión en la Biblioteca y Archivo Central del Congreso Nacional y en la plataforma Congreso 2030 Paraguay, que permite una búsqueda de proyectos legislativos relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS),

El test “del piecito” entró como priorización explícita por medio de la ley 2138/2003 que crea el *Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y del Retardo Mental Producido por el Hipotiroidismo Congénito y de Fenilcetonuria*, que establece la gratuidad y obligatoriedad de la realización de esta prueba. La cobertura del programa fue progresiva y los test producidos por el propio programa, dependiente del MSPBS. En 2017 se amplió el alcance de los beneficios mediante la Ley 5732/2017 que creó el *Programa Nacional de Detección Neonatal* estableciendo que “todos los recién nacidos en el país tienen derecho a la detección neonatal para el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de patologías que representen una amenaza de enfermedad grave, discapacidad física, afectación del desarrollo o incluso la muerte”. Las patologías cubiertas por esta Ley son: fenilcetonuria, hipotiroidismo neonatal, fibrosis quística, galactosemia, hiperplasia suprarrenal congénita, deficiencia de biotinidasa y otras anomalías metabólicas congénitas. El financiamiento proviene de recursos del tesoro, fuente 10 en el Presupuesto General de la Nación (PGN) asignado al MSPBS.

La ley 2907/2005 de aseguramiento presupuestario de los programas de salud reproductiva y de aprovisionamiento del kit de parto del MSPBS establece que por medio del PGN se proveerán los recursos necesarios para que las mujeres accedan a un kit de parto y a los insumos para la planificación familiar. El alcance es tanto para el MSPBS como para el IPS. En el 2011 una modificación por medio de la ley 4313 se autoriza la compra de anticonceptivos a través de agencias internacionales de compras. El financiamiento proviene de recursos del tesoro, fuente 10 para el MSPBS y del fondo de salud para el Instituto de Previsión Social (IPS).

La Ley 3940/2009 tiene por objeto garantizar el respeto, la protección y la promoción de los derechos humanos en el tratamiento de las personas que viven y son afectadas por el VIH y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y establecer las medidas preventivas para evitar la transmisión. El tratamiento integral, incluido el tratamiento antirretroviral, está garantizado a través del programa correspondiente,

PRONASIDA. El financiamiento para su implementación corresponde al PGN asignado al MSPBS.

La Ley n° 4143/2010 de asistencia al paciente ostomizado, crea un *Programa para la atención integral del paciente ostomizado en el ámbito público* y prevee la adquisición de insumos mediante recursos del tesoro, fuente 10 en el PGN asignado a instituciones públicas de salud.

La Ley N° 4305/2011 que crea el *Programa de atención integral a personas con enfermedades lisosomales* establece un registro de pacientes con diagnóstico de enfermedades lisosomales para recibir tratamiento médico integral con cargo al programa. Los recursos son del tesoro nacional, fuente 10, en el PGN asignado al MSPBS.

La ley 4392/2011 que crea el *Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud* (FONARESS) fue promulgada hace casi una década pero hasta el momento no ha sido implementada. La ley establece los mecanismos para integrar un fondo que garantice a todos los habitantes de la República el tratamiento para las siguientes patologías: insuficiencia renal aguda y crónica, trasplante de órganos, cardiopatías, cáncer. Mediante una modificación a través de la Ley N° 6553/2020 se incorporó a la cobertura el tratamiento a la Atrofia Muscular Espinal (AME). Y mediante una siguiente modificación, a través de la ley 6703/2020, se incluyó a “otras enfermedades catastróficas definidas por la autoridad de aplicación” a ser incorporadas en la cobertura de forma progresiva. El financiamiento proviene de recursos del Tesoro Nacional, fuente 10, y binacionales, pero al no poder constituir el fondo debido a trabas legales para utilizar esta segunda fuente, en la última modificación se estableció que el financiamiento sería mediante: a) El 5% de lo recaudado en concepto del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC), actualmente aplicado a la importación y fabricación de cigarrillos. b) El 5% de lo recaudado en concepto del Impuesto Selectivo al Consumo (ISC), actualmente aplicado a la importación y fabricación de bebidas alcohólicas. c) El 100% de los premios de juegos no entregados por no presentarse el ganador, previsto en el Artículo 19 de la Ley 1016/1997 que establece el régimen jurídico para la explotación de los juegos de suerte o de azar. d) El 10% de lo recaudado en concepto del Impuesto a los Dividendos y Utilidades (IDU). Estas modificaciones introducidas a la ley original del 2011, permitirán que su implementación progresiva sea posible a partir del 2021 o 2022.

La Ley N° 4959/2013 para la prevención y tratamiento de trastornos de la alimentación y sus efectos dañinos a la salud, dispone que el MSPBS deberá establecer los medios necesarios para proteger y garan-

tizar la prevención, el diagnóstico, el tratamiento clínico y los insumos farmacológicos; así como los aspectos psicológicos y de cirugía que guarden relación con la obesidad. El financiamiento proviene de recursos del tesoro, fuente 10 asignados al MSPBS. Establece que el IPS debe incorporar a su presupuesto los recursos necesarios para implementar estos servicios.

La Ley n° 5372/2014 de prevención y atención integral a la diabetes establece varias disposiciones sobre la prevención y dispone taxativamente que proveerá tratamiento gratuito a través del programa correspondiente del MSPBS conforme a su disponibilidad presupuestaria, incluyendo insulina, antidiabéticos orales, jeringas, glucómetros, tiras reactivas, dispositivos de punción entre otros. Con esta ley quedó derogada la anterior 2035/2002 De Diabetes.

La Ley n° 6.266/2018 de atención integral a las personas con cáncer tiene por objeto garantizar a toda persona el acceso oportuno y de calidad a una atención de salud digna e integral ante el cáncer, lo que comprende la promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección precoz, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, salud mental y cuidados paliativos, como parte del derecho a la salud de todos los habitantes de la República. Para su implementación se crea el *Fondo Solidario para la Atención Integral de las Personas con Cáncer*, que está integrado por los siguientes recursos: a) Contribución del Estado mediante los créditos que le asigne el Presupuesto General de la Nación, para este fondo; b) El 40% del aporte del Fondo Nacional de Inversión Pública y Desarrollo (FONACIDE) y el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación destinado al Fondo Nacional de Salud; c) Donaciones; d) Otras fuentes de financiamiento; e) El 25% de la tasa de participación establecida en el inciso b) del artículo 21 de la Ley 5538/2015 que regula las actividades relacionadas al tabaco y establece medidas sanitarias de protección a la población, Impuesto Selectivo al Consumo; f) El 25% de lo recaudado en concepto de Impuesto Selectivo al Consumo de bebidas alcohólicas.

La Ley N° 6.170/2018 que modifica varios artículos de la Ley N° 1246/1998 de trasplantes de órganos y tejidos anatómicos humanos, establece disposiciones regulatorias relacionadas con los trasplantes de órganos y tejidos, así como la cobertura completa en el sistema nacional de salud. La rectoría y coordinación está ejercida por el Instituto Nacional de Ablación y Trasplante (INAT) dependiente del MSPBS. Para su implementación se crea un *Fondo Solidario para Trasplante* con recursos del tesoro y otros provenientes del Fondo Nacional de Inversión Pública

y Desarrollo (FONACIDE) y el Fondo para la Excelencia de la Educación y la Investigación.

La Ley N° 6487/2019 que regula la obtención, preservación y utilización de células progenitoras hematopoyéticas humanas para trasplante y asigna recursos adicionales para el Fondo Solidario de trasplantes establece que el acceso a trasplante de células progenitoras hematopoyéticas humanas es parte del derecho a la salud de todos los habitantes de la República del Paraguay cuando esté debidamente indicado y cuando sea la mejor alternativa terapéutica para la salud del paciente, de conformidad a los avances científicos. Para su implementación dispone de un Sistema Nacional de Registros de Donantes y de una Red Nacional para la Obtención, Preservación y Utilización de Células Progenitoras Hematopoyéticas Humanas. La cobertura será completa, y, además, el MSPBS debe asegurar la provisión de medicamentos y procedimientos terapéuticos necesarios que surjan como consecuencia de los trasplantes realizados en personas sin cobertura por la seguridad social u otra entidad. El financiamiento proviene de recursos del tesoro, fuente 10.

La Ley N° 6283/2019 establece cobertura médica dentro del sistema sanitario nacional para el tratamiento de la neuromielitis óptica, a cargo del MSPBS previo registro y solicitud. Se financia con recursos del tesoro, fuente 10 del PGN asignado al MSPBS.

La Ley N° 6649/2020 crea el *programa nacional de prevención, tratamiento, control y asistencia de la fibromialgia* y promueve la atención integral de las personas con esta enfermedad en el sistema nacional de salud. Los recursos son los ordinarios del PGN.

El acceso universal a las vacunas también cuenta con un marco legal específico en Paraguay. El antecedente es la Ley 2310/2003 de *Protección Infantil contra enfermedades inmunoprevenibles* vigente hasta el 2011, año que fue promulgada la Ley 4621 *Nacional de Vacunas*, una legislación más amplia. En esta ley se expresa que el derecho de salud de la población contempla la garantía de protección contra enfermedades inmunoprevenibles a través de la vacunación gratuita, extendiendo esta garantía de la población infantil a toda la población, de todas las edades, según un *Esquema Nacional de Vacunación* establecido por el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) dependiente del MSPBS. Además de un *Esquema Regular*, la ley establece la posibilidad de *Esquemas Especiales de Vacunación*, según criterios epidemiológicos. Complementariamente, se han promulgado otras leyes como la Ley 4769/2012 mediante la cual se incorporaron al Programa Ampliado de Inmunizaciones las vacunas contra el neumococo, varicela y hepatitis A; y la Ley

4774/2012 mediante el cual se incorporó la vacuna contra el virus del papiloma humano a ser administrado de forma gratuita y financiado con recursos del mismo programa.

Recientemente fue promulgada la Ley 6781/2021, que establece derechos y obligaciones en la prevención, atención integral de salud y protección social de las personas afectadas por la tuberculosis. La ley expresa que la finalidad de la respuesta nacional ante la tuberculosis es reducir la carga económica y social de esta enfermedad. Se expresan derechos y garantías para las personas afectadas por esta enfermedad, y se pone énfasis sobre los grupos vulnerables. Es el Estado, a través del MSPBS, el que debe garantizar a la población el acceso al diagnóstico oportuno, detección sistemática de contactos y al tratamiento con medicamentos antibacilares, universal y gratuito, además de una atención integral a las personas en el sistema de salud. El financiamiento de esta ley es mediante recursos regulares del PGN asignados a las diferentes instituciones públicas, sobre todo al programa dependiente del MSPBS.

Además de todas estas leyes que otorgan cobertura ante ciertas necesidades específicas de atención, desde el 2013 se cuenta con la Ley 5099 para la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud en los establecimientos del MSPBS, tanto para los servicios de promoción de salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades así como para la provisión de los medicamentos incluidos en el Listado Nacional de Medicamentos Esenciales y otros insumos que se encuentran disponibles, y que sean necesarios para la atención adecuada e integral de las personas incluidas en su red asistencial. La Ley dispuso que el MSPBS establezca un conjunto integral de prestaciones de salud para mujeres y hombres de todas las edades para ser proveídos de forma progresiva mediante una red de servicios basados en Atención Primaria de la Salud (APS). Esta Ley fue la continuidad de un proceso de eliminación de aranceles en el sector público que fue total a partir del 2008 mediante resoluciones administrativas del MSPBS.

Ante el COVID-19 se promulgaron leyes para aumentar los recursos para el sector de la salud y establecer protección financiera específica.

En abril de 2020 se aprobó la Ley nº 6524 que declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del Paraguay ante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del COVID-19 o coronavirus, y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras. Con esta ley se estableció un fondo constituido con empréstitos así como la implementación de medidas excepcionales para todo el sector público, y disposiciones especiales para el

MSPBS. Estos recursos permitieron al MSPBS contratación de personal de salud, y recursos extraordinarios para fortalecer la oferta de servicios ante el COVID-19.

Para el caso de las vacunas, aunque el marco legal vigente en ese momento era lo suficientemente amplio para aplicarlo para las vacunas contra el COVID-19, igual se introdujeron modificaciones y disposiciones complementarias específicas a través de la Ley 6685/2021 y de la Ley 6707/2021.

Para mitigar el impacto del gasto de bolsillo que se intensificó a partir de finales del 2020 y durante el primer trimestre del 2021, se aprobaron dos leyes complementarias de cobertura: La Ley N° 6725 “Que crea un fondo nacional para la cobertura de gastos durante la hospitalización en unidades de cuidados intensivos de personas con Covid-19 en los sectores públicos, privados y previsionales y la adquisición de medicamentos esenciales para el tratamiento de todos los pacientes de COVID-19; y la Ley N° 6742 “Que crea el fondo nacional de cobertura a pacientes hospitalizados con COVID-19”, conocida como de “gasto cero”.

El cuerpo legal que se ha acumulado en las últimas dos décadas para explicitar derechos, no ha de interpretarse como un proceder necesario para concretar el derecho a la salud declarado en la Constitución Nacional, sino como un recurso adicional que permite corregir las fallas de cobertura efectiva del sistema nacional de salud, que por diversos motivos no se corrigen mediante arreglos de gobernanza que pueden darse en el marco de las leyes generales que se encuentran vigentes.

No ha de interpretarse tampoco que la declaración de un derecho expresado en una ley especial genera cobertura y acceso pleno de forma automática desde la letra. La autoridad de aplicación, con los recursos asignados, deberá impulsar el desarrollo de capacidades, adquirir medicamentos y equipamiento médico, contratar al personal necesario, planificar el desarrollo de la oferta, diseñar herramientas para facilitar el acceso e implementar mecanismos efectivos para proveer los servicios de salud necesarios. Debería haber evidencias que ese proceso ocurre y que las personas son tratadas dignamente durante los procedimientos para atender sus necesidades.

El gasto de bolsillo en salud puede ser estudiado en el marco del cumplimiento de los derechos y garantías expresados en el sector de la salud. Su distribución, y sobre todo sus formas excesivas, serán la expresión de las brechas y compromisos que faltan cumplir para que las personas puedan ejercer con plenitud el derecho humano y constitucional a la salud.

4. REFERENCIAS

- 1 Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. Comisión de Derechos Humanos (documento E/CN.4/2005/51). Ver también El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación general 14, (documento E/C.12/2000/4), presentado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) durante el 22º período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- 2 OPS (2010). La salud y los derechos humanos. Documento conceptual. CD50/12. 31 de agosto 2010. Washington DC.
- 3 OPS (2015). Estrategia sobre legislación relacionada con la salud. Resolución CE156. R11. 22 al 26 de junio 2015. Washington DC.
- 4 OMS. Financiación 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. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- 5 WHO. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 6 Paraguay. Constitución Nacional 1967. Disponible en: <https://pdba.georgetown.edu/Constitutions/Paraguay/para1967.html>
- 7 Paraguay. Ley 836. Código sanitario. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/2399/ley-n-836-codigo-sanitario>
- 8 Paraguay. Constitución Nacional 1992. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/constitucion-nacional-de-la-republica-del-paraguay>
- 9 Paraguay. Actas de sesiones de la Convención Nacional Constituyente de 1992 disponible en la Biblioteca del Congreso Nacional en: <https://www.bacn.gov.py/constitucion-nacional-de-la-republica-del-paraguay>
- 10 OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
- 11 Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- 12 Giménez E, Rodríguez JC, Peralta N. Espacios de decisión en la descentralización Paraguay. Mem. Inst. Investig. 2016;14(3):44-51
- 13 Giménez Caballero, Edgar, Rodríguez Zuccolillo, José Carlos, Peralta Garay, Néstor, Barrios, Roberto, Martínez Acosta, Pablo, Araujo Quevedo, José, & Jojot de Gneiting, Elizabeth. (2019). Factores que limitan la descentralización del Sistema Nacional de Salud del Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 52(2), 39-48. [https://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052\(02\)39-048](https://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052(02)39-048)

INTRODUCCIÓN AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL PARAGUAY

Dr. Edgar Giménez Caballero

1. PRINCIPALES CAUSAS DE ENFERMEDAD, DISCAPACIDAD Y MUERTE PREMATURA

El impacto sanitario del COVID-19 en Paraguay es enorme, con más de 450 mil casos confirmados y 15 mil fallecidos entre marzo 2020 y agosto 2021. En corto tiempo, el incremento de la transmisión comunitaria ocasionó una inusitada cantidad de casos graves que requerían asistencia especializada, generando listas de espera para ingresar a los hospitales públicos y privados, incluso para aquellos que requerían cuidados intensivos. Numerosos hogares tuvieron que realizar cuantiosos gastos de bolsillo para procurar el alivio de sus familiares ante la insuficiente disponibilidad de medicamentos e insumos en los hospitales públicos y a las condiciones exigidas en el sector privado. Además, las medidas de salud pública para mitigar la propagación acelerada del virus en la comunidad han generado un impacto social y económico sin precedentes.

Antes de la pandemia, las epidemias recurrentes de enfermedades respiratorias virales y el dengue han puesto al límite las capacidades del Sistema Nacional de Salud. En efecto, en 2019 las Enfermedades de Tipo Influenza (ETI) motivaron más de 850.000 consultas y las Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG) alrededor de 9.000 hospitalizaciones, 1.200 ingresos a cuidados intensivos y 553 fallecidos registrados en los centros centinelas de vigilancia¹. Entre el 2019 y febrero 2020 se notificaron más de 190.000 casos de arbovirosis, se confirmaron más de 25.000 de dengue y se registraron 64 muertes por esta enfermedad.

Pero, además de estas enfermedades transmisibles, año tras año se acumulan los efectos de una epidemia silenciosa: las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que ocasionan morbilidad, discapacidad y muertes prematuras en la población paraguaya. Solo en el último quinquenio, las ECNT fueron la causa de más de 80.000 fallecimientos que en gran parte podrían haber sido evitados controlando factores de

¹ Del boletín epidemiológico semanal de La Dirección General de Vigilancia de la Salud.

riesgo, promoviendo ambientes saludables, estilos de vida sanos e implementando políticas intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud.

El más dañino y más prevenible de los factores de riesgo es el consumo de tabaco que se relaciona directamente con estas muertes prematuras y que además genera enormes gastos sanitarios cada año. La obesidad, el sedentarismo, la mala nutrición y el consumo nocivo del alcohol son otros factores de riesgo asociados a las ECNT.

En 2019, alrededor de 16,5 mil personas murieron en Paraguay antes de llegar a los 70 años (50% del total de fallecidos registrados). Entre las diversas causas se puede señalar que el 55% de las 32,3 mil defunciones que ocurrieron ese año fueron causadas por ECNT entre las que se encuentran el cáncer (tumores), enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales y diabetes.

Las lesiones externas es otro grupo de causas que acumulan discapacidad y muerte prematura, sobre todo en la población joven. El 8% de las defunciones registradas en 2019 fueron debidas a lesiones externas (accidentes y homicidios).

Ciertas enfermedades infecciosas y problemas de salud relacionados con la nutrición y con la salud materna y neonatal constituyen los problemas no resueltos en la transición epidemiológica hacia la gran carga sanitaria de las ECNT. En 2019, el 14% de las muertes registradas fueron debidas a enfermedades respiratorias, tuberculosis, diarreas, enfermedades nutricionales, muertes maternas y perinatales; y el 24% a otras diversas causas⁽¹⁾.

Como puede observarse, las ECNT y las lesiones externas predominan como causa de muerte en todas las edades. Pero, puede distinguirse un patrón de distribución de las causas de mortalidad en distintos grupos de edad y sexo.

- Durante la niñez y adolescencia (0 a 19 años) predominan las enfermedades perinatales y malformaciones congénitas como causa principal de defunciones, puesto que el 54% de todas las defunciones durante estos primeros 20 años de vida ocurren antes de cumplir el primer año (mortalidad infantil).
- En los siguientes 20 años de vida (20 a 39 años) predominan las lesiones externas como causa de muerte. En efecto, los accidentes de tránsito y homicidios representan el 41% de los fallecimientos, mientras que los tumores y enfermedades del sistema circulatorio, el 16% de los fallecimientos en este rango de edad.

- Entre los 40 y 59 años ya predominan las ECNT como causa de defunción, siendo este grupo de enfermedades el 59% de todos los fallecimientos en este grupo de edad (tumores, enfermedades del sistema circulatorio, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades renales y enfermedades metabólicas). Los accidentes representan el 8,5% de los fallecimientos en este grupo de edad.
- Entre los adultos mayores también predominan las ECNT como causas de defunción, así como las enfermedades respiratorias y lesiones.

Hay diferencias en la distribución de enfermedad y mortalidad entre hombres y mujeres. Por ejemplo, las causas externas de defunciones predominan notoriamente en la población masculina. También predominan en los hombres la mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y las defunciones por tumores malignos bronquiales y pulmonares. En las mujeres la tasa de mortalidad por diabetes mellitus es superior a la de los hombres. La tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino y mama duplica a la tasa de mortalidad por cáncer de próstata.

Pero, estas no son las únicas necesidades de atención de la población paraguaya. Para componer la situación de salud se puede consultar los indicadores básicos de salud que describen indicadores de morbilidad y mortalidad y su distribución por regiones sanitarias. Además, el sistema de vigilancia reporta periódicamente la situación de enfermedades transmisibles, incluidas las de notificación obligatoria.

Hemos seleccionado estos datos como una introducción al sistema de salud, para ir construyendo una ubicuidad del objeto de estudio de este trabajo, pues el gasto de bolsillo se distribuye con la enfermedad en la medida en que las características del sistema de salud no permiten otorgar una cobertura suficiente en el proceso de atención de estas y otras enfermedades.

2. DIFERENTES MECANISMOS DE INCLUSIÓN AL SISTEMA DE SALUD

La población puede ser incluida al sistema de salud mediante diferentes arreglos sociales o criterios de acceso: según el criterio de *cariidad o pobreza*, cuando se “conceden” servicios a los pobres y vulnerables; o según el criterio de *capacidad de pago*, cuando los servicios los “compran” quienes pueden pagar por ellos, ya sea pagando por cada servicio o pagando seguros privados; o por *prioridad social*, cuando los servicios lo reciben quienes lo “merecen” a través de contribuciones

a la seguridad social de quienes están habilitados para ello; o por el criterio *ciudadanía* cuando se accede a los servicios de salud como un “derecho”⁽²⁾.

En Paraguay, se aplican todos estos criterios segmentando a la población según las diferentes reglas de acceso.

La capacidad de pago es la forma de inclusión al sistema nacional de salud principalmente mediante dos modalidades: a) el pago a seguros de medicina prepaga y, b) el gasto de bolsillo en salud. En 2019 la cobertura de seguros privados en Paraguay alcanzaba al 8,3% de la población, pero con notorias asimetrías de cobertura territorial. Por ejemplo, la cobertura alcanzaba el 11,2% de la población urbana y apenas el 3,5% de la población rural. En Asunción, el 21,5% de la población estaba asegurada, mientras que en otras regiones sanitarias como Canindeyú, la cobertura era tan baja que solo el 1,9% de la población estaba asegurada⁽³⁾. El gasto de bolsillo corresponde a los pagos al momento de utilizar servicios de diagnóstico y tratamiento o para comprar medicamentos. Este gasto ocurre cuando no hay disponibilidad en el sector público o cuando no hay cobertura efectiva por parte de los seguros y es la forma predominante de financiamiento del sistema nacional de salud paraguayo.

La prioridad social es el mecanismo de inclusión a través del seguro social del Instituto de Previsión Social (IPS), para los trabajadores asalariados y sus familiares. Pero, no todos los trabajadores dependientes del país tienen acceso al IPS. En 2019, la población cubierta por el seguro médico de esta institución era de 19,7%, con variaciones según el área de residencia y región sanitaria. Por ejemplo, en el área rural la cobertura era apenas del 11,3%, mientras que en el área urbana era de 24,8%. En Asunción, la cobertura de ese año era de 30%, mientras que en Canindeyú era apenas 8,3%. El 53% de los asegurados del IPS se concentra en Asunción y Central⁽³⁾.

El principio de ciudadanía es el aplicado para el acceso a los servicios dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), ya que todas las personas, con o sin seguro, tienen derecho a utilizar estos servicios públicos, al menos cuando están disponibles. También es aplicable el criterio de pobreza cuando la utilización de servicios es una condición para las transferencias estatales para combatir la extrema pobreza. En 2019, el 71,9% de la población no contaba con seguro médico y se supone que la mayor parte de esta población depende de los servicios disponibles del MSPBS cuando necesita atención ante una enfermedad.

Puesto que a la segmentación de la población le corresponde un segmento del sistema de salud y cada uno de ellos tiene arreglos particulares, el resultado es que, aunque todos tengan el mismo derecho declarado en la Constitución Nacional, los beneficios para la atención a la salud no son los mismos para todas las personas.

Entre la cobertura expresada y la utilización de los desiguales beneficios, también actúa la accesibilidad desigual. El gasto de bolsillo es una de esas barreras de acceso que se interpone entre la necesidad y la utilización de servicios de salud, siendo la expresión de la brecha de la cobertura declarada y la cobertura real.

La segmentación del sistema de salud es un obstáculo para lograr acceso y cobertura universal de salud y al mismo tiempo, exacerba la inequidad social que se observa en otros campos.

Para que la universalidad declarada tenga un significado real y concreto cuando se necesita atención, debe ir acompañada de una oferta suficiente de servicios con disponibilidad efectiva y garantías de acceso a servicios de calidad⁽⁴⁾. Esto, por el momento, no está garantizado para todos los casos en el sistema de salud paraguayo, sino que persiste la incertidumbre de recibir atención cuando se necesita, lo que depende de la disponibilidad de servicios y medicamentos en un momento dado⁽⁵⁾.

El estudio del gasto de bolsillo en salud es una aproximación a la protección financiera ante una enfermedad y tiene que ver con el alcance del derecho a la salud, la organización de la oferta y con el modelo de financiamiento en cada segmento.

Veamos a continuación cómo se organiza el sistema nacional de salud paraguayo, donde ocurre el gasto de bolsillo que es el objeto de estudio de este trabajo, y para el que este capítulo sirve de contexto.

3. ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado mediante la Ley 1032/1996, según la cual las instituciones que la conforman se estructuran mediante dos formas legales: las *instituciones de salud integradas o incorporadas* y las *instituciones de salud adscriptas o coordinadas*. Bajo esta denominación, se consideran instituciones de salud *integradas* aquellas que operan bajo el derecho público. Las instituciones de salud *coordinadas* son aquellas que operan bajo el derecho privado, sean estas con o sin fines de lucro⁽⁶⁾.

La Superintendencia de Salud fue establecida como entidad controladora, para hacer cumplir las normas sanitarias que rigen para el SNS y precautelar la calidad y seguridad de los servicios mediante el registro y la acreditación de las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS) públicos, privados y mixtos. También tiene competencias para el control de las empresas de medicina prepaga⁽⁷⁾.

La Ley 1032, también dispuso la creación de la Dirección Médica Nacional y del Fondo Nacional de Salud. Este último, con atribuciones para administrar un “*Seguro Médico Nacional*” mediante una ley especial. Pero, a casi 25 años de la promulgación de la ley, ninguna de estas dos entidades ha sido conformada.

El subsistema público está constituido por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) y sus dependencias; el Instituto de Previsión Social (IPS) y sus dependencias, que es la entidad de seguridad social del país; la Sanidad Militar, la Sanidad de la Armada, la Sanidad Policial y el Hospital de Clínicas con el Centro Materno Infantil, que forman parte de la Universidad Nacional de Asunción (UNA). Cerca del 95% del financiamiento y oferta de servicios en el sector público corresponden a dos instituciones: el MSPBS y el IPS.

El subsistema privado está conformado por *entidades sin fines de lucro*, como fundaciones, las cooperativas y otras formas de organizaciones civiles no gubernamentales, así como las *entidades con fines de lucro* que operan como EPSS y como entidades de seguro prepago.

Una entidad mixta es la Cruz Roja Paraguaya, ya que recibe financiamiento estatal y también de una fundación privada sin fines de lucro.

El MSPBS cumple la función de rectoría del SNS y además, presta servicios no personales y personales mediante una red de establecimientos distribuidos en todo el país y mediante programas verticales. Para disminuir la fragmentación entre sus dependencias y para mitigar los efectos de la segmentación pública y privada, los planes de gestión apuntan al desarrollo de *redes integradas de servicios de salud* (RISS) mediante el desarrollo de ciertos atributos que permitan una coordinación y articulación bajo una gobernanza única y fortalecida⁽⁸⁻⁹⁾. Los servicios que dependen de esta institución pueden ser utilizados -siempre que estén disponibles y se superen las barreras de accesibilidad- por cualquier habitante de la República, independientemente de la tenencia de seguro ya sea del IPS o del sector privado, puesto que no existe ninguna restricción al respecto.

La oferta de servicios en el MSPBS ha mejorado a partir de un incremento progresivo del presupuesto público asignado durante las dos últimas décadas. Entre el 2000 y el 2019 el presupuesto ejecutado por el MSPBS pasó de 0,42 billones de Gs. a 4,68 billones de Gs.. El incremento del presupuestario ha servido, principalmente, para invertir en más infraestructura hospitalaria, equipamiento e incorporación de más recursos humanos, así como nuevas estructuras organizacionales de prestación de servicios bajo la denominación de Unidades de Salud Familiar (USF). A pesar de las mejoras, la oferta de servicios es aún muy insuficiente y asimétrica. Por ejemplo, en 2019, esta entidad contaba con 0,82 camas de hospitales por 1000 habitantes, pero en Asunción esta tasa era 2,45 mientras que en Alto Paraná era de apenas 0,37⁽¹⁰⁾. Esta asimetría también puede observarse en la disponibilidad de recursos humanos, que para Asunción era de 69 profesionales de salud por 10.000 habitantes mientras que en Alto Paraná era apenas 8 profesionales por 10.000 habitantes⁽¹⁷⁾.

La red asistencial del MSPBS cuenta con 16 hospitales regionales, 40 hospitales distritales, tres hospitales generales, 21 hospitales especializados, 11 hospitales materno infantiles, 17 centros de especialidades, 90 centros de salud, 808 Unidades de salud de la familia y 396 pequeños establecimientos denominados puestos de salud y dispensarios de salud⁽¹⁰⁾.

Los servicios disponibles en el MSPBS se proveen de forma gratuita, es decir, sin arancel o cuota de recuperación alguna. Los aranceles fueron eliminados completamente en 2008 y a partir del 2013 la gratuidad fue establecida por Ley, al menos de lo que hay disponible⁽¹¹⁾. La oferta de servicios está definida mediante criterios de priorización implícita. Es decir, no se especifica exactamente aquellas prestaciones a las que la población tiene derecho, tampoco aquello que no está cubierto.

El principal mecanismo de priorización es el presupuesto anual que contiene las asignaciones para proveer servicios por nivel de atención y por programas de salud. El MSPBS cuenta con un listado de medicamentos esenciales, pero en la práctica, se utiliza como marco de selección para las compras públicas, no como garantías de provisión. En su organización y planificación, varios documentos expresan la intención de proveer servicios bajo líneas de cuidados priorizados que respondan a las necesidades, pero no son garantías⁽¹²⁾.

También existen leyes que establecen priorizaciones explícitas, ya sea a través de la creación de programas, la creación de fondos o estableciendo el derecho a la atención ante necesidades específicas. En la

práctica, ya sea mediante mecanismos implícitos o explícitos, las prestaciones dependen de criterios administrativos y de disponibilidad, y no necesariamente están garantizados. Es decir, cuando un servicio o un medicamento no están disponibles, no hay a quién exigir o reclamar y el enfermo o sus familiares tendrán que suplir esta carencia mediante gasto de bolsillo. Algunos que pueden, recurrirán a la justicia para petitionar el tratamiento que necesitan.

La seguridad social obligatoria para el trabajador y su familia está establecida en el artículo 95 de la Constitución Nacional de 1992.

El IPS es, por antonomasia, la institución de seguridad social en el Paraguay. Fue creado por el Decreto Ley N° 17.071 de 1943, derogado posteriormente por el Decreto Ley N° 1.860 de 1950, vigente en la actualidad, el cual determina la naturaleza, objetivos, funciones y perfil jurídico y financiero. El IPS se considera una entidad descentralizada de la Administración Pública del Estado, autónoma y autárquica, con autoridades designadas por el Presidente de la República.

El seguro de salud del IPS cubre a los trabajadores asalariados dependientes cotizantes, jubilados y pensionados, así como a sus respectivas familias, agrupados en tres grupos de afiliados: del régimen general, regímenes especiales y el no contributivo. Este seguro corresponde a un modelo de reparto, solidario y tripartito. Se financia por medio de aportes del trabajador, de los empleadores (o patronal) y del Estado. En el régimen general, los aportes corresponden al 9% del salario por parte del trabajador, 14% por parte del empleador, y 1,5% por parte del Estado. Hay que señalar que, desde su creación, en 1943, el Estado nunca aportó su parte al IPS, que, según las estimaciones, estaría entre 400 y 500 millones de USD. Los trabajadores del magisterio público aportan 5,5% de su salario, mientras que el empleador, el 2,5%. Los funcionarios del Ministerio Público también están cubiertos aportando el 3% del salario mientras que al empleador le corresponde el 6,5%. Los trabajadores de la ANDE aportan el 6% de sus salarios, y el empleador, el 12%. Hay otros regímenes especiales para músicos, trabajadores del servicio doméstico y otros.

La red asistencial del IPS en 2020 contaba con 2.456 camas, de las cuales el 55% corresponden al Hospital Central del IPS, el 7% al Hospital de Especialidades Quirúrgicas Ingavi, el 7% al área central y el 31% al área de interior. Además tiene más camas disponibles mediante tercerizaciones y en convenio con el MSPBS, lo que totaliza una disponibilidad de 3.283 camas para sus asegurados. Esta disponibilidad resulta en 2,3 camas por 1000 asegurados⁽¹³⁾.

El IPS es el seguro que más cobertura brinda a sus asegurados, pero no todos tienen los mismos beneficios. Depende de la condición del asegurado. Pero, en todos los casos es el seguro que tiene la mayor cobertura declarada de prestaciones de salud en el Paraguay, mediante la provisión de medicamentos contenidos en un vademécum institucional y prestaciones por especialidades explicitadas, aquello que se expresa como cobertura es a lo que los asegurados tienen derecho.

La exclusión y baja cobertura poblacional del IPS se debe en gran medida a tres factores: a) la estructura del empleo en Paraguay tiene una alta informalidad y los trabajadores informales no pueden aportar al IPS; b) la discontinuidad de aportes por pérdida de empleo; y c) la alta evasión en las cotizaciones que según estimaciones podría estar entre 60 y 70%.

El sector privado se organiza con prestadores con y sin fines de lucro, profesionales independientes y empresas proveedoras de servicios y seguros. Los proveedores están regulados por la autoridad sanitaria, MSPBS, quien otorga habilitaciones de establecimientos, registro de profesionales y registro de tecnologías y productos. Existen varios tipos de proveedores y establecimientos: clínicas, policlínicas, sanatorios, hospitales, centros de diagnóstico, laboratorios, consultorios, profesionales de la salud habilitados según registros por profesión y especialidad. En el mercado de la salud se ha consolidado los arreglos de prestación a través de empresas de medicina prepaga.

La Superintendencia de Salud registra a las Entidades Prestadoras de Servicios de Salud. Este registro es obligatorio. Al 2020, había 573 registros vigentes de sanatorios, clínicas, laboratorios y otros.

Comparativamente, en todos los casos las empresas de seguros privados tienen menor cobertura de servicios para sus asegurados que el IPS y a la vez comparten un menor margen de riesgos, ya que no cubren, o cubren parcialmente, las prestaciones necesarias para atender de forma integral a las personas ante eventos como enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alta complejidad y costo. También tienen una menor cobertura de medicamentos e insumos hospitalarios que varían según los planes del seguro. En el caso de la medicina prepaga, según el plan de aseguramiento, se incluyen prestaciones que están garantizadas por un contrato y supervisadas por la Superintendencia de la Salud.

En los últimos años, varias instituciones públicas han incorporado como beneficio para sus funcionarios el pago de seguros médicos pri-

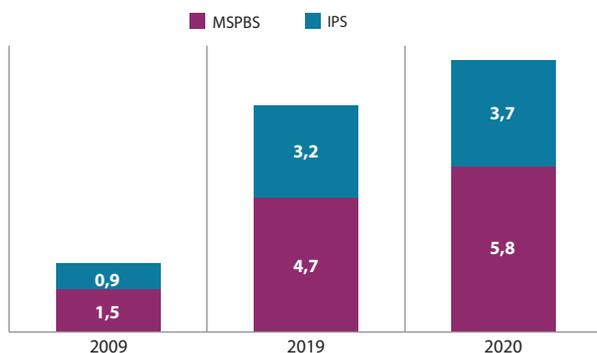
vados, con presupuesto estatal, al parecer como resultado de negociaciones sindicales en sustitución de ajustes salariales.

4. EL FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD

En Paraguay, la pandemia exacerbó las precariedades del segmentado y desfinanciado sistema nacional de salud paraguayo, sustentado, predominantemente, mediante el gasto de bolsillo de los enfermos y sus familiares.

Ciertamente hubo mejoras paramétricas antes de hacer frente al COVID-19. Por ejemplo, según datos de la Comisión Bicameral de Presupuesto del Congreso Nacional, el presupuesto público ejecutado en 2019 fue cuatro veces superior al del 2009 cuando hubo que enfrentar la pandemia de Influenza A H1N1 y para el 2020 se logró un incremento adicional mediante el financiamiento de emergencia (Gráfico 1).

Gráfico 1
Paraguay: Presupuesto ejecutado en el sector público en billones de Gs. corrientes.



Fuente: Comisión Bicameral de Presupuesto. Congreso Nacional.

Pero, a pesar de estas mejoras presupuestarias, el incremento en la inversión pública para la salud en relación al PIB no fue sustancial. Por ejemplo, si se considera el gasto público de salud en relación al PIB, entre el 2000 y el 2009 el promedio fue 1,8% del PIB y entre el 2010 y el 2018 el promedio fue 2,8% del PIB⁽¹⁴⁾.

Además, el gasto de bolsillo mantuvo todo ese tiempo su participación predominante en el financiamiento sanitario. El gasto de bolsillo catastrófico tampoco ha variado mucho para los más vulnerables. Por

ejemplo, entre el 2000 y el 2014 la incidencia del gasto catastrófico se mantuvo en torno al 5% de los hogares, y entre los pobres, en torno al 8% de los hogares^{2 (15)}.

Si esta es la tendencia, otra década para subir apenas un punto porcentual de gasto público no alcanzará para mancomunar los necesarios fondos entre el 6% y 7% del PIB y reducir drásticamente la participación del gasto de bolsillo por debajo del 20% del financiamiento sanitario, como propone la OMS para lograr cobertura universal con protección financiera⁽¹⁶⁾.

Varios indicadores de financiamiento sanitario señalan brechas importantes en el sistema de salud paraguayo en comparación con otros países del Cono Sur de las Américas. En efecto, analizando los datos del Observatorio Global de Salud de la OMS, antes de la llegada del nuevo coronavirus, el gasto público de Paraguay estaba en torno al 3,0% del PIB y la participación del gasto de bolsillo en torno al 44% del gasto sanitario total, mientras que en Argentina el gasto público en relación al PIB era 5,9%, en Brasil 3,9%, en Chile 4,6% y en Uruguay 6,7%, en tanto que la participación del gasto de bolsillo de estos países era 28%, 28%, 33% y 17% respectivamente⁽¹⁴⁾.

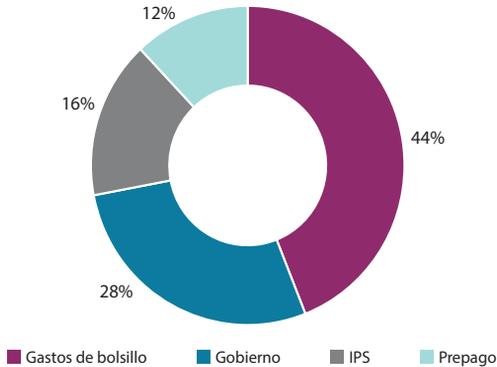
Además, el financiamiento de salud ha sido desigual entre los subsistemas *público* y *privado*. En el Plan Estratégico Institucional 2019-2023 del MSPBS, se describe que en 2017 el gasto por persona para la población asignada al MSPBS era de 136 UDS por año, mientras que para los beneficiarios del IPS era de 340 USD por año y para los de medicina prepaga 649 USD⁽¹⁷⁾. Complementariamente, un informe del Banco Mundial sobre el sector salud del Paraguay señala que los funcionarios públicos con cobertura de seguro privado tienen un gasto anual por persona de 1024 USD⁽¹⁸⁾.

Esta amplia participación del gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario y la baja inversión pública en salud tienen como consecuencia una insuficiente oferta pública de servicios, limitaciones en el acceso y riesgo de gasto de bolsillo excesivo para la población. Este riesgo no es uniforme. Depende de la segmentación del sistema de salud, de la disponibilidad de servicios en los distintos territorios, así como de la capacidad de respuesta y adaptación de los enfermos y sus hogares para hacer frente al gasto de bolsillo en un momento determinado.

2 Considerando gasto catastrófico como el gasto de bolsillo que supera el 30% de la capacidad de pago de los hogares paraguayos, en un trimestre.

Gráfico 2

Paraguay 2018: Composición del gasto corriente en el sistema nacional de salud.



Fuente: Elaborado a partir de Cuentas Nacionales de Salud 2018 de Paraguay. MSPBS.

Las expresiones del gasto de bolsillo, su magnitud, su distribución e incidencia económica en los hogares, claramente, plantean un problema de equidad en los arreglos sociales sobre el financiamiento sanitario. La injusticia evitable se expresa de varias maneras, pero al menos dos son inmediatas ante la enfermedad: las penurias financieras para recibir atención y tratamiento o, si el gasto de bolsillo es insuperable, entonces la barrera genera exclusión o inclusión desigual al sistema de salud. Ante estas posibilidades, tanto el gasto de bolsillo para la inclusión como el no gasto de bolsillo como señal de exclusión son situaciones injustas que deberían ser corregidas.

El gasto de bolsillo excesivo también plantea un problema en el ámbito de la solidaridad social, pues la carga de financiamiento recae predominantemente en los enfermos y sus hogares. El pago para obtener atención o tratamiento se comporta, prácticamente, como un impuesto a la enfermedad. Para lograr equidad mediante arreglos solidarios, la mancomunidad de las voluntades, la predisposición para asumir compromisos y compartir riesgos debería concretarse en la mancomunidad de un fondo suficiente para responder ante la enfermedad de cualquiera y de todos⁽¹⁹⁾.

Sin embargo, la equidad no podría evaluarse en un sentido unidireccional de distribución de servicios y acceso sino que también debería ser evaluada en el sentido contributivo. La equidad se lograría en la medida en que las contribuciones sean proporcionales a la capacidad de pago, y los servicios recibidos, proporcionales a las necesidades.

Además, la evidencia acumulada sobre los determinantes sociales de la salud señala que para lograr equidad y justicia en el ámbito de la salud es esencial la equidad y la justicia en otros ámbitos que son determinantes para las capacidades necesarias para llevar una vida digna⁽²⁰⁾.

Habrà que cambiar la situación actual del modelo de financiamiento sanitario para lograr universalidad en el acceso a la salud. Pero, el solo incremento del financiamiento no será suficiente. Además, habrá que implementar arreglos sociales equitativos para que la distribución de recursos para la salud “no deje a nadie atrás” y que las políticas públicas sectoriales logren reducir la participación del gasto de bolsillo y eviten catástrofes económicas y empobrecimiento de los hogares ante una enfermedad. Para abordar los determinantes sociales habrá que considerar, además, que los beneficios del sistema de salud requieren ser parte de un sistema de protección social universal más amplio con arreglos especiales para la población más vulnerable y pobre⁽²¹⁾.

La crisis sanitaria, social y económica generada por la pandemia de COVID-19, y, sobre todo, la angustiante lista de espera para hospitalizar enfermos graves y al gasto de bolsillo catastrófico, ha suscitado una nueva conciencia colectiva sobre el bien público del sistema nacional de salud y un anhelo social por lograr una cobertura amplia y equitativa como parte del derecho a la salud que consagra la Constitución Nacional.

Un camino posible es la *cobertura y acceso universal de salud* en el ámbito de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas. La cobertura universal de la salud (CUS) se logra cuando la población accede a los servicios de salud que necesita sin tener que pasar por penurias económicas debido al gasto de bolsillo, es decir, con protección financiera ante la enfermedad⁽¹⁶⁻²²⁾.

Comprender los mecanismos que producen gasto de bolsillo en salud, cuantificar su magnitud, caracterizar su distribución, identificar sus componentes y analizar su incidencia en la economía de los hogares, es esencial para proyectar cambios sustanciales en el sistema nacional de salud para evitar gastos excesivos, catastróficos y empobrecedores ante una enfermedad y proyectar nuevos modelos de financiamiento sanitario ante las lecciones que deja la pandemia para todos los sistemas de salud⁽²³⁾.

Bajo estas consideraciones es posible definir una primera ubicuidad del objeto de estudio de este trabajo, que es el gasto de bolsillo. Este es un fenómeno que forma parte de la protección financiera del sistema

de salud, la cual es, a su vez, una dimensión procesal de la equidad y solidaridad en función del derecho a la salud que lo sustenta.

Desde esta ubicuidad, es necesario abordar aspectos particulares que serán analizados en los apartados siguientes, pues el gasto de bolsillo en salud puede ser estudiado desde diferentes perspectivas.

5. REFERENCIAS

- 1 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores de Mortalidad 2015-2019. Departamento de Bioestadística.
- 2 Frenk J. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. México: Fondo de Cultura Económica. 1994.
- 3 Paraguay. INE. Población total por año, según departamento, sexo y tipo de seguro médico (%), 2017 al 2019. Promedio anual.
- 4 OPS (2010). La salud y los derechos humanos. Documento conceptual. CD50/12. 31 de agosto 2010. Washington DC.
- 5 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.
- 6 Paraguay. Ley 1032 Que Crea el Sistema Nacional de Salud. 1996.
- 7 Paraguay. Ley N° 2319 Que establece las funciones y competencias de la Superintendencia de Salud, creada por ley 1032 de fecha 30 de diciembre de 1996 “que crea el Sistema Nacional de Salud”.
- 8 OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS, 2010.
- 9 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Manual de Organización de los Servicios de Salud en el Marco de las RIIS – Paraguay. Asunción: OPS/OMS. 2019. 136 págs.
- 10 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. DIGIES/DES. Listado de Establecimientos de Salud de las Regiones Sanitarias - Sistema de Movimiento Hospitalario (SMH).
- 11 Paraguay. Ley N° 5099. De la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- 12 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Cartera de Servicios por Curso de Vida y Niveles de Atención y Complejidad. Asunción: OPS/OMS. 2019. 60 págs.
- 13 Paraguay. IPS. Informe de Gestión anual 2020.
- 14 WHO. The Global Observatory. Health Financing: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-financing>
- 15 Giménez E, Rodríguez JC, Ocampos G. Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: análisis en el sistema nacional de salud del Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / 2018; 51(3).

- 16 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, 2010.
- 17 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Estratégico Institucional 2019-2023.
- 18 Banco Mundial. Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank. 2018.
- 19 Puyol, Ángel. (2017). La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. *Revista de Bioética y Derecho*, (40), 33-47. Epub 02 de noviembre de 2020. Recuperado en 21 de julio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200004&lng=es&tlng=es
- 20 Restrepo-Ochoa, Diego Alveiro. La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2013, v. 29, n. 12 [Accedido 24 Agosto 2021], pp. 2371-2382. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>>. Epub 29 Ago 2013. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>
- 21 Serafini V, Zavattiero C. (2018). La protección social en el Paraguay; avances y desafíos para la garantía de derechos. *Revista MERCOSUR De Políticas Sociales*, 2018; 2: 173-191. doi: 10.28917/ism.2018-v2-173
- 22 WHO. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 23 WHO. Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

LA UBICUIDAD DE LOS ESTUDIOS DE GASTO DE BOLSILLO EN LA SALUD PÚBLICA

Dr. Edgar Giménez Caballero

1. EL GASTO DE BOLSILLO Y LA PROTECCIÓN FINANCIERA EN SALUD

Todo sistema de salud debe procurar la preservación y mejora de salud, satisfacer las necesidades de atención y hacer arreglos equitativos para lograr protección financiera para la población a la que sirve ⁽¹⁾. El estudio del gasto de bolsillo en salud se enmarca en este último objetivo intrínseco de los sistemas de salud.

Se logra *protección financiera en salud* cuando los recursos para la salud son recaudados y distribuidos equitativamente, mediante arreglos solidarios, de forma suficiente y gestionados con eficiencia, de modo tal que permita a la sociedad, como conjunto, hacer frente a las necesidades de atención a la salud de todas las personas, disminuyendo al mínimo posible las barreras económicas directas e indirectas de acceso para que las personas puedan utilizar los servicios de salud necesarios de forma oportuna y con calidad, como parte de su derecho a la salud. Un sistema de salud con estas características opera con arreglos generales para garantizar la disponibilidad y el acceso a servicios integrales en todos los niveles de atención y con arreglos particulares cuando se requieren de tecnologías complejas y de alto costo al mismo tiempo que evita barreras económicas como el gasto de bolsillo como condición para su utilización. Puesto que la salud de la población está determinada por los *determinantes sociales de la salud*, la protección financiera en salud completa su significado cuando es parte de la *protección social en salud*.

Esta es una definición general y amplia que propongo en este trabajo, haciendo tres acotaciones complementarias.

Primero, que la protección financiera es un atributo que solo tiene sentido cuando hay disponibilidad efectiva de servicios y utilización de estos por parte de la población cubierta. El no acceso por barreras económicas y el no gasto por exclusión también son medidas de “desprotección financiera” junto con los gastos de bolsillo excesivos.

Segundo, que una cuestión es lo que se proclama, y lo que sucede en la realidad puede tener características muy distintas. Me refiero a que

la protección financiera en salud no es una declaración o un manifiesto, sino que requiere ser operacionalizada en la oferta o disponibilidad efectiva de servicios, el acceso y el esfuerzo económico de la población para utilizar estos servicios. La diferencia entre las características proclamadas o las metas fijadas en esa proclamación con las características observadas en un momento del tiempo y en un territorio determinado se denomina “brecha”. Las brechas también pueden observarse al comparar la situación entre distintas realidades. Por ejemplo, hay diferencias notorias entre países y al interior de los países. Entonces, la protección financiera no ha de entenderse como un atributo de “todo o nada”, sino que existe en una gradualidad. Los arreglos del sistema, por medio de políticas y gobernanza, han de orientarse a la mejora progresiva e irreversible hacia un óptimo, reduciendo las brechas para todos los territorios y poblaciones. La velocidad de los progresos dependerá de los valores y de los acuerdos sociales y políticos para movilizar los recursos financieros necesarios en aras del desarrollo y bienestar.

Tercero, que el concepto y operacionalización de la protección financiera puede aplicarse a diferentes dimensiones de análisis, ya sea para grupos de población, para grupos de servicios o para grupos de necesidades (incluidas las enfermedades), o para todo el sistema mediante indicadores sintéticos. Para describir el grado de protección financiera habrá que especificar el alcance y los límites a los que se refiere.

Puesto que la protección financiera se relaciona con diferentes procesos del financiamiento sanitario (recaudación, agrupación en fondos, distribución, etc.), se requiere de diferentes indicadores para describirla. Las *cuentas nacionales de salud*, estandarizadas, describen el desempeño de un conjunto de indicadores que permiten caracterizar el modelo de financiamiento y aproximar la protección financiera del sistema de salud⁽²⁾.

La distribución y las características del gasto de bolsillo en salud, así como su participación en el gasto total de salud puede utilizarse como indicativos de la protección financiera: a menor gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario y a menor distribución de gastos de bolsillo excesivos, mayor será la protección financiera del sistema de salud. Por ejemplo, la OMS señala que podría lograrse protección financiera si la participación del gasto de bolsillo se reduce entre el 15% y 20% del gasto total en salud y la mancomunidad de fondos públicos se ubica en torno al 6% del Producto Interno Bruto Nacional (PIB)⁽³⁾. Paraguay está a mitad de camino de estos parámetros, con el doble de participación

del gasto de bolsillo en el gasto total y con la mitad de gasto público en relación al PIB.

En este trabajo estaremos estudiando la distribución de las formas excesivas del gasto de bolsillo, que describe un aspecto de la protección financiera del sistema de salud paraguayo, desde un nivel micro-económico.

Sobre este tema específico, desarrollaremos dimensiones conceptuales, así como observaciones empíricas para completar la descripción de su ubicuidad en el sistema de salud.

2. EL GASTO DE BOLSILLO EN LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD

La reducción de las formas excesivas del gasto de bolsillo en salud ha sido incorporada por la OMS como una medida de la protección financiera en la *Cobertura Universal de Salud* (CUS), que además de esta dimensión, incluye la cobertura de servicios y de la población.

Según la OMS la CUS significa *“que cada persona, cualesquiera sean sus circunstancias, recibe los servicios de salud que necesita, y que el uso de esos servicios no cause dificultades financieras”*⁽⁴⁾.

La cobertura poblacional se refiere a que todas las personas sean incluidas al sistema de salud como un derecho, mientras que la cobertura de servicios es la concreción de ese derecho en prestaciones efectivamente disponibles para utilizarlos. En la cobertura de servicios, la OMS pone énfasis en aquellos que son esenciales para satisfacer las principales necesidades de atención de la población. La protección financiera se centra en evitar gastos catastróficos y empobrecedores, pero no necesariamente en la gratuidad de acceso⁽⁴⁾.

El cuerpo conceptual para la CUS puede construirse a partir de marcos de referencia más amplios sobre Atención Primaria de la Salud (APS), desarrollados en varios documentos, que han tenido un nuevo destaque desde el informe del 2008 *“la Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca”*⁽⁵⁾. Si se aplican extensivamente estos principios y bases conceptuales sobre APS (sobre todo las relacionadas a la justicia social, la equidad, la solidaridad, el derecho a la salud, la integralidad de los servicios y los determinantes de la salud), entonces se puede contar con un marco conceptual amplio para interpretar el alcance de la CUS no como fin, sino como un concepto que puede ser operacionalizado para introducir mejoras en una dimensión concreta del sistema de salud.

La OPS expresa una concepción más integral con la *Salud Universal* (SU), incorporando el concepto de CUS junto con el de *Acceso Universal de Salud* (AUS) a servicios integrales y de calidad, y las consideraciones sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) ⁽⁶⁾.

Cuadro 1 Definiciones sobre acceso y cobertura universal de salud

Acceso a la salud: capacidad de utilizar servicios de salud integrales, adecuados, oportunos y de calidad en el momento en que se necesitan.

Acceso universal a la salud: ausencia de barreras de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género que impiden que todas las personas utilicen servicios integrales de salud y disfruten una vida saludable que permita su desarrollo humano y su bienestar.

Cobertura de salud: capacidad del sistema de salud para responder a las necesidades de la población. Ello incluye la disponibilidad de infraestructura, recursos humanos, tecnologías de la salud (incluidos los medicamentos) y financiamiento.

Cobertura universal de salud: existencia de mecanismos de organización y financiación suficientes para cubrir a toda la población.

Fuente: Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. (Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD53.R14. 53.o Consejo Directivo de 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Washington, D.C.: OPS; 2014).

Desde el movimiento de *medicina social y salud colectiva* de América Latina se han realizado críticas a esta propuesta de la OMS presentando como dialéctica la CUS y los sistemas universales de salud (SUS). La controversia parte de diferencias epistemológicas, así como del relato histórico de la construcción de ambas propuestas. El abordaje de estos asuntos excedería ampliamente los objetivos de este trabajo, pero destacaremos a continuación los principales elementos que se enfrentan, pues tendrían que ser considerados en la ubicuidad de nuestro tema de estudio y, sobre todo, en un proyecto de mejora que surja como respuesta a las evidencias aquí presentadas.

La dialéctica no se presenta en el ámbito de los modelos de Bismark o de Beveridge, sino en un ámbito en el que se integran las concepciones sobre la justicia social, las determinaciones sociales de la salud y los modelos políticos y económicos para los problemas que se plantean. Desde esta posición de crítica, la CUS se identifica como una propuesta neoliberal impulsada por entidades multilaterales (neoliberales) mientras que el SUS forma parte de políticas de desarrollo social progresistas. Por tanto, uno es mercantilista y privatista, mientras que el otro es estatal y eminentemente público. Uno plantea seguros privados, mien-

tras que el otro plantea financiar el sistema de salud con impuestos. Uno reduce el derecho a la salud con base a criterios de eficiencia y paquetes básicos (mínimos posibles), mientras que el otro lo maximiza a través de la integralidad y la calidad. Uno restringe la acción del sistema de salud a la atención de la enfermedad, el otro también se ocupa de la determinación social de la salud, de la promoción de la salud y de la prevención de las enfermedades. Uno aspira apenas a la asequibilidad, mientras que el otro exige gratuidad. Llevadas estas controversias al plano empírico, sustentado en los supuestos planteados, el SUS queda representado por los sistemas de salud de Cuba y Brasil, mientras que la CUS por los sistemas de salud de Colombia y México⁽⁷⁻⁸⁻⁹⁾.

Creo que estas advertencias emitidas desde el movimiento de medicina social y salud colectiva deben tomarse con seriedad y no considerarlas controversias erísticas. La mercantilización y privatización de la salud y el reduccionismo del derecho a la salud con criterios de eficiencia económica exclusivamente, desconectando el sistema de salud de los determinantes sociales de la salud, es contraria a la evidencia que se acumula en sentido opuesto, así como a consideraciones éticas sobre el derecho a la salud como derecho humano.

Sobre todo, es preocupante la posibilidad de mercantilización y privatización, así como la posibilidad de operacionalización sin valores coherentes con la salud como derecho humano.

La concepción sobre los sistemas de salud basados en APS sustentada en valores, principios, elementos funcionales y operativos coherentes, como plantea la OMS/OPS, puede ser referencial para construir sistemas de salud equitativos, solidarios y basados en el derecho a la salud donde el mercantilismo de la salud se identifica como un elemento que socava a los sistemas de salud⁽⁵⁻¹⁰⁾.

Pero, aun así, es posible que algunas proposiciones de proyectos de sistemas de salud, que embanderan la proclamación de la universalidad, sean en la práctica el disimulo de un reduccionismo de los derechos de salud de la población. No es que este sea necesariamente un objetivo primario de los proponentes, sino que puede ser la consecuencia aceptada, de limitar los mecanismos distributivos necesarios para incluir al sistema de salud a todas las personas, considerando su dignidad y derechos.

Con estas advertencias, utilizaremos en este trabajo como referencia las definiciones de CUS y AUS, en el marco de la salud universal (SU) que propone la OPS. En este marco, utilizaremos la CUS como un concepto que puede ser relevante siempre y cuando tenga su ubicui-

dad no como un fin, sino como un medio que requiere expresar otros elementos como el acceso, la integralidad y la calidad de los servicios para analizar o caracterizar los sistemas de salud. Este concepto puede operacionalizarse para identificar brechas (entre lo proclamado y lo observado o entre las metas y el desempeño actual) en las tres dimensiones planteadas, lo que podrá utilizarse para emprender procesos de mejora, pero no como un proyecto de sistema de salud que posee una mismidad que lo distingue de otros.

El estudio del gasto de bolsillo en salud podrá tener un lugar más o menos destacado según las características del sistema de salud y los objetivos planteados para cerrar las brechas que se observan.

3. EL GASTO DE BOLSILLO EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE

En el 2015, con varias metas de los *Objetivos de Desarrollo del Milenio* (ODM) solo parcialmente cumplidas, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a ser alcanzados en el 2030. La salud tiene un lugar destacado con un objetivo propio, el objetivo 3: *“garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades”*.

Es importante señalar que, bajo el enfoque de desarrollo sostenible, los objetivos están interrelacionados: la salud es un determinante para lograr otros objetivos y a la vez, los otros objetivos son determinantes para lograr una buena salud.

En los ODS se retoman todos los temas de salud de los ODM sobre la salud materna e infantil, sobre el VIH, la tuberculosis y la malaria, varios de sus indicadores se incorporaron como metas específicas en la nueva agenda. Las innovaciones corresponden a metas relacionadas con enfermedades tropicales desatendidas, hepatitis, enfermedades no trasmisibles, salud mental, tabaquismo, consumo nocivo de alcohol, adicciones, accidentes de tránsito, enfermedades asociadas a la contaminación del aire, agua, suelo y cuestiones instrumentales como el financiamiento sanitario, el desarrollo de recursos humanos para la salud, el acceso a medicamentos esenciales, vacunas y el desafío de lograr la Cobertura Universal de Salud (CUS).

Además de la ampliación de la agenda en el ámbito de la salud, los ODS ponen énfasis en la equidad, de tal modo que los progresos sean justos en todos los territorios, pues los promedios nacionales pueden

ocultar desigualdades regionales significativas: “que nadie quede atrás” es el compromiso.

En el ámbito de los ODS, la OMS define la CUS como: “Cobertura sanitaria universal significa que todas las personas reciben los servicios de salud que necesitan, en particular servicios de salud pública, destinados a promover una salud mejor (como las campañas de información antitabáquicas y los impuestos al tabaco), prevenir las enfermedades (como la vacunación), y proporcionar tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos (como la atención terminal) que tengan la calidad suficiente para ser eficaces, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone al usuario a dificultades financieras”⁽⁴⁾.

En total, son 13 metas de salud y por el momento se han definido 27 indicadores de seguimiento, entre los cuales dos indicadores corresponden a la CUS.⁽¹¹⁾

La Meta 3.8 se ha definido como “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”⁽⁴⁾. Los indicadores de seguimiento de esta meta se presentan en el cuadro siguiente:

Cuadro 2
Indicadores de seguimiento de la Cobertura Universal de Salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

3.8.1 Cobertura de los servicios de salud esenciales (definida como la cobertura media de los servicios esenciales entre la población general y los más desfavorecidos, calculada a partir de intervenciones trazadoras como las relacionadas con la salud reproductiva, materna, neonatal e infantil, las enfermedades infecciosas, las enfermedades no transmisibles y la capacidad de los servicios y el acceso a ellos).

3.8.2 Proporción de la población con grandes gastos sanitarios por hogar como porcentaje del total de gastos o ingresos de los hogares.

Fuente: Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

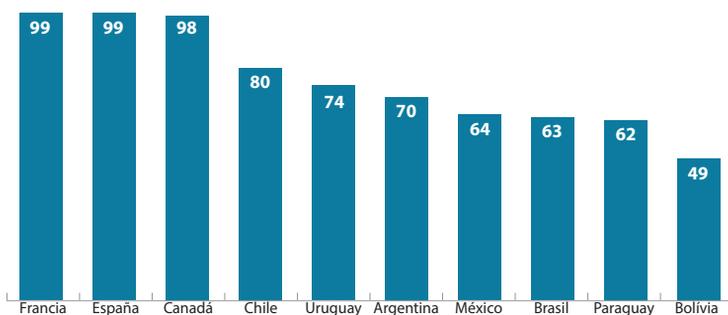
El estudio que presentamos en este trabajo, sobre el gasto de bolsillo en salud, se ubica en este segundo indicador sobre protección financiera (3.8.2).

El índice de CUS (3.8.1), tal como se ha operacionalizado por la OMS, ha sido medido por el *Institute for Health Metrics and Evaluation* (IHME) de la Universidad de Washington, permitiendo comparaciones entre países, y la proyección de una tendencia hasta el 2030. Los resultados

fueron calculados según el desempeño de un conjunto de indicadores sobre nueve intervenciones trazadoras y tasas de mortalidad estandarizadas para 32 causas definidas. Nótese que los indicadores que integran el índice no deben interpretarse como la finalidad de la CUS, sino que son una convención para medirla. Un proyecto podrá ser más amplio que otro, pero debería poder ser evaluado al menos por estos indicadores. La OPS cuenta con un manual operativo de evaluación que podría ser muy útil para analizar brechas y progresos.

Según del IHME, el índice de CUS para el Paraguay era de 62,3% en 2017 y su proyección para el 2030 de 68,7%, es decir que, si se mantienen las características del desarrollo del sistema nacional de salud, el desempeño quedaría a 1/3 de distancia de la meta de ODS en este indicador. Además, el desempeño para el Paraguay es inferior en comparación con países del Cono Sur y otros países que pueden tomarse como referencia (Gráfico 1).

Gráfico 1
Índice de Cobertura Universal de Salud (%) en países seleccionados en 2017



Fuente: Elaborado a partir de IHME.

Nótese que para la construcción de este índice se utilizan indicadores del sistema de información rutinario de salud, lo que permite una disponibilidad de datos anuales cuya calidad depende del desempeño del sistema de información en salud, cuya rectoría y gestión dependen de los Ministerios de Salud. En el caso de Paraguay, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) cuenta con una dirección general especializada: La Dirección General de Información Estratégica en Salud, para poner en funcionamiento diez subsistemas de información a nivel nacional.

En cambio, los datos para medir el indicador de protección financiera por medio del gasto de bolsillo en relación a gastos o ingresos del hogar, donde se ubica este estudio, requieren de otras fuentes que

actualmente no forman parte del sistema rutinario de información del sector de la salud, sino que los datos necesarios forman parte de las estadísticas provenientes de encuestas de población y de hogares. En el caso de Paraguay, estas estadísticas dependen del Instituto Nacional de Estadística (INE).

La información disponible sobre el indicador de seguimiento 3.8.2 es discontinua en el tiempo y su actualización es desigual, cuestión que dificulta hacer comparaciones actuales. Por ejemplo, al revisar el reciente informe global sobre protección financiera de salud (informe conjunto del Banco Mundial con la OMS en 2019), puede comprobarse que el último año disponible de datos para este indicador, entre los países incluidos para el informe, varía entre 1993 y 2016⁽¹²⁾. Tomando los mismos países que hemos seleccionado para ilustrar el índice de CUS, en el siguiente cuadro presentamos el último año disponible para el indicador de protección financiera en los ODS:

Cuadro 3
Último dato disponible sobre protección financiera en salud
en países seleccionados

Argentina	Uruguay	Brasil	Francia	España	Canadá	Paraguay	Bolivia	Chile	México
2004	2005	2008	2010	2010	2010	2014	2015	2016	2016

Fuente: Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

El indicador 3.8.2 de los ODS se ha operacionalizado como el porcentaje de la población que tienen gasto de bolsillo en salud superiores al 10% y al 25% del ingreso o gastos del hogar⁽¹¹⁾.

Según el reporte global del 2019 ya mencionado, en Paraguay, durante el 2014, la incidencia de gastos de bolsillo excesivos fue 7,1% cuando el gasto fue mayor al 10% del ingreso del hogar y a 1,9% cuando el gasto fue mayor a 25% del ingreso del hogar. Parece más adecuado reservar el término gasto catastrófico para el segundo indicador⁽¹²⁾.

Varios estudios nacionales, cuyos resultados describiremos en otros apartados de este texto, señalan que hay diferencias significativas en el riesgo de enfrentar gastos excesivos y catastróficos de salud en Paraguay según ciertos determinantes: el nivel de ingresos monetarios, la condición de pobreza, el área de residencia y otros.

Aunque no forme parte de los indicadores definidos para el seguimiento de la CUS ante los ODS, los reportes internacionales suelen

incluir también los gastos empobrecedores de salud, cuyo concepto y operacionalización lo desarrollaremos más adelante.

Hasta aquí hemos planteado una ubicuidad del tema de estudio de este trabajo en la salud pública, teniendo en cuenta los principales debates y publicaciones referentes sobre gasto de bolsillo en salud antes de la pandemia del 2020. La disrupción generada por el nuevo coronavirus a nivel global, plantea estos mismos problemas, pero con una magnitud amplificada. Las brechas que ya existían antes de la pandemia persisten y se han ampliado considerando que los países deberán prepararse para enfrentar otros problemas de salud similares pagando las deudas que se acumularon. La CUS y las demás metas de los ODS tendrán que tener un nuevo impulso y ampliar su campo de acción ante los nuevos y preexistentes desafíos⁽¹³⁾.

Hay varias lecciones aprendidas en corto tiempo. Destacamos en este apartado tres de ellas: a) el sistema público de salud es un bien social que ha sido revalorizado. La sociedad ha comprendido que el sistema de salud es de todos y las capacidades hay que construirlas de manera sostenida y sostenible. Lo que se posterga hoy, tendrá graves consecuencias mañana. b) Nadie puede salvarse solo. Somos sociedad, comunidad y sin solidaridad el derecho a la salud de cada uno está en riesgo. Habrá que hacer arreglos solidarios y equitativos para construir un sistema de salud fuerte. c) El gasto de bolsillo como medio de financiamiento y como medio de acceso al sistema de salud es injusto e insuficiente para lograr un sistema público que incluya a todos.

En los siguientes apartados desarrollaremos conceptos, definiciones y consideraciones especiales para comprender el significado y la operacionalización del gasto de bolsillo en salud. Al mismo tiempo, estaremos presentando resultados de nuestras investigaciones antes del COVID-19 a partir de estudios de las encuestas de hogares del Paraguay, así como los resultados de investigaciones durante el COVID-19 en varios estudios de casos.

4. REFERENCIAS

- 1 Murray, Christopher J. L & Frenk, Julio. (2000). Un marco para evaluar el desempeño de los sistemas de salud / C. J. L. Murray y J. Frenk. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud : la revista internacional de salud pública : recopilación de artículos 2000 ; 3: 149-162* <https://apps.who.int/iris/handle/10665/58011>
- 2 Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Cuentas Nacionales de Salud 2012-2016. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/planificacion/adjunto/5e00f2-CuentasdeSaludParaguay20122016web.pdf>
- 3 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2010: la financiación de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal. Ginebra, 2010.
- 4 OMS. Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 5 OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, 2008.
- 6 OPS. *Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 7 Hernández, Mario. Sistemas universales de protecciones sociales como alternativa a la Cobertura Universal en Salud (CUS). *Saúde em Debate* [online]. 2019, v. 43, n. spe5 [Accedido 23 Agosto 2021] , pp. 29-43. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>>. Epub 19 Jun 2020. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S503>.
- 8 Castillo, Camilo Hernán Manchola et al. El acceso a la salud como derecho humano en políticas internacionales: reflexiones críticas y desafíos contemporáneos. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017, v. 22, n. 7 [Accedido 23 Agosto 2021] , pp. 2151-2160. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>>. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.04472017>.
- 9 Laurell, A. Las reformas de salud en América Latina: procesos y resultados. *Cuadernos De Relaciones Laborales*, 34(2), 2016, 293-314. <https://doi.org/10.5209/CRLA.53458>
- 10 PAHO. *Renewing Primary Health Care in the Americas*, 2007 Edition ISBN 92 75 12698 4.
- 11 WHO. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 12 WHO. *Global monitoring report on financial protection in health 2019*. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 13 WHO. *Global spending on health 2020: weathering the storm*. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

LA CUANTIFICACIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

Dr. Edgar Giménez Caballero

1. LO QUE SE INCLUYE Y NO PARA CUANTIFICAR EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

Empecemos este apartado respondiendo la pregunta ¿qué es el gasto de bolsillo en salud?

Se considera gasto de bolsillo en salud a todos aquellos gastos no reembolsables que se producen al momento de utilizar servicios de salud y que se relacionan de forma directa con el proceso de atención, tratamiento y/o recuperación de las personas. Comprende todo el espectro de la atención integral posible, es decir, promoción, prevención y atención ante la enfermedad⁽¹⁾.

Resaltamos tres aspectos de esta definición: la temporalidad, la relación con el servicio y el no reembolso.

La temporalidad es clave para la definición, pues aquellos gastos que se realizan antes de la necesidad de atención, por ejemplo, seguros o contribuciones a la seguridad social, quedan excluidos de la definición. Otro aspecto de la temporalidad es al tiempo que se refiere el gasto de bolsillo estimado. Las definiciones suelen orientar hacia la mensualización del gasto, como lo hace Ke Xu, pero también pueden anualizarse como se propone en el informe conjunto de OMS y el Banco Mundial sobre evaluación de CUS en 2017⁽²⁾.

Hay que tener en cuenta que el gasto puede ser recurrente y hasta habitual como sucede ante las enfermedades crónicas no transmisibles, como la diabetes o la hipertensión arterial. En otros casos el gasto será episódico, cuando se presentan enfermedades agudas como el dengue, la influenza o el nuevo coronavirus.

La relación directa con el servicio, incluidas las tecnologías y productos para la salud, es esencial en la definición, pues durante el proceso de búsqueda y durante el proceso de atención propiamente dicho pueden concurrir otros gastos indirectos.

Entendemos que un gasto directo o pago directo, puede tener una amplia variedad de conceptos que pueden ser agrupados en categorías

finitas. Por ejemplo: gastos para cubrir honorarios o aranceles por consultas; gastos en farmacia para adquirir medicamentos y otros productos para la salud; gastos para cubrir estudios auxiliares de diagnóstico; gastos para cubrir procedimientos varios, de diagnóstico o terapéuticos; gastos para adquirir dispositivos médicos varios; gastos durante hospitalizaciones; otros gastos directamente relacionados con la atención a la salud. Estas categorías aquí presentadas fueron consideradas por Ke Xu⁽¹⁾. Knaul y colaboradores en sus estudios sobre gasto de bolsillo en América Latina identifican gastos odontológicos, además de las categorías que hemos especificado⁽³⁾.

Estas categorías sobre gasto de bolsillo en salud pueden ser más específicas cuanto más específico sea el estudio. Por ejemplo, si se estudia el gasto de bolsillo ante la hospitalización, aquí se puede volver a descomponer en medicamentos, estudios auxiliares, procedimientos, etc.

Quedan excluidos los gastos indirectos como gastos de transporte, alimentos, viáticos de acompañantes, hospedaje y otros gastos indirectos que pueden darse durante el proceso de búsqueda y obtención de atención.

En nuestras investigaciones, en los estudios exploratorios sobre gasto de bolsillo en el sistema de salud paraguayo a partir de la encuesta de hogares, encontramos que los gastos indirectos pueden estar en torno al 19% del gasto de bolsillo total, que se compone de la siguiente manera: 9% gasto por transporte, 5% gasto por alimentos y el restante 5% a otros diversos gastos indirectos¹.

En algunos estudios de casos que hemos realizado en 2020 encontramos que los gastos indirectos pueden incrementar hasta el 40% el gasto de bolsillo total durante el proceso de atención².

Consideramos que estos gastos indirectos se relacionan más con la accesibilidad geográfica y organizacional del sistema de salud que con la accesibilidad económica o la protección financiera del sistema de salud. Pensamos que para una respuesta amplia del sistema de salud y de las políticas, esos aspectos deben ser tenidos en cuenta para territorios y poblaciones específicas, pues son gastos concurrentes e inevitables.

1 Estas estimaciones corresponden al procesamiento de la base de datos de la EPH del 2014. Se realiza una sumatoria de todos los gastos registrados y a partir del total se construyen las proporciones mencionadas. Las estimaciones corresponden a valores expandidos de la muestra, mediante factores contruidos con datos del último censo.

2 Estos resultados se describen ampliamente en el apartado de estudios de gasto de bolsillo en hospitales públicos seleccionados en 2020.

Otro componente que queda excluido de la definición de gasto de bolsillo en salud es el monto de dinero que se ha dejado de ingresar en los haberes del hogar debido al proceso de búsqueda y atención de salud, lo que se conoce como costo de oportunidad. El costo de oportunidad es particularmente importante ante ciertas características del empleo como la informalidad o el trabajo por jornales no cubiertos por la seguridad social o el trabajo por cuenta propia.

Ocurrido el gasto de bolsillo bajo estas definiciones, si hubiera alguna devolución, entonces el monto devuelto debe descontarse para cuantificar el gasto de bolsillo. En Paraguay aún no operan seguros de salud con arreglos de devolución. Pero, algunas cooperativas cuentan con fondos de solidaridad que incluyen devoluciones parciales ante ciertos eventos de atención a la salud como hospitalizaciones, ingreso a cuidados intensivos y partos.

La fuente para el gasto puede ser diversa: ingresos laborales y no laborales, ahorros, préstamos, apoyo familiar y comunitario, venta de bienes y otros. Las diferentes fuentes posibles no limitan la definición de gasto de bolsillo en salud. Estas diferentes fuentes corresponden a mecanismos de respuesta y adaptación ante el gasto de bolsillo y corresponden a estudios complementarios.

Otra cuestión a considerar en la operacionalización de las definiciones sobre el gasto de bolsillo en salud es el ámbito donde ocurre este gasto. La búsqueda y logro de atención ante una necesidad puede darse tanto en el ámbito profesional como no profesional, o como se dice más frecuentemente en la literatura: en el ámbito de la medicina científica o alopática o en el ámbito de la medicina tradicional. Ke Xu en sus definiciones y operacionalización del gasto de bolsillo incluye gastos de bolsillo ante la medicina alternativa y tradicional⁽¹⁾. En el informe conjunto de la OMS y el Banco Mundial sobre protección financiera en 2019, se considera irrelevante dónde ocurre el gasto, siempre que esté relacionado con la salud⁽⁴⁾.

Dependerá de los objetivos y de las preguntas de investigación qué incluir en el gasto de bolsillo al momento de analizarlo. Incluso cuando ocurre en el ámbito de medicina profesional habrá que considerar algunas cuestiones como si el servicio fue brindado por un profesional adecuado y si se incluirá o no la automedicación.

Este asunto lo hemos discutido ampliamente con el grupo de investigadores. Concluimos que el estudio del gasto de bolsillo ante la medicina alternativa y tradicional es una cuestión clave para el análisis de la accesibilidad cultural y para los enfoques de interculturalidad en

el modelo de atención. Sin embargo, cuando el objetivo de la investigación se circunscribe al ámbito de políticas y programas basadas en evidencias, en el ámbito de la medicina científica o alopática, habrá que aplicar limitaciones a las definiciones adoptadas.

Concluimos también que la automedicación es una expresión de la exclusión o inclusión desigual al sistema de salud y que, cuando es posible, debería ser analizada conjuntamente con el no gasto.

Para concluir este apartado de conceptos y definiciones sobre el gasto de bolsillo reproducimos algunas definiciones de diferentes fuentes en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Definiciones de gasto de bolsillo en salud seleccionadas de diferentes fuentes.

“Los gastos de bolsillo en salud engloban 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 de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia ni los concernientes a nutrición especial. Es importante señalar que al gasto de bolsillo debe ser deducido cualquier reembolso realizado por un seguro”

(Ke Xu, 2005)

“Los pagos directos (o del propio bolsillo) son aquellos que las personas hacen en el momento de obtener cualquier tipo de servicio (atención preventiva, curativa, rehabilitadora, paliativa o crónica) prestado por cualquier tipo de proveedor. Incluyen el copago (la parte no cubierta por terceros, como un asegurador) y los pagos informales (por ejemplo, los pagos en negro), pero no las primas de seguro. Los pagos directos pueden financiarse con cargo a los ingresos del hogar, con inclusión de las remesas monetarias y los ahorros, o mediante préstamos. Queda excluido todo reembolso por terceros, como el Estado, una caja de seguro de enfermedad o una compañía de seguros privada”

(Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO).

“Pagos directos de bolsillo (o pagos directos): honorarios o cargos que se cobran por las consultas o los procedimientos médicos o diagnósticos, para pagar los medicamentos y otros tratamientos. En función del país, pueden recaudarlo las organizaciones gubernamentales, los centros de salud religiosos y los privados. A veces se establecen oficialmente y otras no. A pesar de estar cubiertos por un seguro, los usuarios deben compartir estos gastos (normalmente en forma de coseguros, copagos o deducibles) y pagar de su propio bolsillo en el momento de utilizar el servicio, ya que estos gastos no están cubiertos por el plan de seguros.”

(Marco de monitoreo para la salud universal en las Américas. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.)

2. LA MEDICIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD

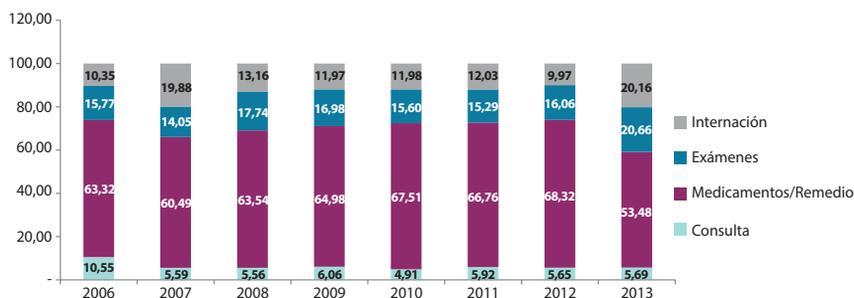
Composición del gasto de bolsillo

Establecida una definición operativa del gasto de bolsillo en salud, entonces podrá determinarse su composición y magnitud.

Una forma de determinar la composición es sumar totales y subtotales por categorías de gastos y de ese modo establecer la composición proporcional para cada categoría definida. Pero también es posible establecer cómo se distribuye el gasto de cada componente en la población, por ejemplo, estudiando la proporción de casos que tuvieron gasto por cada categoría. Estas disquisiciones son pertinentes para poder diseñar soluciones posibles y anticipar el efecto.

En nuestras investigaciones a partir de la base de datos de la EPH, hemos encontrado de manera consistente que el mayor componente del gasto de bolsillo en salud en Paraguay es la compra de medicamentos, pero como lo veremos en el siguiente apartado, el mayor promedio de gasto de bolsillo entre las los enfermos se ha dado ante las hospitalizaciones (Gráfico 1).

Gráfico 1
Paraguay 2006-2014: Estructura del gasto de bolsillo en salud. Corresponde al % de cada componente en la sumatoria de todos los casos.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Esta estructura del gasto de bolsillo hay que interpretarla según la distribución del gasto para cada componente. En nuestras investigaciones hemos corroborado sistemáticamente que la mayor proporción del gasto de bolsillo para compra de medicamentos en la cantidad total del gasto de bolsillo, se acompaña de una mayor ocurrencia del gasto en este componente (Gráfico 2). Esto es común en el sistema de salud

paraguayo, pues la disponibilidad de medicamentos es intermitente en el sector público e insuficiente, mientras que, en el sector privado, por lo general, los medicamentos no están cubiertos. La menor ocurrencia de gasto por consultas es plausible pues está vigente desde el 2008 la gratuidad de aranceles en el sector público dependiente del MSPBS por la vía administrativa y por ley desde el 2013³.

La ocurrencia y composición del gasto de bolsillo presenta variaciones según las características de la población de estudio. Por ejemplo, la participación de la compra de medicamentos es mayor para los pobres y pobres extremos, y entre estos el gasto por internación se reduce, lo cual es un indicador de un acceso desigual o exclusión⁽⁵⁾.

La mayor participación de la compra de medicamentos en el gasto de bolsillo lo hemos verificado también en los estudios de casos en hospitales públicos seleccionados, donde hemos registrado gastos exorbitantes, entre el 2020 y 2021.

Por ejemplo, observemos lo que ha sucedido en tres estudios de casos sobre gasto de bolsillo ante la atención al parto en Concepción, Santa Rosa del Aguaray y Encarnación durante la reorganización e integración de servicios públicos ante el COVID-19 durante el 2020. A pesar de que hay una ley que provee gratuitamente Kits de parto y las mujeres con seguro del IPS estaban cubiertas⁴, 9 de cada 10 embarazadas tuvo gasto de bolsillo, sobre todo para comprar medicamentos (Gráfico 3).

En 235 casos de personas hospitalizadas que estudiamos entre 2020 y 2021 en Encarnación y Concepción encontramos que el 99% tuvo gasto de bolsillo durante su internación, sobre todo para compras en farmacia de medicamentos y descartables no disponibles en los hospitales en ese momento.

Entre los 92 pacientes que estudiamos durante su hospitalización por COVID-19 en Concepción, entre abril y junio de 2021, el 100% tuvo gasto de bolsillo y 96% refirió que su mayor gasto fue en las farmacias⁵.

Estas evidencias son conducentes en señalar la necesidad de una política nacional de acceso a medicamentos. La selección de los medicamentos requiere de estudios adicionales que pueden realizarse me-

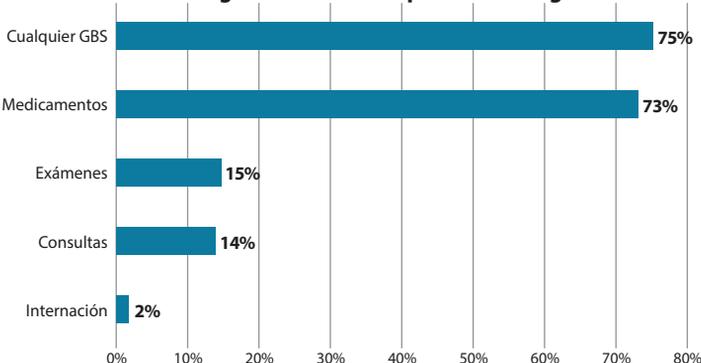
3 Ley N° 5099 /2013 de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del MSPBS.

4 Ley N°4313/2011. De aseguramiento presupuestario de los programas de salud sexual y reproductiva y el aprovisionamiento del kit de parto en las instituciones dependientes del MSPyBS.

5 Nuestros análisis sobre el gasto de bolsillo en la EPH, así como los estudios de casos, pueden consultarse en detalle en la segunda parte de este libro.

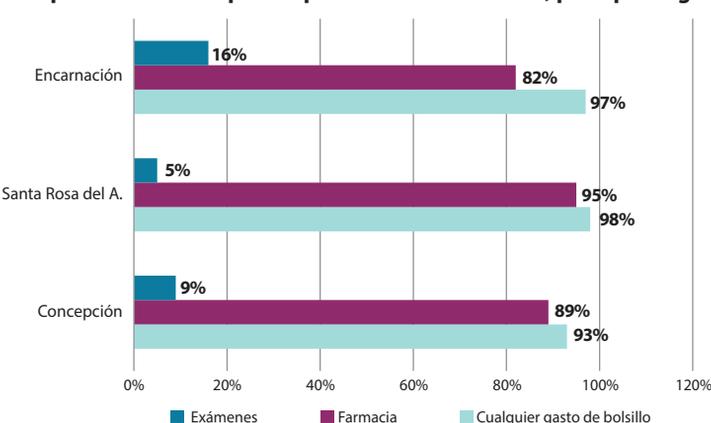
diante variadas metodologías y fuentes de información. Habrá que estudiar, además, la racionalidad del uso de medicamentos y las prácticas y tecnologías más efectivas.

Gráfico 2
Paraguay 2014: Proporción de la población enferma que tuvo gasto de bolsillo en salud según distintos componentes del gasto.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Gráfico N° 3
Paraguay 2020: Proporción de mujeres que tuvieron gasto de bolsillo en salud ante el parto en tres hospitales públicos seleccionados, por tipo de gasto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Observación: Los estudios fueron realizados en los siguientes hospitales públicos seleccionados durante el 2020: Hospital Regional polivalente de IPS Concepción (n=100), Hospital General del MSPBS de Santa Rosa del Aguaray (n=100) y Hospital Regional del MSPBS de Encarnación (n=170).

Magnitud y promedios del gasto de bolsillo en salud en la encuesta de hogares

La distribución de la ocurrencia del gasto de bolsillo ante la enfermedad puede evaluarse mediante una variable dicotómica: hay gasto o no hay gasto. Lo siguiente será determinar la magnitud de este gasto. La magnitud será la sumatoria de los gastos realizados en un periodo de tiempo, según las definiciones y criterios adoptados.

Un aspecto que requiere definición es el tiempo al que se refiere el gasto (mensual, trimestral, semestral, anual). En la propuesta metodológica de Ke Xu, la temporalidad se orienta hacia la mensualización del gasto de bolsillo⁽¹⁾. En el reporte conjunto de la OMS y el Banco Mundial sobre monitoreo de la cobertura universal de salud en 2017, se sugiere también su anualización⁽²⁾.

En la encuesta de hogares del Paraguay, el dato del gasto de bolsillo en salud corresponde a un trimestre. Esta característica es importante cuando se toma como unidad de análisis al hogar y no al individuo, pues en un hogar podrá haber más de un enfermo en ese periodo de tiempo y, por consiguiente, más personas con gasto de bolsillo en salud.

En cambio, cuando la unidad es el individuo, solo se registra un gasto en ese tiempo, por más que este pudiera haber tenido otros eventos de enfermedad y más gastos.

En nuestras investigaciones, este tema siempre ha sido objeto de extensos debates y análisis con el equipo de trabajo. Cuando utilizamos la base de datos de la encuesta de hogares, nos hemos inclinado en todos los casos a optar por la trimestralización cuando la unidad de análisis es el hogar y en la mensualización cuando la unidad de análisis es la persona. Benítez, del CADEP, ha hecho lo mismo en un análisis sobre el gasto de bolsillo utilizando la misma base de datos⁽⁶⁾. Sin embargo, estas no son las únicas opciones. Técnicamente es posible programar un procesamiento diferencial por hogar conforme a la distribución de enfermos hasta un máximo del trimestre. Lo hemos explorado, pero no encontramos ventajas sustanciales en esta sofisticación para los objetivos planteados en las investigaciones que hemos realizado. No obstante, es un tema metodológico que requiere ser profundizado. En nuestro equipo no hemos tenido unanimidad al respecto, pero las consideraciones que a continuación exponemos nos han ayudado a tomar la decisión diferencial sobre hogares y personas.

En nuestras investigaciones hemos encontrado diferentes proporciones de hogares con un solo enfermo o con dos o más enfermos en

la serie anual de la EPH. Por ejemplo, en 2014, del total de hogares con enfermos en el trimestre, el 54% tuvo un solo integrante con enfermedad mientras que el 46% restante tuvo dos o más integrantes enfermos en 90 días, pero no se puede identificar cómo se distribuyen temporalmente estos enfermos en cada hogar. A modo de ejemplo, consideremos las posibilidades de distribución con dos casos en un hogar en el siguiente esquema:

	Mes 1	Mes 2	Mes 3
Situación 1	xx		
Situación 2		xx	
Situación 3			xx
Situación 4	x	x	
Situación 5		x	x
Situación 6	x		x

Como veremos más adelante, esta definición es clave al momento de relacionar el gasto de bolsillo con algún indicador de la capacidad económica de los hogares como el ingreso, el consumo o el gasto.

Otro asunto es cómo describir la distribución de esta magnitud en la población de estudio.

Por supuesto que para estimar la distribución de magnitud del gasto de bolsillo de todos los casos estudiados recurriremos a las medidas de tendencia central y dispersión de las estadísticas descriptivas, pero ya obtenido el numerador con las definiciones adoptadas, habrá que decidir qué denominador utilizar: a) toda la población o todos los hogares, b) solo considerando los enfermos, c) solo los que consultaron, o d) solo los que gastaron. La escogencia de uno u otro denominador dependerá de los objetivos y preguntas de la investigación.

Utilizando estos criterios podrá estimarse la magnitud teniendo en cuenta los diferentes segmentos de la población cubierta por diferentes subsistemas, así como por estratos o categorías de la población.

Si la pregunta de investigación se relaciona con la efectividad de los mecanismos de protección financiera de cada subsistema probablemente sea más indicado utilizar la población que consulta, y si entre los objetivos se encuentra establecer aproximaciones sobre los precios pagados, entonces es más apropiado utilizar solo los casos donde hubo gastos.

Según se escoja un denominador u otro, afectará a los promedios estimados. Por ejemplo, al analizar la EPH del 2014 de Paraguay, los enfermos gastaron en promedio 131 mil Gs. para comprar medicamentos. Si consideramos solamente a los que consultaron, el promedio fue 158 mil Gs. y si solo incluimos a los que gastaron, el promedio fue 212 mil Gs. Estas son distintas formas de estudiar la distribución y la magnitud del gasto de bolsillo en salud entre los hogares y la población.

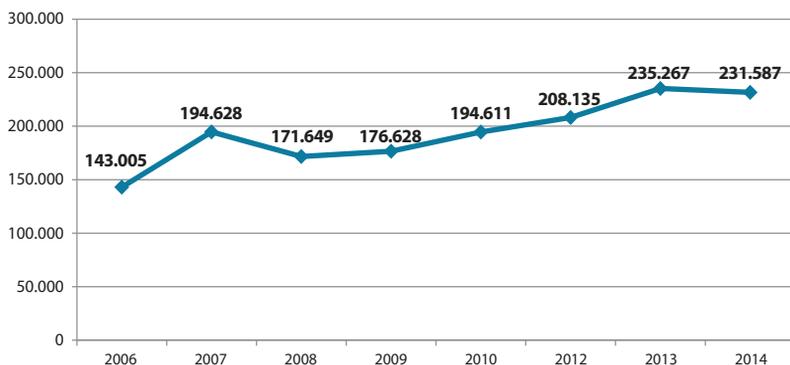
En nuestras investigaciones, para describir los promedios hemos optado por tomar como punto de partida la enfermedad, pues hemos concluido que esa acotación puede darnos una medida amplia de la protección financiera del sistema nacional de salud. Ahora bien, cuando presentamos un promedio como paso intermedio del cálculo de un indicador que considerará a toda la población o a todos los hogares, entonces, para mantener la unidad de análisis preferimos utilizar el mismo denominador. El asunto está en aclararlo cuando se presentan los resultados.

Otra cuestión a considerar es el valor utilizado para describir la magnitud. Por ejemplo, cuando se analiza la serie de la encuesta de hogares de Paraguay, podrá utilizarse los valores registrados para cada año, es decir guaraníes corrientes. Pero como cada año hay cambios del valor por la inflación y otros factores, entonces es posible ajustar la serie a un valor de moneda constante. Lo mismo sucede si se utiliza el cambio de moneda al dólar, en la serie habrá cambio en las contizaciones. Otra posibilidad es utilizar el valor de la paridad adquisitiva (PPA). En cualquier caso, es importante aclarar en el reporte cómo se ha manejado el valor de la moneda y mantener una unidad metodológica en todos los cálculos.

Veamos lo que sucede cuando analizamos una serie entre el 2006 y el 2014 en la EPH. Primero calculamos el promedio del gasto de bolsillo considerando todos los hogares utilizando el valor corriente del guaraní (Gráfico 4). Luego calculamos el promedio del gasto de bolsillo considerando esta vez no a los hogares sino a la población, y solo a la población enferma, utilizando el cambio del guaraní al dólar corriente con base al promedio de cambio de cada año según el Banco Central del Paraguay (Gráfico 5). Por último, hacemos un cálculo del promedio que tuvo que gastar la población enferma según el área de residencia, urbano o rural, utilizando esta vez valores de guaraníes constantes para el 2014, según deflatores conocidos calculados por el Banco Central del Paraguay (Gráfico 6).

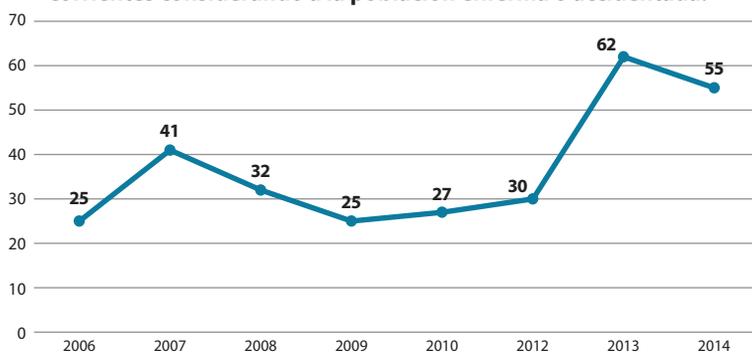
Nótese cómo cambia el comportamiento de la serie, según la unidad de análisis, la estratificación y los valores de la moneda utilizada.

Gráfico 4
Paraguay 2006-2014: Promedio de Gasto de Bolsillo de Salud en guaraníes corrientes considerando todos los hogares.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Gráfico 5
Paraguay 2006-2014: Promedio de Gasto de Bolsillo en Salud en dólares corrientes considerando a la población enferma o accidentada.

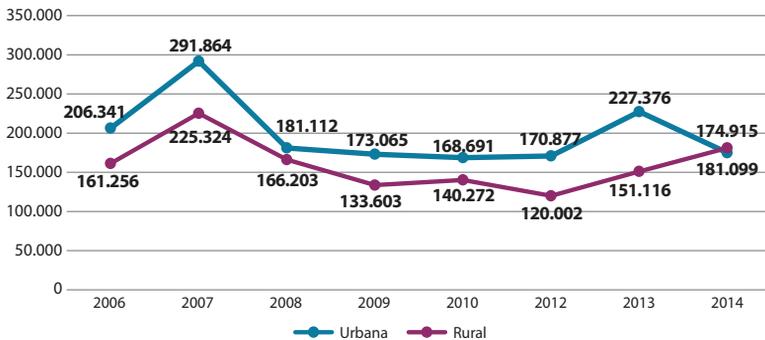


Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Observación: Se utilizaron los valores de cambio promedio anual del Banco Central del Paraguay.

Gráfico 6

Paraguay 2006-2014: Promedio de Gasto de Bolsillo en Salud para compra de medicamentos en guaraníes constantes, considerando a la población enferma o accidentada que tuvo este gasto según el área de residencia.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Observación: Los valores constantes se calcularon utilizando como año base el 2014. Se aplicaron deflatores a la serie según los datos del Banco Central del Paraguay.

Hasta este punto hemos revisado aspectos que exigen definiciones en el numerador y el denominador, así como las consideraciones sobre la temporalidad asumida para estudiar la magnitud y la descripción de su distribución en la población de estudio.

Con estas definiciones, se podrán calcular las medidas descriptivas en varios estratos de la población: urbano y rural, hombres y mujeres, pobres y no pobres, con seguro y sin seguro médico, por quintiles de ingreso, por estructura del hogar y otras categorías que puedan ser incluidas en un marco de estudio, conforme a la pregunta de investigación que busque responderse.

Luego, interesará saber si las variaciones observadas son estadísticamente significativas o no. Por ejemplo, hemos planteado la pregunta: ¿la variación del gasto de bolsillo promedio se asocia a la condición de pobreza?

Para responder la pregunta hemos tomado como unidad de análisis a los hogares y lo hemos estratificado en hogares pobres y no pobres. Luego calculamos el promedio y otras medidas descriptivas del gasto de bolsillo para todos los hogares de cada una de estas categorías. Puesto que el gasto para compras de medicamentos es el que más se acumula, hicimos el cálculo por separado para este componente. Aplicamos una prueba estadística no paramétrica y establecimos su significancia con una $p < 0,05$ (Tabla 1). Observamos promedios superiores para los

hogares no pobres cuando se incluyeron todos los componentes, pero el promedio para compra de medicamentos fue superior para los hogares pobres. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas para los hogares. En nuestras investigaciones hemos encontrado diferencias significativas, además de la condición de pobreza, por quintiles de ingresos, por área de residencia y según la presencia de adultos mayores y menores de cinco años en el hogar.

Tabla 1.
Paraguay 2014. Descripción del gasto de bolsillo en salud según la condición de pobreza.

Variables	Hogares No Pobres n=4.055			Hogares Pobres n=1.110			Mann - Whitney
	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	p
Gasto de bolsillo en salud (GBS) en miles de Gs.	243,1	37,7	169,2 a 317,1	189,9	18,2	154,3 a 225,6	<0,001
GBS para compra de medicamentos en miles de Gs.	120,9	6,8	107,6 a 134,2	134,6	11,7	111,7 a157,5	<0,001

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Estas consideraciones sobre la magnitud y promedios del gasto de bolsillo son aplicables cuando la fuente de información son las encuestas de hogares. Habrá que tener en cuenta las limitaciones propias de la fuente de datos y de los estudios transversales sobre gastos de bolsillo que se han expuesto en varios trabajos que se consideran hitos o referentes como apoyo conceptual y metodológico para emprender investigaciones sobre este tema como los Knaul⁽³⁻⁷⁾, Wagstaff⁽⁸⁻⁹⁾, O'Donell⁽¹⁰⁾ y Ke Xu⁽¹⁻¹¹⁾.

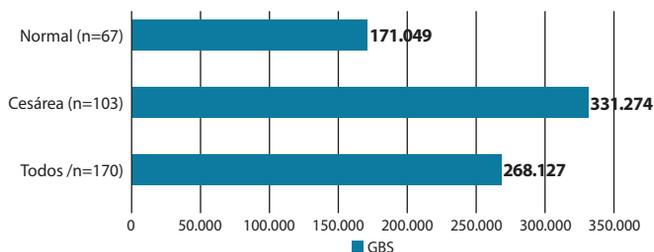
Consideraciones adicionales para los estudios de casos

Cuando se trata de estudio de casos habrá que tener en cuenta otros aspectos más particulares y específicos inherentes al evento que se está estudiando. Por ejemplo, tratándose de una enfermedad crónica, podrá estudiarse el gasto de bolsillo promedio para un mes o para un año. En cambio, cuando se trata de un evento agudo, el tiempo de estudio estará referido al tiempo que dura la enfermedad y tratamiento, etc. No habrá problema con el denominador, pues se incluirá a todos los casos que forman parte del estudio. Los resultados podrán extenderse según las características de la muestra.

Cuando se estudia hospitalización, es posible que el evento estudiado tenga una evolución más o menos predecible o que pueda ser categorizado en un grupo estándar, por ejemplo, sin complicaciones adicionales, y otro que sea diferente a ese comportamiento. En estos casos bastará con estudiar ambos grupos. Por ejemplo, el parto sin complicaciones y el parto con complicaciones. También, el parto sin complicaciones podrá estudiarse cuando este es por cesárea.

Por ejemplo, estudiamos el gasto de bolsillo ante el parto (sin complicaciones) en el Hospital Regional de Encarnación, durante la primera etapa de la pandemia en 2020. Se incluyó a 170 mujeres, de las cuales 39% tuvo parto normal y 69% por cesárea; la variación del promedio gastado se observa el gráfico siguiente (Gráfico 7).

Gráfico 7
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020. (n=170). Promedio de gasto de bolsillo en salud en guaraníes (Gs.) corrientes, según tipo de parto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Cuando el evento presenta una estancia prolongada en el hospital, entonces habrá que hacer cálculos adicionales al promedio general, por ejemplo, calculando el gasto de bolsillo por día. Para poner ejemplos del gasto de bolsillo diario, describiremos a continuación los resultados de dos estudios durante la hospitalización entre 2020 y 2021 en dos hospitales públicos de Paraguay.

El primero fue realizado en Encarnación entre agosto 2020 y febrero 2021, en el Hospital Integrado Respiratorio de esta ciudad. De los 95 casos incluidos, 21 habían ingresado a la unidad de cuidados intensivos (UTI). Hubo diferencias significativas en la estancia promedio y también en el gasto promedio y gasto por día (Tabla 2).

Tabla N° 2
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Descripción del gasto de bolsillo y
de la razón del gasto/ ingresos del hogar. (n=95)

Variables de hospitalización	Gasto de bolsillo en Gs.		Gasto de bolsillo/ días de internación	
	Media	DE	Media	DE
Total (n=95)	1.983.728	3.375.505	215.361,3	392.429,6
UTI (n=21)	7.177.960	4.073.897	666.826.4	659.074.2
No UTI (n=74)	509.689	401.009	87.242,8	63.420.35
Mann-Whitney	0,0000		0,0000	

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

En Concepción, entre abril y julio 2021 se estudió a 92 pacientes que ingresaron por COVID-19. En este estudio hubo diferencias significativas en el promedio gastado, pero no así en el gasto diario (Tabla 3).

Tabla 3
Paraguay. Gasto de bolsillo en salud ante la hospitalización por COVID-19
en el sector público de Concepción (n=92).

Servicios	GBS total promedio en millones de Gs.	GBS diario promedio en millones de Gs.	GBS/ ingresos
Todos (n=92)	12,9	0,989	4,6
UTI (n=28)	17,6	1,257	5,7
No UTI (n=64)	10,9	0,871	4,1
Mann-Whitey	0.0206	0.1859	0.0619

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

3. FACTORES DETERMINANTES DEL GASTO DE BOLSILLO

En un sistema de salud donde los servicios se financian parcial o totalmente mediante gastos de bolsillo, como es el caso de Paraguay, la distribución de este gasto estará determinada por la necesidad (enfermedades y otros, así como de las tecnologías necesarias para su atención), la disponibilidad efectiva de servicios, los factores determinantes del acceso y las características del mercado de la salud.

En Paraguay, en la década comprendida entre el 2009 y el 2019, la participación del gasto de bolsillo en salud ha estado entorno al 45%

del gasto total en salud⁽¹²⁾. Por tanto, el no gasto ante una enfermedad debe interpretarse con cuidado, pues puede estar señalando exclusión.

En las definiciones que hemos revisado, el gasto de bolsillo también incluye cuando hay pagos directos ante servicios no curativos.

En efecto, aunque no es frecuente, puede encontrarse publicaciones que relacionan el gasto de bolsillo en salud con el uso de servicios preventivos y sobre estilos de vida saludables. Por ejemplo, en una revisión sistemática en 2013 Reza Rezayatmand y colaboradores encontraron 47 publicaciones relevantes que demuestran que el gasto de bolsillo reduce la utilización de servicios de prevención primaria y secundaria⁽¹³⁾.

El análisis del gasto de bolsillo en salud ante servicios de promoción y prevención deben estar enmarcados en estudios más amplios sobre acceso y utilización de servicios de salud. Por ejemplo, el gasto nulo o no gasto puede deberse a una cobertura pública amplia (por ejemplo, planes de inmunización) o, por el contrario, a una falta de disponibilidad efectiva, o a barreras de acceso que resultan insuperables.

Estos determinantes no son solamente económicos, sino que también intervienen otras barreras de accesibilidad y factores de comportamiento.

En salud pública hay varias teorías explicativas sobre el por qué algunas personas utilizan servicios promocionales y preventivos mientras que otras no. Por ejemplo, el *modelo de creencias en salud* considera la amenaza percibida, consistente en la creencia que uno es susceptible de padecer la enfermedad y que esta le puede afectar gravemente, así como en la creencia sobre la efectividad de la prevención y posibilidad de practicarla. En cambio, la *teoría de la acción razonada* se centra en las actitudes, en las normas subjetivas y el control sobre la acción. Y hay otras teorías que agregan otros factores predisponentes y determinantes⁽¹⁴⁾.

Hay una amplia agenda posible de estudio sobre este tema en salud pública. Es claro que el gasto de bolsillo actúa como una barrera para estos servicios, y su eliminación será necesaria, pero no suficiente para lograr cobertura y acceso universal a servicios de promoción de la salud y prevención primaria. En Paraguay, aún no se han realizado investigaciones sobre esta vertiente del gasto de bolsillo en salud.

Donde se acumula el gasto de bolsillo es ante la enfermedad. Entonces, su distribución está asociada a la ocurrencia de la enfermedad

en primer lugar, y en segundo lugar a los arreglos sociales para proveer atención.

Es importante destacar que la distribución de la enfermedad en una sociedad no se debe al azar. El informe de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (DSS) de la OMS ha aportado suficiente evidencia que demuestra que la distribución de la enfermedad no es aleatoria sino que está determinada por ciertos factores denominados *determinantes sociales de la salud*. Existe un gradiente social caracterizado por factores estructurales culturales, sociales, económicos y políticos que a su vez son determinantes para la forma de vida cotidiana a lo largo de la vida en diferentes entornos, el hogar, la escuela, el trabajo, la comunidad. En ese gradiente, cuanto más desfavorables son estos factores los resultados sanitarios serán peores. Estos resultados pueden medirse de varias formas posibles, desde la esperanza de vida al nacer, hasta la ocurrencia de muertes prematuras por diversas causas⁽¹⁵⁾.

En América Latina, además de los factores citados, se incluye a una forma de colonialismo persistente y a la pobreza entre los factores estructurales que determinan la situación de salud de la población. En esta región del mundo, un notable efecto del conjunto de estos determinantes es que hay una diferencia de 19 años de la expectativa de vida al nacer entre Haití y Canadá. También los paraguayos vivimos menos que los canadienses y que los chilenos, mientras que los bolivianos viven unos años menos que nosotros. También puede observarse una distribución desigual de enfermedad entre países, tanto en enfermedades infecciosas como en enfermedades no transmisibles como el cáncer⁽¹⁶⁾.

Esta desigual distribución de los resultados sanitarios también puede verificarse dentro de los países. Por ejemplo, en el Paraguay, la tasa de mortalidad por enfermedades isquémicas del corazón en hombres fue de 59,9 por 100 mil habitantes en 2019, pero analizada la tasa por regiones sanitarias podemos encontrar sustanciales diferencias: en Ñeembucú la tasa fue de 69,2 y en Paraguari, 123,8. Otro ejemplo es la tasa de mortalidad por diabetes en mujeres que ese año fue de 38,7 por 100 mil habitantes: en Alto Paraguay esta tasa fue 12,3 y en Cordillera, 69,2⁽¹⁷⁾.

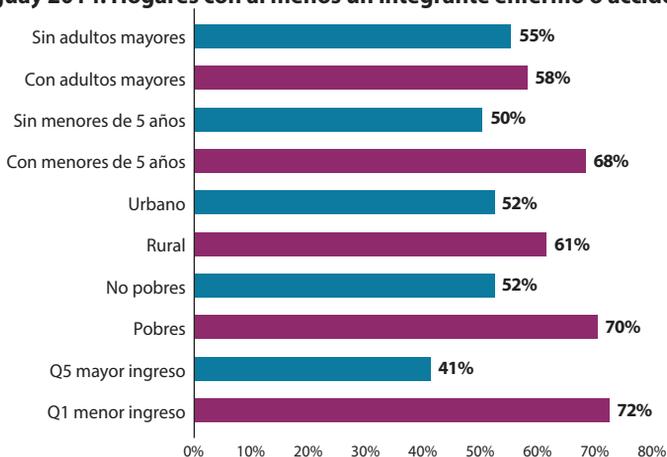
Estas desigualdades no se deben a factores genéticos. Son el efecto de los DSS que no siempre operan de forma notoria, a veces sutilmente, pero siempre con resultados contundentes como estos.

En nuestras investigaciones a partir de la EPH del 2014, encontramos una mayor distribución de enfermedad y por consiguiente también una mayor distribución de gasto de bolsillo en hogares pobres, en

hogares rurales, en hogares del quintil con menos ingresos y en aquellos con presencia de adultos mayores y de menores de cinco años.

En efecto, los hogares pobres tuvieron 2,14 veces más chance de tener enfermos y 1,8 veces más chance de tener gasto de bolsillo en comparación con los hogares no pobres. Los hogares del quintil de menor ingreso, comparados con el quintil de mayor ingreso, tuvieron 3,6 veces más chance de enfermar y 2,8 veces más chance de tener gasto de bolsillo. Los hogares rurales tuvieron 1,4 veces más posibilidad de tener un enfermo y 1,3 veces más posibilidad de tener gasto de bolsillo, comparados con los hogares urbanos. Los hogares con menores de cinco años y aquellos con adultos mayores tuvieron el doble de chance de tener un enfermo y gasto de bolsillo, en comparación con aquellos que no tenían estas características⁶ (Gráfico 8).

Gráfico 8
Paraguay 2014. Hogares con al menos un integrante enfermo o accidentado.



Fuente: Elaborado a partir de la EPH 2014.

Observación: Cada barra representa el % en relación al total de hogares de esa categoría.

Otra cuestión sobre la distribución de la enfermedad es que puede variar no solamente en diferentes estratos de la población, sino que también en distintos territorios y en distintos momentos en el tiempo. Por ejemplo, ante la ocurrencia de epidemias, como las recurrentes epidemias de dengue y de enfermedades respiratorias o como la pande-

⁶ La mayor chance se refiere a las razones de momios (rural en relación con urbano; pobre con no pobre, quintil 1 con quintil 5, etc.).

mia actual de COVID-19 que ha tenido distinta intensidad de transmisión comunitaria en diferentes momentos y en diferentes territorios.

Tomemos como ejemplo lo que ha ocurrido en Paraguay durante la epidemia de dengue 2019-2020, una de las mayores epidemias por esta enfermedad que hemos tenido en América Latina. Digamos que se quiere estudiar el gasto de bolsillo ante esta enfermedad. Entre las semanas epidemiológicas 11 y 22 del 2019 (marzo a mayo) había más de 1000 notificaciones semanales, pero entre las semanas 30 y 39 las notificaciones semanales eran menos de 200, y luego las notificaciones volvieron a repuntar por encima de 1000 a partir de la semana epidemiológica 49 (diciembre), llegando a un pico de más de 30 mil notificaciones semanales en la semana epidemiológica 6 del 2020 (febrero)⁷.

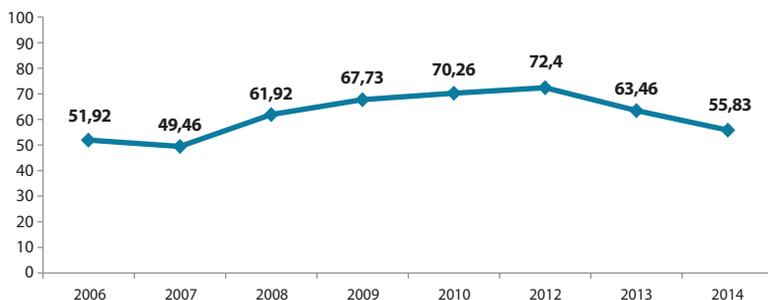
Cuando se estudia la serie anual de la EPH para determinar el gasto de bolsillo entre los enfermos, también se encontrará una desigual distribución anual de la enfermedad. Por ejemplo, en nuestras investigaciones encontramos que entre el 2006 y el 2014, el 61% de los hogares tuvo al menos un enfermo o accidentado, pero con variaciones anuales, siendo el mínimo, 49% en 2007 y el máximo, 72% en 2012 (Gráfico 9).

Los datos de la EPH no permiten conocer las razones que motivaron la consulta ni el diagnóstico de las enfermedades que se relacionan con el gasto de bolsillo. Sí permite discriminar entre enfermedad y accidente.

Para caracterizar la distribución de la enfermedad en la población paraguaya habrá que recurrir a los indicadores básicos de salud (IBS), a la información relacionada con la vigilancia de la salud y a otras fuentes.

⁷ Estos y otros datos sobre epidemias anuales en el Paraguay pueden consultarse en los boletines epidemiológicos semanales de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPBS.

Gráfico 9
Paraguay 2006-2014: Porcentaje de hogares con personas enfermas o accidentadas en el periodo 2006 - 2014



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Con estas consideraciones podemos concluir que ante un mismo arreglo social para atender enfermos, el gasto de bolsillo se distribuirá conforme a la distribución de la enfermedad siempre que exista disponibilidad y se superen las barreras de acceso a los servicios.

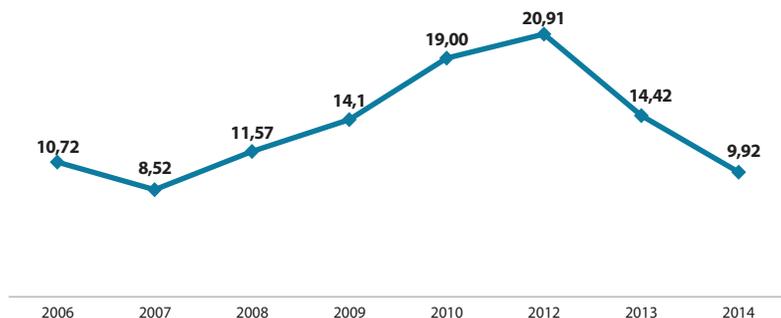
Si los datos están disponibles, es conveniente determinar la proporción de población enferma y la proporción de hogares con uno o más enfermos. También puede calcularse la proporción de casos que consultaron ante la enfermedad y la proporción que tuvieron gastos, así como los que se automedicaron.

En esta composición, el gasto de bolsillo se interpreta desde la posición de acceso y utilización. El no gasto puede tener diferentes explicaciones:

- Cuando no hay gasto de bolsillo ante una enfermedad, pero sí hay consulta, y también existe el dato complementario de acceso a medicamentos gratuitos, entonces una explicación posible es un mecanismo de protección financiera efectivo.
- Pero, si no hay consulta ante la enfermedad y tampoco gasto, entonces estamos ante una exclusión del sistema de salud por una barrera de acceso o por falta de disponibilidad efectiva.
- Si no hay consulta, pero sí hay gasto de bolsillo, entonces puede tratarse de una automedicación (Gráfico 10).

Estas cuestiones hay que analizarlas, porque si el gasto de bolsillo en salud es injusto el no gasto por exclusión también lo es. Ambas situaciones deben ser abordadas en una agenda de políticas.

Gráfico 10
Paraguay 2006-2014: Porcentaje de hogares con personas enfermas o accidentadas que se automedicaron.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Resulta evidente que a mayor ocurrencia de enfermedad y a mayor gravedad, mayor será el gasto de bolsillo en un sistema de salud con baja protección financiera. Pero, el conocimiento sobre la distribución, la prevalencia e incidencia de las enfermedades, así como sobre sus factores de riesgo, permite el diseño e implementación de programas de prevención y la planificación de una oferta de servicios orientada a las necesidades y/o de mecanismos selectivos de protección financiera.

Si en el sistema de salud se implementa un mecanismo selectivo de este tipo, sobre ciertos problemas de salud -y si estos son efectivos- entonces puede darse el caso que un problema de salud más grave genere menos gasto de bolsillo que otro menos grave, insuficiencia renal, cardiopatías, atrofia muscular espinal, cáncer y trasplantes. Cuando existen programas o leyes especiales de protección, habrá que incluirlas en el marco de referencia para interpretar correctamente los resultados.

Las tecnologías y productos para la salud están regulados por la entidad rectora, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). La selección de tecnologías y la prescripción ocurren en el proceso de atención y están determinados por la decisión de los profesionales y la autonomía de los pacientes. Ante una misma enfermedad, la prescripción tiende a ser más o menos uniforme, basada en el conocimiento y consensos de prácticas profesionales. Las especificidades de cada caso pueden derivar en variaciones que, de todos modos, resultan ser mayormente predecibles.

En el mercado de la salud operan distintos proveedores y la oferta de productos de un mismo tipo frecuentemente es variada y tienen di-

ferentes precios, aunque en el ejercicio hipotético hayamos considerado precios uniformes.

Ante esta variación de precios para una misma tecnología o producto para la salud, la escogencia de uno u otro no está necesariamente determinada por el precio, pues el mercado de la salud es imperfecto y está influido por las decisiones de los proveedores⁽¹⁸⁾.

Las diferencias de precios son inevitables, pero lo que sí debería evitarse es que para un mismo servicio o producto exista variaciones de efectividad en función de los precios. Este control puede lograrse mediante la regulación de tecnologías utilizadas en el sistema de salud, de tal modo a que sean seguros, de calidad y eficaces.

En el ámbito de la rectoría, además de las regulaciones sobre estos aspectos, tendrá que agregarse otros que promuevan la asequibilidad, pues este es un atributo del derecho a la salud⁽¹⁹⁾.

Por tanto, los mecanismos regulatorios que permiten distribuir productos y servicios a la mayor cantidad posible de personas con los recursos disponibles es parte de los arreglos sociales para lograr justicia distributiva. Por ejemplo, el control de precios de medicamentos y procedimientos de compras eficientes y racionales, pueden aumentar el acceso a medicamentos esenciales. Particularmente necesario es el control de precios de productos de alto costo y de oferentes únicos o reducidos.

Entonces, ante la enfermedad se da un proceso de búsqueda y obtención de atención mediado por factores de accesibilidad. Los que lo logran entrarán en un proceso donde los profesionales prescribirán procedimientos de diagnóstico y medicamentos para el tratamiento. Si no hay cobertura de las tecnologías y productos seleccionados, los enfermos y sus familiares procurarán la obtención de estos en el mercado de la salud. Los que lo logran tendrán gasto de bolsillo para acceder a ellos.

Hasta aquí, hemos realizado consideraciones sobre la descripción del gasto de bolsillo en salud en cuanto a su estructura y las medidas de tendencia central. Estas mediciones son necesarias para comprender la magnitud del gasto de bolsillo en salud, pero no son suficientes para conocer cómo afecta a los hogares ni como se distribuye el gasto de bolsillo excesivo, pues un monto determinado de gasto puede resultar elevado para algunos y no para otros.

Cada hogar es particular, pero aún en su particularidad, puede compartir características comunes con otros, lo que permite establecer ca-

tegorías y estudiar cómo se distribuye el gasto de bolsillo en salud en relación a la capacidad del hogar para realizar este gasto. De este tema nos ocuparemos en el siguiente apartado.

4. REFERENCIAS

- 1 Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología; Documento de trabajo; Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://www.paho.org/chi/dmdocuments/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf
- 2 OMS. Banco Mundial. (2017). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 3 Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. Household Spending and Impoverishment. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012; distributed by Harvard University Press.
- 4 WHO. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- 5 Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(3): 64-72.
- 6 Benítez G. Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. Asunción Paraguay. 2017. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
- 7 Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitran R, Campino AC, et al. Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. Salud Pública De México, 2011; 53, 95.http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800005.
- 8 Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K, Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e169-e179. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29248367.
- 9 Wagstaff A, Flores G, Smitz MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e180-e192. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30486-2. Epub 2017 Dec 13. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Jan 15; PMID: 29248366.
- 10 O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff, A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: The World Bank. 2008.
- 11 Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. *Health Aff (Millwood)*. 2007 Jul-Aug;26(4):972-83. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.972. PMID: 17630440.

- 12 WHO. The Global Observatory. Health Financing: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-financing>
- 13 Reza Rezayatmand, Milena Pavlova, Wim Groot, The impact of out-of-pocket payments on prevention and health-related lifestyle: a systematic literature review, *European Journal of Public Health*, Volume 23, Issue 1, February 2013, Pages 74–79, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cks034>
- 14 Montse Gil-Girbau, Mariona Pons-Vigués, María Rubio-Valera, Gabriela Murrugarra, Barbara Masluk, Beatriz Rodríguez-Martín, Atanasio García Pineda, Clara Vidal Tomás, Sonia Conejo-Cerón, José Ignacio Recio, Catalina Martínez, Enriqueta Pujol-Ribera, Anna Berenguera, Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud, *Gaceta Sanitaria*, Volume 35, Issue 1, 2021, Pages 48-59, ISSN 0213-9111, <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911119302158>)
- 15 OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
- 16 Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019.
- 17 Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Bioestadística. Indicadores de Mortalidad 2018 - 2019.
- 18 Rovira-Forns, Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control, *Salud Colectiva (Buenos Aires)*, 11(1), 35-48 (2015).
- 19 Naciones Unidas. COMITÉ DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES. Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Ginebra. 2000. Disponible en: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2001/1451.pdf>

CATÁSTROFES FINANCIERAS Y EMPOBRECIMIENTO DEBIDO AL GASTO DE BOLSILLO ANTE LA ENFERMEDAD

Dr. Edgar Giménez Caballero

1. EL EFECTO ECONÓMICO DEL GASTO DE BOLSILLO EN LOS HOGARES

La capacidad de los hogares para pagar las cuentas ante la enfermedad

El gasto de bolsillo en salud se refiere a todos los gastos directamente relacionados con el proceso de atención al momento de utilizar los servicios de salud. La estructura de gastos se suele describir en categorías como gastos por honorarios de consultas, medicamentos, exámenes para diagnóstico y hospitalizaciones, así como otras categorías que puedan desglosarse según los objetivos de la investigación. La magnitud del gasto será la agregación o suma de estos componentes para cada unidad estudiada⁽¹⁾.

La distribución del gasto de bolsillo en salud en la población se estudia ya sea describiendo la proporción de los casos que tuvieron gasto en relación a toda la población, o a los enfermos, o a aquellos que consultaron. La magnitud expresada como promedios puede estar referida a estos diferentes universos. Además, se puede calcular para cada componente⁽²⁾.

En Paraguay, en la estructura del gasto de bolsillo, es la compra de medicamentos la que tiene el mayor peso. Sin embargo, al analizar los promedios entre los enfermeros o entre quienes tuvieron gastos, resultó que las cuentas de hospitalización, seguida del pago por servicios de diagnóstico son los que tienen los mayores promedios. Esto puede corroborarse a partir de la encuesta de hogares del 2014 como en los estudios de casos que hemos realizado entre el 2020 y 2021.

Estas medidas son útiles para describir las características del gasto de bolsillo en el sistema nacional de salud, pero no describen la manera en que este gasto afecta a la economía de un hogar, pues el mismo valor de lo que hay que pagar puede requerir de un esfuerzo diferente para los distintos hogares, en función a sus capacidades económicas.

El efecto del gasto de bolsillo en salud sobre los hogares puede adoptar diversas formas y prolongarse en el tiempo, incluso más allá de la enfermedad que lo ha motivado. Para conocer las características del efecto se requiere de estudios longitudinales con diseños algo complejos que incluyan varios indicadores. Puesto que diseños como estos plantean dificultades prácticas y requieren de una fuente de información especialmente destinada para este propósito, se han explorado opciones de indicadores sintéticos, transversales, a partir de las fuentes de datos disponibles.

Hemos mencionado que, generalmente, el gasto de bolsillo en salud se estudia a partir de las encuestas de hogares y que estas presentan limitaciones para medir aspectos claves en todos los procesos que confluyen en el objeto estudiado y otras limitantes que son propias de los estudios transversales⁽³⁾.

Los indicadores estandarizados se han definido teniendo en cuenta la información más frecuentemente disponible en estas encuestas, de tal modo que sea factible la medición pretendida para que los resultados puedan ser comparados entre distintos territorios y países.

Al interpretar los resultados así obtenidos, han de tenerse en cuenta que la medición en un momento determinado del tiempo corresponde a un corte transversal de un indicador puntual, lo cual no permite hacer aproximaciones sobre la variación en el consumo, la desaparición de los ahorros, el endeudamiento, la pérdida de bienes, el apoyo social, la postergación o frustración de proyectos significativos ni el tiempo de recuperación para los hogares.

Las encuestas tampoco permiten conocer cómo varía el gasto de bolsillo ante distintas enfermedades o necesidades de atención o niveles de complejidad de servicios de salud. Tampoco permite conocer cómo el gasto de bolsillo puede ser una barrera económica que retrasa, hace intermitente o interrumpe el tratamiento ante una enfermedad.

A partir de las encuestas de hogares las posibilidades de estudiar el problema se limita a la relación entre el gasto de bolsillo en salud con los ingresos o con los gastos de los hogares. Pero, aún con las limitaciones señaladas, los datos disponibles permiten construir indicadores que ayudan a conocer la situación de equidad en la distribución y aproximarse a sus efectos económicos en los hogares.

Es por eso que antes de emprender el análisis del gasto de bolsillo en salud hay que ubicar este objeto de estudio en el ámbito de los arreglos sociales que determinan las características del sistema de salud y

su interacción con los hogares, que a su vez tienen características determinadas.

Antes de pasar a desarrollar los conceptos y operacionalizaciones de indicadores que se utilizan frecuentemente en los estudios transversales sobre gastos de bolsillo en salud, describiremos los efectos posibles en situaciones hipotéticas, supuestas. El propósito es explicar, a través de estos ejemplos, cómo el mismo gasto de bolsillo en salud puede afectar de manera distinta a los hogares que presentan diferentes características.

Como ejemplo, planteamos la situación hipotética para tres hogares paraguayos que comparten las siguientes características: Viven en Asunción, capital; constituyen un hogar nuclear (padres e hijos), y están integrados por cuatro personas. Pero, aunque tienen estas similitudes, presentan diferencias en sus ingresos monetarios mensuales: un hogar tiene 3,0 millones de Gs. de ingresos mensuales (pertenece al primer quintil de ingresos), otro tiene 5,1 millones Gs. de ingresos mensuales (pertenece al tercer quintil de ingresos) y otro hogar tiene 13,6 millones de Gs. de ingresos mensuales (pues pertenece al quintil más rico de la ciudad)¹.

Supongamos ahora distintas situaciones de gasto de bolsillo para estos hogares:

1. Deben comprar medicamentos para tratar una enfermedad (X).
2. Deben pagar estudios auxiliares de diagnóstico para una enfermedad (Y).
3. Deben pagar cuentas de hospitalización por una enfermedad (Z)

A continuación, pasamos a estimar el gasto de bolsillo requerido ante cada situación. Para ello, asumiremos que las personas son atendidas por la misma enfermedad en el mismo subsistema de salud, que reciben una prescripción similar y, por tanto, en iguales condiciones de cobertura, tienen aproximadamente el mismo gasto de bolsillo para acceder al tratamiento que necesitan. Utilizaremos ciertos parámetros conocidos de gasto de bolsillo en salud calculado a partir de la encuesta de hogares del 2014.

¹ En 2019, el 43,5% de los hogares urbanos eran nucleares completos con 3,7 integrantes en promedio. Los ingresos referidos en esta situación supuesta son aproximaciones a los promedios de ingresos familiares mensuales por quintiles por departamentos, publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE) disponible en: <https://www.ine.gov.py/default.php?publicacion=5>

Para el primer caso, utilizaremos como parámetro el promedio de gasto por medicamentos a nivel nacional en 2014 entre aquellos enfermos que tuvieron este tipo de gasto que ese año resultó 39,4 USD corrientes. Convertiremos este valor a precios actuales del 2020². Resulta entonces un gasto de bolsillo de 268.195 Gs. para comprar medicinas.

Para el segundo caso, utilizaremos como parámetro el promedio pagado por los enfermos para estudios auxiliares o exámenes para diagnóstico que en 2014 fue 83,1 USD corrientes, que a los precios actuales serían 565.662 Gs.

Para la tercera situación, tomaremos el parámetro de 605,9 USD que fue el promedio pagado por hospitalización en el mismo año, lo que resulta 4.124.361 Gs. a precios actuales.

Nótese que en estos parámetros el denominador corresponde solamente a la población enferma que pagó por cada uno de estos componentes del gasto de bolsillo en salud⁽⁴⁾.

Ya teniendo estas cifras de gasto de bolsillo, cabe ahora la pregunta: *¿cómo afecta el gasto de bolsillo en salud a estos hogares?*

Para hacer frente al gasto de bolsillo en salud, los hogares tendrán que hacer uso de sus ingresos y de otros recursos a su alcance. Puesto que no pueden suprimir los gastos de alimentación y tampoco otros gastos de consumo básico, lo que queda disponible es el ingreso mensual descontando los gastos de alimentación y otros gastos esenciales. El disponible que resulta de esta operación se denomina *capacidad de pago del hogar*.

Además, algunos podrán recurrir a sus ahorros, a créditos o al apoyo solidario de otros familiares o de la comunidad. La *capacidad total del hogar* resulta entonces de su capacidad de pago (ingresos menos consumo), de sus ahorros, de su posibilidad de crédito y de la cooperación de sus redes sociales.

Esta capacidad es diferente para cada hogar y también puede variar en el tiempo. Nótese también que hogares con iguales ingresos pueden tener capacidades de pago diferentes y hogares con capacidades de pago iguales pueden tener capacidades totales distintas. Como la necesidad ocurre en un momento concreto, entonces lo que importa es la capacidad total en el momento de la necesidad y la utilización del servicio o tratamiento⁽⁵⁾.

2 Para el ejercicio se tomó como cotización el cambio del dólar americano al 30 de junio de 2020, según la cotización del Banco Central del Paraguay (1 USD= 6.807 Gs.)

Con estas consideraciones, veamos cómo podemos hacer una aproximación para entender el efecto posible del gasto de bolsillo en los casos aquí planteados.

Teniendo ya los montos del gasto de bolsillo, adoptando como supuesto que son iguales para estos hogares, lo siguiente es calcular la capacidad de pago para cada uno de ellos.

Paraguay dispone de parámetros oficiales de *canastas de consumo básico* que incluye, a su vez, una *canasta básica de alimentos*. Estas canastas se calculan por mes para cada persona, independientemente de su edad. El valor de estas canastas define la línea de pobreza y pobreza extrema para los hogares y se actualizan anualmente por el INE.

En 2020, para el área urbana, el valor de la canasta básica de consumo mensual por persona era 712.618 Gs. y la de alimentos 272.07 Gs. Con estos parámetros, se puede calcular dos capacidades de pago para estos hogares, considerando cuatro integrantes en cada uno de ellos: a) en relación a la canasta básica alimentos (CPHca), y b) en relación a la canasta básica de consumo (CPHcb)³.

El procedimiento es sencillo: el valor de la canasta por persona al mes se multiplica por la cantidad de integrantes del hogar. Este valor se resta del ingreso y resulta, entonces, la capacidad de pago según la canasta utilizada. Hecho el cálculo tenemos ahora los denominadores.

Es posible también contar con estructuras conocidas de gastos o de consumo para utilizarlas como referencia. Tengamos en cuenta que la estructura de gastos de los hogares paraguayos fue actualizada en 2012, a través de la *Encuesta de Ingresos y Gastos* del INE. Destacamos dos componentes de la estructura de gastos de esta encuesta, 29,5% del gasto corresponde a alimentación y 7,5%, a salud. Nótese que, en las encuestas de hogares, permanentes y continuas, se recaba información sobre los ingresos y no sobre los componentes del gasto del hogar.

En los estudios publicados que utilizan este concepto, descuentan de los ingresos solo los gastos de subsistencia (alimentos) no así otros gastos esenciales⁽¹⁻³⁻⁵⁾. Sin embargo, para comprender mejor el efecto económico del gasto de bolsillo para distintos hogares, hemos utilizado en este ejercicio el cálculo de la capacidad de pago con las dos canastas de consumo señaladas.

3 Corresponde a los valores mensuales (guaraníes) de la línea de pobreza extrema y pobreza total por área de residencia en 2020. Publicado por el INE en: <https://www.ine.gov.py/default.php?publicacion=4>

Retomando los cálculos que hemos planteado, tenemos ya numeradores y denominadores para cada hogar. El efecto económico sobre los hogares lo estudiaremos mediante el cociente de las razones entre el gasto de bolsillo en salud (numerador) y las capacidades de pago del hogar (denominadores), resultados que se describen en la siguiente tabla (Tabla 1).

Tabla 1
Cociente entre el gasto de bolsillo en salud y la capacidad de pago de tres hogares en tres situaciones supuestas en 2020.

	Q1 (menor ingreso)		Q3		Q5 (mayor ingreso)	
	CPHca	CPHcb	CPHca	CPHcb	CPHca	CPHcb
GBS (medicamentos)	0,14	1,79	0,07	0,12	0,02	0,02
GBS (diagnóstico)	0,30	3,78	0,14	0,24	0,05	0,05
GBS (hospitalización)	2,16	27,58	1,01	1,78	0,33	0,38

Obs: Las situaciones son hipotéticas para explicar el efecto posible. Los parámetros de ingresos y gastos corresponden a datos del INE y parámetros conocidos del gasto de bolsillo. La capacidad de pago se ha calculado con base al consumo alimentario (CPHca) y consumo básico (CPHcb).

Analicemos ahora cada gasto para los tres hogares. Para ello vamos a asumir que solamente se realiza un gasto a la vez. Para facilitar la identificación de los hogares denominaremos en adelante hogar Q1 al del primer quintil de ingresos, hogar Q3 al del tercer quintil y hogar Q5 para el hogar del quintil de mayor ingreso.

Ante el gasto de bolsillo para comprar medicamentos, el hogar Q5 pudo mantener sin inconvenientes su consumo alimentario y su consumo básico pues este gasto representó el 2% de la capacidad de pago en relación a ambas canastas consideradas. El hogar Q3 también lo pudo hacer, aunque la proporción afectada de su capacidad de pago ha sido mayor, pues el gasto por medicamentos representó 7% y 12% de las dos capacidades de pago consideradas para este hogar, respectivamente. Para el hogar Q1 la situación es distinta, porque la compra de medicamentos ha afectado su canasta básica pues ha excedido esta capacidad de pago, solo pudo mantener su consumo de alimentos. En este último caso, si el hogar queda sin poder cubrir la canasta básica, porque no dispone de otros recursos más que sus ingresos, entonces significa que este hogar está cayendo por debajo de la línea de pobreza. La situación de equilibrio económico para el hogar Q1 es frágil y la compra de medicamentos ya le genera problemas, tendrá que conseguir dinero extra para mantener el consumo básico de todos sus integrantes.

Veamos ahora lo que sucede con el gasto de bolsillo para exámenes o estudios auxiliares de diagnóstico cuyo promedio de gasto es un

poco más que el doble que lo gastado para comprar medicamentos. Ante este gasto de bolsillo, el hogar Q5 ha mantenido su capacidad de pago, pues su consumo de alimentos ni otros de la canasta básica se ha visto afectado. Este gasto de bolsillo representa el 5% de la capacidad de pago del hogar Q5. El hogar Q3 también pudo conservar su consumo básico, aunque este gasto de bolsillo haya utilizado una mayor proporción de su capacidad de pago, 14% y 24% respectivamente. El hogar Q1 pudo mantener su consumo de alimento, pero no de los demás componentes del consumo básico. Tendrá que conseguir más dinero extra que el que necesitaba ante la compra de medicamentos. Si consigue un préstamo, y la cuota le permite mantener su consumo, necesitará tres meses para cubrir la deuda. Si no puede cubrir esta canasta básica significa que caerá por debajo de la línea de pobreza.

Por último, analicemos lo que pasa con el gasto de bolsillo ante una hospitalización, que es considerablemente superior a los dos gastos previos que hemos analizado. El hogar Q5 no ha afectado sus recursos para consumo. Puede pagar la hospitalización conforme a su capacidad de pago, pues el gasto de bolsillo representa 33% o 38% de esta capacidad, según la definición adoptada. El hogar Q3 quedó al límite de mantener su consumo alimentario sin necesidad de otros recursos más que sus ingresos, pero, ya se ve sobrepasado para mantener su consumo básico adicional al alimentario. Necesitará utilizar ahorros o hacer un préstamo. Si la cuota del préstamo le permitiera mantener su canasta básica de consumo, podría cubrir esta deuda en un mes. Podría recurrir al apoyo de su red familiar o social. El hogar Q1 se ve seriamente comprometido, pues si hace el gasto afectará su consumo de alimento y si le otorgan un préstamo cuya cuota le permita mantener su canasta básica, tardará más de dos años en pagar la deuda. Le será difícil conseguir todo el dinero necesario mediante su red familiar o de amigos, quienes, seguramente, comparten similares necesidades que deben satisfacer con ingresos limitados.

Hasta este momento hemos considerado diferentes situaciones para tres hogares con diferentes capacidades para hacer frente al gasto de bolsillo. Hemos calculado la capacidad de pago con base a los valores de dos canastas de consumo básico, una de ellas exclusivamente de alimentos. Nótese que nos hemos referido a cada hogar en particular. Hemos asumido varios supuestos para hacer este ejercicio. Ya mencionamos varios al inicio de nuestros cálculos, pero hemos reservado uno último para este momento: asumimos que los hogares tienen disponible el monto de dinero comprendido en lo que hemos denominado

capacidad de pago del hogar. Es decir, que no tienen compromisos más allá de su consumo básico, pero sabemos que en la realidad esto no necesariamente es así. En realidad, ese “espacio” de adaptación posible para el hogar es el monto máximo posible al que puede adaptarse un hogar para pagar las cuentas de salud, sacrificando otros compromisos y manteniendo, al menos, el consumo básico para todos sus integrantes.

En este ejercicio, el universo de estudio ha sido limitado con apenas tres hogares, donde todos tuvieron enfermos y gastos. Cada uno lo estudiamos por separado. Pero podríamos hacer el cálculo de medidas de resumen para estos indicadores.

Haciendo el ejercicio, utilizando indicadores de resumen, observamos que el cociente promedio que representa a los tres hogares señala que no se sobrepasa la capacidad de pago en las tres situaciones hipotéticas que hemos planteado (Tabla 2).

Tabla 2
Promedio de los cocientes entre el gasto de bolsillo en salud y la capacidad de pago de tres hogares en tres situaciones supuestas en 2020.

	CPHca	CPHcb
GBS (medicamentos)	0,04	0,06
GBS (diagnóstico)	0,09	0,13
GBS (hospitalización)	0,67	0,94

Obs: Las situaciones son hipotéticas para explicar el efecto posible. Los parámetros de ingresos y gastos corresponden a datos del INE y parámetros conocidos del gasto de bolsillo. La capacidad de pago se ha calculado con base al consumo alimentario (CPHca) y consumo básico (CPHcb).

Si tuviéramos una serie de hogares, entre ellos hogares que no tuvieron gastos de bolsillo en salud, entonces, estaríamos ante proporciones mucho menores en relación a la capacidad de pago de todos los hogares considerados.

Cabe, entonces, una nueva pregunta: *¿Cómo puede ser analizado el gasto de bolsillo en salud en un territorio y población definidos?*

Lo primero que podemos señalar es que, si se conoce un parámetro aplicable a la población o a los hogares, podría estimarse un *efecto potencial*, en caso de que un hogar de determinadas características tenga que hacer frente al gasto de bolsillo en salud conocido, ya sea para comprar medicamentos, pagar por estudios de diagnóstico o pagar las cuentas ante una hospitalización.

Este efecto o riesgo potencial podría calcularse a partir de un parámetro del gasto de bolsillo en salud o a partir de una razón de este

gasto con la capacidad de pago, con los ingresos o los gastos, tal como hemos procedido para calcularlo en los casos supuestos que hemos comentado.

En nuestros estudios hemos calculado este efecto potencial utilizando parámetros conocidos de la encuesta de hogares del 2014 tanto para gastos de bolsillo por componente como para la capacidad de pago. Para interpretar los resultados utilizamos como parámetro la estructura de gastos de la Encuesta de Ingresos y Gastos del 2012, donde el gasto para salud correspondía al 7,5% de los gastos. Nuestras mediciones señalaron que el efecto potencial del gasto de bolsillo en salud sería la afectación del 10,9% de la capacidad de pago, pero con una distribución diferencial por componente, donde la hospitalización puede afectar al 64% de la capacidad de pago (Tabla 3)⁽⁴⁻⁶⁾.

Tabla 3
Paraguay 2014: Efecto potencial del gasto de bolsillo en salud sobre la capacidad de pago mensual de los hogares.

Componentes del gasto de bolsillo en salud	100xGasto de bolsillo/capacidad de pago mensual del hogar
Consultas	2,7%
Medicamentos	6,0%
Exámenes	8,3%
Hospitalización	64,4%

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH.

Cuando se estudia la distribución real de este efecto entre la población o entre los hogares de un territorio o de un país, los cocientes entre gasto de bolsillo y capacidad del hogar tendrá que referirse a un universo delimitado. Nuevamente, aquí habrá que establecer ese límite de acuerdo a la pregunta de investigación que se busca responder. La referencia podrá ser en relación a: a) todos los hogares; b) hogares con enfermos, c) que consultaron ante la enfermedad, d) que tuvieron gastos de bolsillo.

Cuando se analiza el gasto de bolsillo en salud a partir de la encuesta de hogares de Paraguay habrá que optar por la temporalidad mensual o trimestral. Nosotros hemos optado por considerar mensual cuando se estima el efecto potencial de un caso posible para el hogar o cuando se estudia la distribución real tomando como unidad de análisis a las personas y no a los hogares. Pero, cuando estudiamos la distribución real del gasto tomando como unidad a los hogares hemos optado por trimestralizar los ingresos o la capacidad de pago, por las razones

que hemos explicado en el apartado sobre cuantificación del gasto de bolsillo en salud.

Adoptada esta definición, deberá interpretarse correctamente los valores resultantes, pues son indicadores que resumen la distribución del efecto del gasto de bolsillo en un conjunto de casos donde puede haber gasto nulo o gastos elevados extremos. Además, debe tenerse en cuenta que no todos los casos tienen la misma estructura de gastos ni la misma composición del hogar. Algunos solo gastan en consultas, otros solamente en medicamentos, otros, solo en gastos por exámenes y otros, solo cuentas de hospital, pero hay otros que presentan una combinación de estos gastos. El cociente resultante de la razón gasto de bolsillo en salud con capacidad de pago o con ingresos, es un indicador sintético de esas realidades diferentes.

En nuestras investigaciones hemos definido primero, la proporción de casos con gastos en cada componente, para poder, luego, interpretar mejor los indicadores que los resume en un único valor. Por ejemplo, en 2014 el 55,8% de los hogares tuvo al menos un integrante enfermo o accidentado. Entre estos hogares, el 82% tuvo gasto de bolsillo en salud. Pero, cada componente del gasto tuvo una distribución diferente considerando todos los hogares con enfermos: 79% tuvo gasto por medicamentos, 22% tuvo gasto por exámenes, 19% por honorarios de consultas y 3% ante hospitalización.

Con este marco, entonces podemos interpretar mejor cómo el indicador “cociente de la razón del gasto de bolsillo (con todos los conceptos de gastos) sobre la capacidad de pago de los hogares (de un universo determinado)” resume la situación en una distribución real para un conjunto de observaciones.

En nuestra investigación, en 2014 esta razón resultó ser 4,6% cuando se consideraron todos los hogares, 8,2% cuando se consideró a los hogares con enfermos y 9,1% cuando solo se consideró a los hogares con gasto de bolsillo.

Digamos que queremos responder con un solo indicador la pregunta *¿cómo incide el gasto de bolsillo en salud en la economía de los hogares paraguayos?*

Esta es una pregunta amplia, que no hace acotaciones, entonces, podemos responder mediante la razón del gasto de bolsillo con la capacidad de pago de los hogares, incluyendo a todos los hogares. Quiere decir que, para la estimación del promedio incluiremos hogares sin enfermos, con enfermos, con y sin gastos de bolsillo.

Nuestra respuesta será: *En Paraguay, el gasto de bolsillo en salud fue el 4,6% de la capacidad de pago entre todos los hogares en 2014.*

Esta pequeña proporción resume situaciones muy diferentes del gasto de bolsillo y de la capacidad de pago. Por ejemplo, si desagregamos el mismo indicador por quintiles de ingresos, para los hogares Q1 será 15,6%, para los hogares Q3 2,4% y para los hogares Q5 1,4%.

Recordemos que en la Encuesta Permanente de Hogares de Paraguay no recaba información sobre todos los gastos del hogar, y que la capacidad de pago la construimos a partir de canastas conocidas o de estructura de gastos de otra encuesta.

La misma pregunta *¿cómo incide el gasto de bolsillo en salud en la economía de los hogares paraguayos?* podríamos responderla utilizando otro indicador: la razón gasto de bolsillo/ingreso. Ya que estamos utilizando la unidad de análisis hogares, entonces, tanto el gasto como el ingreso están trimestralizados.

La nueva respuesta será: *En Paraguay, el gasto de bolsillo en salud fue el 2,6% del ingreso monetario entre todos los hogares en 2014.*

A partir de este indicador podríamos calcular su distribución por quintiles de ingresos y aplicar una prueba no paramétrica de asociación estadística (Tabla 4). Para los hogares Q1 esta razón resultó 7,0%, para los hogares Q3, 1,8%, mientras que para los hogares Q5 fue 1,5%.

Como puede observarse, este indicador es menos sensible para captar las desigualdades de las capacidades de los hogares para hacer frente al gasto de bolsillo. Consideremos la razón de estos cocientes entre Q1/Q5. Cuando utilizamos capacidad de pago, fue 11,14 y cuando usamos ingresos, fue 4,66.

Estas razones también pueden ilustrar la tendencia o la variación del comportamiento del gasto de bolsillo en una serie temporal. Consideramos que esta medida es más estable que la sola descripción de los promedios de gastos y además no se requiere de ajustes a valores constantes (Gráfico 1).

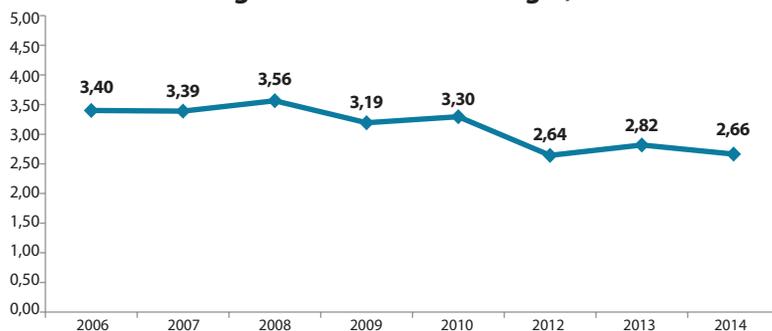
Tabla 4
Paraguay 2014: Razón entre gasto de bolsillo y el ingreso de los hogares.

Hogares	Var	100x gasto de bolsillo en salud /Ingreso
Todos n=5.165	Media	2,6%
	DE	0,2%
Q1 n=778	Media	7,0%
	DE	1,0%
Q2 n=953	Media	3,1%
	DE	0,3%
Q3 n=988	Media	1,8%
	DE	0,2%
Q4 n=1101	Media	1,5%
	DE	0,2%
Q5 n=1345	Media	1,3%
	DE	0,3%
Prueba de Kruskal-Wallis	p	0,0001

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Observación: se consideran todos los hogares en cada categoría.

Gráfico 1
Paraguay 2006-2014: Peso promedio de Gasto de Bolsillo de Salud sobre el ingreso trimestral del hogar, como %.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Observación: se consideran todos los hogares

Factores determinantes sobre la capacidad de los hogares

Hemos mencionado anteriormente, que la *capacidad total* para enfrentar gastos de bolsillo ante una enfermedad depende de la capacidad de pago, de ahorros, del acceso a crédito y del apoyo de redes sociales.

De todos estos componentes, por lo general solo tenemos los datos para estimar la capacidad de pago, no así sobre los demás.

La capacidad de pago puede ser variable en el tiempo y está determinada, principalmente, por el ingreso total del hogar, el tamaño del hogar y otras características relacionadas con el consumo. A continuación, algunas consideraciones sobre estos factores.

La capacidad de pago es sensible ante las variaciones del número de integrantes del hogar. En Paraguay, en zonas urbanas, el 30% de los hogares son de tipo extendido y es frecuente la convivencia con los padres y abuelos. En estos casos, los ingresos se mantienen más o menos iguales pero los gastos de consumo aumentan tanto para alimentación como para otros rubros.

No hay una medida de consumo justo. Lo que existe son valores de consumo mínimo aceptable para llevar una vida con cierta dignidad, donde no falte alimentos ni falten ciertos beneficios de la sociedad contemporánea que se consideran indispensables. El consumo esencial es una medida razonable para hacer comparaciones, pero no marca necesariamente un límite superior de lo justo. Lo que podemos decir es que el consumo por debajo de lo esencial, debido a una situación de carencia, es una forma de injusticia social. Preservar lo esencial es lo mínimo.

En una sociedad donde hay muchas carencias es evidente que las prioridades estén enfocadas en lo que considera esencial. Lo esencial sirve para seguir adelante. Pero, en cada hogar, las personas tienen un anhelo, no necesariamente material, sino lo que podríamos llamar un *proyecto de vida*, en el sentido de una *vida digna* con autodeterminación y con capacidades para alcanzar sus ideales, como lo plantea Amartya Sen⁽⁷⁾. Ese proyecto no puede medirse a través del ingreso ni del consumo. Verse obligado a tener que adoptar como meta de vida la subsistencia, evidentemente que posterga cualquier realización y se convierte en un asunto que debería resolverse en el ámbito de la justicia y la equidad social.

El cociente de un indicador de gasto de bolsillo sobre la capacidad de pago del hogar, utilizando un mínimo esencial, es una pequeña proporción en la que puede estar contenida la frustración de un proyecto

de vida, que se suma a la angustia de la enfermedad y las penurias financieras que afecta a todos los integrantes del hogar.

Los ingresos monetarios de un hogar pueden tener diferentes fuentes. Nos interesa en particular el ingreso monetario laboral y el tipo de empleo, pues estas características son determinantes sociales de la salud, no solamente por los recursos económicos, sino también por otros efectos directos e indirectos sobre la salud⁽⁸⁾.

Para los fines de este estudio consideremos tres aspectos sobre este asunto: a) del empleo depende la posibilidad de aportar a la seguridad social, que por antonomasia en Paraguay es el IPS, b) los trabajadores informales, además del gasto de bolsillo, enfrentan costos de oportunidad, y c) la capacidad de pago del hogar depende en gran medida del ingreso laboral.

En efecto, el tipo de empleo es determinante para el acceso a la seguridad social en Paraguay, mediante aportes al Instituto de Previsión Social (IPS) pues solo los asalariados formales lo pueden hacer. El seguro médico es parte de los beneficios junto con las pensiones y jubilaciones.

Al respecto podemos señalar la alta informalidad del empleo en el Paraguay donde 6 de cada 10 personas asalariadas tenían una ocupación informal en 2020. Ninguna de ellas puede aportar a la seguridad social. Además, el 54% de estos ocupados informales tenían un ingreso inferior al salario mínimo, acentuando estas precarias condiciones las desigualdades de ingresos⁴.

De estas características del empleo, deriva una baja cobertura de asegurados por parte del IPS: En 2019 solo el 19,6% de la población tenía este seguro de salud y en el área rural llegaba apenas al 10,3%, mientras que la población indígena estaba aún más excluida con tan solo 3,5% de la población cubierta⁵.

Wagstaff encontró que el financiamiento sanitario canalizado a través de programas gubernamentales y de seguridad social pueden tener un efecto protector para los hogares ante los efectos posibles del gasto de bolsillo en salud⁽¹³⁾.

4 Corresponde a datos del INE: Población de 15 y más años de edad ocupada asalariada y ocupación informal no agropecuaria por año, según tramos de ingreso mensual. Periodo 2012 - 2020

5 Corresponde a datos del INE: Población total por año, según área de residencia y tipo de seguro médico (%), 2017 - 2019. Promedio anual; y Población total indígena por sexo, según año de la encuesta y tipo de seguro médico. Periodo 2016-2017

En nuestro trabajo, también encontramos efectos protectores de la cobertura del seguro del IPS para los hogares en 2014.

Pero las ventajas de la formalidad no se limitan solo a la tenencia de un seguro médico. También aquellos empleados formales sin seguro médico tienen ventajas sobre los informales cuando de salud se trata, pues tienen cubierto el costo de oportunidad.

En efecto, pongamos el ejemplo de un trabajador formal y otro informal que tienen la misma enfermedad. Digamos que ambos no tienen seguro médico y ante una misma enfermedad ambos consultan a un servicio público del MSPBS. Ambos realizan estudios laboratoriales en el mismo establecimiento público de forma gratuita, ambos retiran los medicamentos gratuitos disponibles y ambos tienen más o menos el mismo gasto de bolsillo en la farmacia para adquirir aquello no disponible. Digamos incluso que ambos tienen más o menos los mismos ingresos y gastos mensuales. Hay muchas similitudes entre ellos, pero hay una diferencia sustancial entre ambos: al recibir la indicación de reposo por una semana, el trabajador formal cobrará el mismo salario a fin de mes, mientras que el trabajador informal tendrá una pérdida neta de sus ingresos pues los días de reposo no podrá trabajar. Esta pérdida se conoce como *costo de oportunidad*.

Hay otras formas del costo de oportunidad, por ejemplo, el valor del tiempo consumido durante el proceso de búsqueda y obtención de un turno y al tiempo de espera. Pensemos en el proceso: tiempo de transporte hasta el hospital, formar fila para obtener un número, esperar en la sala el momento de atención, el tiempo de consulta, turno para el laboratorio, espera para toma de muestra, espera y retiro de resultados, nueva consulta, prescripción, trámites para el retiro de medicamentos gratuitos o cotejo de precios en farmacias, obtención del dinero para compra, compra de medicamentos, controles posteriores, etc.

La búsqueda y obtención de atención, sobre todo en el sector público, puede consumir bastante tiempo.

Por ejemplo, Cabral y colaboradores estudiaron la sobredemanda en el Hospital General de Barrio Obrero y los datos publicados señalan una hora de transporte, dos horas de tiempo de espera. Regresar tomará otra hora. Se ha ido ahí media jornada de trabajo⁽⁹⁾.

Entonces, para el trabajador informal, habrá que sumarle el costo de oportunidad de este proceso al costo de oportunidad del reposo o imposibilidad de trabajo debido a la enfermedad. El costo de oportunidad puede ser una importante barrera de acceso al sistema de salud, pero

está poco estudiado y no se dispone de datos nacionales para ampliar estas consideraciones en Paraguay.

Otro tema poco abordado sobre los costos de oportunidad, es la pérdida de ingresos de los que deben cumplir el rol de cuidadores de los enfermos. Esto puede ocurrir ante la necesidad de traslado del enfermo que precisa de un acompañante para consultas, procedimientos o estudios de diagnóstico o bien, como acompañamiento de cuidado en los hospitales o en el hogar.

Otra cuestión a considerar es que no todos los hogares tienen la misma capacidad de ahorro ni posibilidad de créditos. Cuando no se dispone de ahorros ni son candidatos para recibir créditos, las opciones que quedan son: usura, empeños, otras formas de préstamos no convenientes o el apoyo de una red social también pobre. Si esto no es suficiente, la barrera financiera de acceso se vuelve insuperable y se produce exclusión. El no gasto representa la no atención. El menor gasto un tratamiento incompleto o su interrupción.

Puesto que habrá indefectiblemente variaciones de ingreso y consumo, la oportunidad de equidad se dará en la medida en que estas variables que determinan la capacidad de pago no sean condicionantes para recibir atención sanitaria cuando se necesita.

La valoración del gasto de bolsillo como barrera económica de acceso al sistema de salud debe realizarse al momento que ocurre la necesidad de atención. Por tanto, todo sistema de salud que tenga metas de protección financiera para cumplir uno de sus objetivos intrínsecos, tendrá que hacer los arreglos necesarios para que la recaudación de recursos financieros ocurra antes de este momento y evitando el pago directo al momento de tener que utilizar servicios y hacer un tratamiento ante una enfermedad. Esto depende de la cobertura del sistema de salud.

Consideraciones adicionales para los estudios de casos

En las encuestas de hogares de Paraguay se recaban datos sobre la enfermedad de los últimos 90 días y sobre el ingreso promedio mensual. Para estos dos indicadores, la medición es transversal referido a dos tiempos distintos (1 mes y 3 meses). Las variables sobre gastos de bolsillo en salud son generales y estandarizadas para todos los eventos que ocasionaron este gasto.

En los estudios de casos, fuera de las encuestas de hogares, los diseños pueden ser transversales o pueden ser longitudinales. La parti-

cularidad de la situación que se estudia permitirá a los investigadores consignar como componente del gasto de bolsillo objetos de gastos específicos. Por ejemplo, en un estudio sobre gasto de bolsillo ante la diálisis en Concepción durante el 2020, se incluyó la “dieta especial” que forma parte de la terapéutica del enfermo renal crónico y se preguntó por separado gastos rutinarios para el tratamiento de la enfermedad de base (diabetes, hipertensión, etc.) y gastos directamente relacionados con la hemodiálisis.

Pero, habrá que valorar con precaución si un desglose exigente de los componentes del gasto de bolsillo es necesario para cumplir con los objetivos de la investigación y si es conveniente según la fuente de información. Por ejemplo, los datos pueden ser recabados a partir de las historias clínicas de los pacientes (cotejando los tratamientos y estudios auxiliares con lo que está disponible en el hospital y utilizando precios promedios de mercado para construir la estructura de gastos) o a través de informantes claves (familiares o encargados de pacientes, profesionales de salud, etc.) quienes son los que conocen los gastos de bolsillo realizados.

En otro estudio que realizamos en Concepción y Encarnación sobre gastos de bolsillo ante hospitalizaciones a partir de informantes claves, pensamos inicialmente en desglosar gastos para ciertos tipos de medicamentos y estudios auxiliares específicos. Pero, en la prueba piloto nos dimos cuenta que el desglose complicaba mucho la recolección de datos por lo que optamos finalmente por categorías amplias de gastos que resultaban suficientes para responder nuestras preguntas de investigación.

Estas son consideraciones para definir y operacionalizar los numeradores.

En cuanto a los denominadores, si se va a utilizar capacidad de pago, habrá que recabar datos sobre la cantidad de integrantes, de los ingresos o sobre la estructura de gastos del hogar. Si se va a utilizar solo los ingresos, es pertinente considerar el ingreso del hogar como la sumatoria de todos los ingresos de todos los integrantes, laborales y no laborales.

En situaciones excepcionales, como, por ejemplo, puede ser el tratamiento del cáncer, en un sistema de salud con baja protección financiera y con mecanismos selectivos de protección financiera no efectivos, puede que el gasto de bolsillo en salud sea ostensiblemente elevado para aquellos que logran financiar el tratamiento de esta manera. Ante tal planteamiento, el uso como denominador tanto de los ingresos

como de la capacidad de pago, tal como venimos desarrollando, puede resultar completamente insuficiente y hasta inadecuado.

Cuando el ingreso laboral proviene de un empleo formal, hay un salario conocido. Hemos optado por considerar el salario base y beneficios habituales, excluyendo aguinaldo y bonificaciones excepcionales. Pero, en Paraguay el empleo informal está ampliamente extendido y generalmente los ingresos mensuales son variables. Estas variaciones nos han llevado a tomar en cuenta el ingreso del último mes como referencia para hacer los cálculos.

Hay tres cuestiones adicionales que nos han exigido definiciones metodológicas sobre este asunto: a) si se incluye el ingreso del enfermo entre los ingresos del hogar, para realizar los cálculos, b) qué hacer cuando la hospitalización excede el mes de estancia, y c) cómo procesar los datos cuando hay más de un enfermo en el mismo hogar.

Pongamos el ejemplo de dos enfermos por COVID-19 que ingresan al hospital, uno es trabajador asalariado formal, digamos un empleado público, y el otro es un trabajador informal, digamos un vendedor ambulante. Tendrán una estancia variable dependiendo de varios factores. Además, seguirán un proceso de recuperación en el cual no podrán trabajar. El asalariado tendrá ingresos habituales pues la ley laboral lo protege, y aunque se ausente en el trabajo por esta enfermedad al final del mes recibirá su salario. En cambio, el trabajador informal no tendrá sus ingresos habituales.

Esta es una consideración que hay que hacer cuando se interpretan los resultados, por ejemplo, describiendo previamente las características del empleo de la población estudiada.

En nuestros estudios sobre hospitalización hemos considerado hacer esta distinción para procesar los resultados, pero habiendo evaluado las ventajas y desventajas de esta sofisticación metodológica, hemos resuelto utilizar el ingreso del último mes antes de la hospitalización y, por tanto, hemos incluido el ingreso del enfermo.

Como han sido pocos los casos que excedieron el mes de estancia en el hospital, hemos resuelto, también, mantener el criterio del ingreso del último mes, para que se conserve la unidad de la metodología, pero no hubo unanimidad en el equipo de investigadores en adoptar este criterio.

Por supuesto que, cuando hay claridad en el planteamiento de la temporalidad, la referencia del ingreso debe ser el mismo que el tiempo de referencia del gasto de bolsillo, según las consideraciones ya desa-

rolladas para la encuesta de hogares. Por ejemplo, si en un estudio de caso se analiza el gasto de bolsillo anual ante la diabetes, habrá que considerar los ingresos anuales del hogar, y descontar la pérdida de ingreso por enfermedad, etc.

Cuando se estudia el gasto de bolsillo ante una epidemia, como lo es el caso del COVID-19 o el dengue, puede darse la situación que en un mismo hogar haya más de un enfermo en el periodo de estudio. La definición de cómo procesar estos casos dependerá de cuál sea la unidad de análisis: la persona o el hogar.

Los cocientes de los resultados en los estudios de casos son muy distintos a los calculados a partir de las encuestas de hogares. Recordemos que en las encuestas de hogares la resultante es de todos los gastos (algunos solo tienen gastos de consulta, otros solo de medicamentos, etc.), mientras que, en el estudio de caso, por ejemplo, ante hospitalización, es ahí donde se desglosan estos componentes.

Como ejemplo, presentamos a continuación los resultados de tres estudios ante hospitalizaciones (Tabla 5). Puede observarse la variación en el promedio de estancia en el hospital que va de seis a diecisiete días, con 98% a 100% de ocurrencia de gasto de bolsillo durante la estancia, con promedios de gasto de bolsillo en toda la hospitalización que van de 0,7 a 13 millones de Gs. y donde la razón de este gasto con los ingresos del último mes en el hogar resultó entre 0,33 a 4,6.

Tabla 5
GBS de personas ingresadas en tres hospitales públicos seleccionados en 2020-2021. Principales indicadores de resultados de tres estudios realizados.

Indicadores	H.R. IPS Encarnación Agosto 2020 a febrero 2021	H.R. IPS Concepción Octubre 2020 a noviembre 2020	H.R. MSPBS Concepción (COVID-19) Abril 2021 a junio 2021
Número de casos	95	48	92
Días de internación en promedio	8,89	6,44	16,87
% que ingresó a UTI	22,11%	0%	30,43
% que tuvo GBS	97,89%	100%	100%
GBS promedio en millones de Gs.	1,98	0,72	12,9
GBS diario promedio en millones de Gs.	0,2	0,12	0,988
Razón GBS/ingreso	1,1	0,33	4,62

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

2. EL GASTO DE BOLSILLO EXCESIVO Y CATASTRÓFICO

Concepto y operacionalización

El gasto de bolsillo en salud es, en todas las formas, un problema de equidad, un arreglo injusto del sistema de salud que debe ser atendido y corregido mediante mecanismos solidarios, equitativos y consecuentes con el derecho a la salud.

Aunque todo gasto de bolsillo en salud genera inequidad, hay dos formas de gastos excesivos que, especialmente, deberían ser suprimidos: los gastos catastróficos y los gastos empobrecedores.

La catástrofe financiera debida a gastos de bolsillo ante una enfermedad ocurre cuando se produce una disrupción económica en el hogar, una afectación de su consumo esencial, la utilización de sus ahorros o cuando hay pérdida de los bienes.

Pero, hay aún una forma de catástrofe mayor: cuando el gasto necesario es inalcanzable para el hogar y se produce una exclusión por falta de dinero.

Cuando un integrante del hogar enferma, todos tendrán que adaptarse para compensar el gasto de bolsillo que consume primero, los ingresos habituales y luego, los recursos destinados a otros fines. Cuando la situación se prolonga, entonces el hogar tendrá que procurar recursos adicionales mediante créditos o préstamos o recurrir a sus redes sociales de apoyo.

Esta adaptación puede tener diferentes consecuencias para el hogar, primero, en las características de su consumo habitual; luego, afectando a aquel consumo que se considera esencial y en algunos casos truncando proyectos o algún anhelo significativo para las personas.

Para algunos hogares, el efecto será el empobrecimiento, es decir, caerán en la pobreza como consecuencia de la magnitud del gasto de bolsillo. Para los hogares que ya son pobres, el gasto de bolsillo ante la enfermedad resultará en una profundización de esta situación. Este es un círculo negativo difícil de romper: el gasto de bolsillo genera pobreza, la pobreza se asocia a más enfermedad y más enfermedad generará más gastos de bolsillo, generando más pobreza aún.

A la angustia de la enfermedad se suma, entonces, la penuria económica, la frustración y la necesidad de posponer proyectos de vida.

El umbral de la catástrofe es variable para cada hogar, pues como hemos visto, un mismo monto de gasto de bolsillo puede tener diferentes consecuencias.

Es difícil establecer con precisión una medida que sea igualmente proporcional para cada uno de los hogares. Es posible, que mediante estudios longitudinales se pueda comprender mejor lo que sucede como adaptación a la enfermedad y los gastos. En cambio, por lo general solo se dispone de datos limitados, referidos a los ingresos o a los gastos, sin otros datos sobre la capacidad financiera del hogar. Queda entonces adoptar criterios que permitan aproximarse a una distribución de gastos excesivos para los hogares, aunque deban interpretarse con ciertas limitaciones.

Como ya lo hemos señalado, las principales fuentes de datos para estudiar el fenómeno del gasto de bolsillo provienen de encuestas de hogares, y, por tanto, son estudios cuantitativos transversales que utilizan indicadores que se han adoptado por convención. Estos indicadores son usualmente cocientes entre el gasto de bolsillo (numerador) y datos económicos del hogar (denominador) que según la disponibilidad de los datos puede ser capacidad de pago, ingresos, gastos en general o gastos de consumo.

Los indicadores de gasto catastrófico más utilizados corresponden a gasto de bolsillo que superan el 40% de la capacidad de pago del hogar⁽¹⁻³⁻⁵⁾, el 30% de la capacidad de pago del hogar⁽⁶⁾, el 25% del ingreso o gasto del hogar y el 10% del ingreso o gasto del hogar⁽¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁾.

En las publicaciones del Banco Mundial y de la OMS utilizan el término gasto catastrófico indistintamente para todos estos indicadores⁽¹⁵⁻¹⁶⁾. En cambio, nosotros hemos preferido utilizar el término gasto excesivo para incluir todos estos umbrales y catastrófico cuando supera el 25% del ingreso, o para los umbrales mayores al 30% de la capacidad de pago. Cuando en un mismo estudio hemos tenido que presentar diferentes umbrales, hemos preferido utilizar gasto excesivo para el menor umbral y catastrófico para los umbrales más elevados. Así, por ejemplo, cuando publicamos proporciones de hogares con gastos de bolsillo que superan el 10% y el 25% de los ingresos del hogar, nos referimos al primero como excesivo y al segundo, como catastrófico⁽¹⁰⁾.

Para reportar la proporción de hogares o de población afectada por gastos catastróficos o empobrecedores de salud suele utilizarse como denominador el total de hogares o el total de la población, según sea el caso, independientemente de su condición de enfermedad o gasto de bolsillo en ese periodo⁽¹⁻⁵⁻⁶⁻¹⁶⁻¹⁷⁾.

Estimaciones a partir de la encuesta de hogares

Cuando se selecciona un indicador, además de los objetivos y preguntas de investigación, hay que tener en cuenta las características de la fuente de datos. Cuanto más exigente sea la definición, es posible que se pierda la suficiencia muestral para realizar los análisis considerando varias estratificaciones. Se tendrá esta dificultad, sobre todo al plantear análisis bivariados o multivariados, pero podría presentarse dificultades incluso en procesamientos univariados como, por ejemplo, por quintiles o deciles de ingresos o de capacidad de pago.

En nuestros estudios, a partir de las encuestas de hogares de Paraguay hasta el 2014, hemos definido como mínimo, 30 observaciones para considerarlas válidas. Hemos medido diferentes umbrales para poder comprender mejor la distribución del gasto excesivo y también hemos probado diferentes procesamientos para definir la capacidad de pago, ya sea utilizando las canastas de consumo oficiales, o la estructura de gastos para los estratos que queremos estudiar o utilizando la línea internacional de pobreza.

Por ejemplo, para estudiar gastos excesivos y catastróficos utilizamos los umbrales de gastos de bolsillo en salud, mayores a 10%, 20%, 30% y 40% de la capacidad de pago, resultando que la proporción de hogares con estos niveles de gastos fue 8,7%, 4,4%, 2,8% y 1,97%, respectivamente (considerando todos los hogares del país). Para estimar la cantidad de hogares a que estas proporciones representan, hay que aplicar expansores censales que están calculados por el INE. Aplicando estos expansores, estas pequeñas proporciones representaron a 141.000 hogares, 71.000 hogares, 45.000 hogares y 31.000 hogares con gastos catastróficos respectivamente⁽⁶⁾.

Considerando ventajas y desventajas, hemos optado por utilizar la definición de gasto catastrófico cuando el gasto de bolsillo en salud es mayor al 30% de la capacidad de pago de los hogares, calculada con la línea de pobreza nacional, pues este umbral es más flexible para hacer estratificaciones que el umbral de 40%. Este umbral nos ha permitido hacer análisis con más estratificaciones.

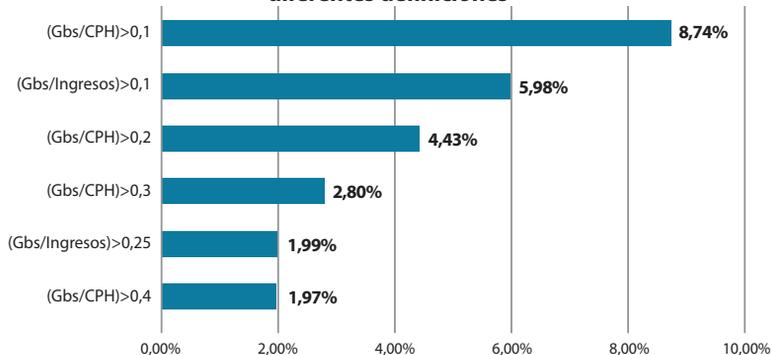
La cantidad de personas afectadas por gastos catastróficos puede estimarse de dos maneras: la cantidad de personas que viven en hogares que enfrentan gastos catastróficos o bien, la cantidad de enfermos cuyos hogares enfrentan gastos catastróficos.

Aunque la utilización de la capacidad de pago se ajuste más al concepto que venimos explicando, el inconveniente está en que su determi-

nación es “indirecta” pues hay que utilizar parámetros como el valor de las canastas de consumo, tal como hemos referido. Si quisiéramos utilizar una medida “directa” de la capacidad financiera de los hogares podríamos hacerlo utilizando directamente sus ingresos. Decimos “directa” porque el dato está en la misma base de datos de la encuesta de hogares. Pero, hay que tener en cuenta que esta decisión obedece a una cuestión estrictamente relacionada con la disponibilidad de datos, pues conceptualmente la capacidad de pago es el criterio más apropiado.

Por ejemplo, para el estudio que realizamos con la base de datos de la encuesta de hogares del 2014 fueron incluidos los 5.165 hogares de la muestra. Esta muestra fue representativa de 1.621.525 hogares a nivel nacional. Cada hogar estaba integrado por 4,03 personas en promedio y con las proyecciones censales se estimó que la población total era 6.546.971. Del total de la muestra, 2.334 (45,19%) hogares tuvieron gasto de bolsillo en salud y entre estos, 309 hogares (5,98%) presentaron gastos excesivos mayor al 10% de sus ingresos. Entre estos, 103 hogares (1,99% de la muestra) tuvieron gastos catastróficos mayor al 25% de sus ingresos. Aplicando factores de expansión censal se estimó que la cantidad de hogares afectados a nivel nacional eran 88.531 (5,46%) hogares con gasto de bolsillo en salud mayor a 10% de los ingresos y 28.023 (1,73%) hogares con gasto mayor a 25% de los ingresos. La población afectada en ellas fue 347.315 (5,30%) y 110.942 (1,69%), respectivamente según estos indicadores⁽⁶⁾.

Gráfico 2
Paraguay 2014: Incidencia de gasto de bolsillo en salud catastróficos según diferentes definiciones



Gbs= gasto de bolsillo en salud; **CPH**= capacidad de pago del hogar.

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Observaciones: Para las proporciones se consideran todos los hogares. Todos los valores están trimestralizados.

Gastos de bolsillo exorbitantes en los estudios de casos

En nuestras investigaciones hemos aplicado las mismas definiciones para los estudios de casos en hospitales seleccionados, ante el parto, ante la hemodiálisis y ante hospitalizaciones.

En estos trabajos, el gasto de bolsillo estuvo ampliamente extendido entre los pacientes, siendo que nueve de cada diez tuvieron que realizar gasto de bolsillo para comprar aquello no disponible o disponible de forma insuficiente en los hospitales, en ese momento.

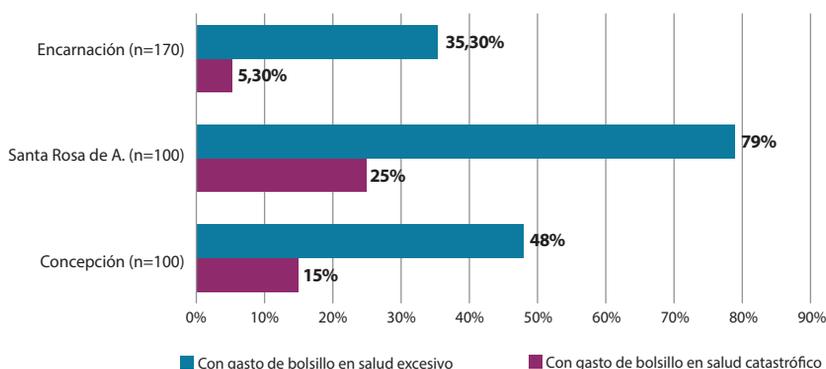
Tomamos como unidad de análisis a las personas, los pacientes, y sus gastos lo hemos relacionado con el ingreso de sus hogares correspondiente al último mes al ingreso del hospital o tratamiento. Incluimos también el ingreso monetario de las personas enfermas. Definimos como gasto excesivo al cociente de la razón gasto de bolsillo/ingreso del hogar mayor a 0,1 y catastrófico al cociente mayor a 0,25.

Resultó que entre las mujeres que ingresaron para atención al parto, el gasto de bolsillo excesivo estuvo entre 35% y 79% de los casos, mientras que el gasto catastrófico estuvo entre 5% y 25%, según el hospital y asociado al tipo de parto (normal o cesárea) (Gráfico 3).

Ante la hospitalización por otras causas, el gasto de bolsillo fue considerablemente mayor, sobre todo cuando el motivo fue el COVID-19 y se requirió ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos.

Gráfico 3

Paraguay 2020: Gastos de bolsillo excesivos y catastróficos ante el parto en tres hospitales públicos seleccionados.

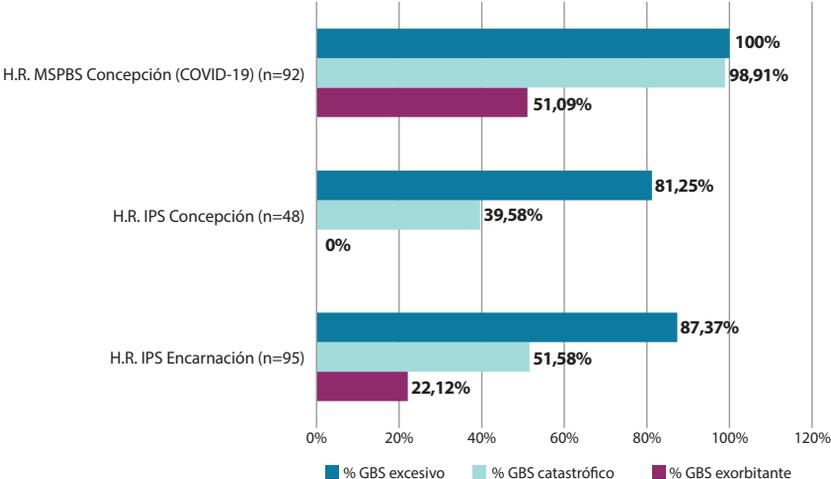


Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Ante la hospitalización, el gasto de bolsillo excesivo estuvo entre el 81% y el 100% de los casos. La proporción de casos con gastos catastróficos estuvo entre 40% y 99% de los casos. En la serie hemos observado gastos muy elevados incluso ante ingresos del hogar también elevados. En los casos ingresados por COVID-19 el cociente de la razón gasto de bolsillo del paciente/ingreso del hogar fue en promedio 4,69.

Ante esta situación, pensamos que era razonable (y necesario) proponer una medida adicional para poder describir mejor la distribución del gasto de bolsillo excesivo en la serie de casos. Evaluamos utilizar la mediana del cociente de esta razón y otras medidas. Optamos por adoptar un umbral fijo que guardara relación con los gastos catastróficos. Hemos optado por el cociente mayor a 2,5 y hemos denominado a este tipo de gasto de bolsillo como *gasto exorbitante*. En los estudios realizados el gasto exorbitante estuvo entre el 22% y 51% de los casos y afectó sobre todo a pacientes graves con COVID-19 (Gráfico 4).

Gráfico 4
Paraguay 2020-2021: Gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y exorbitantes durante la hospitalización en tres hospitales públicos seleccionados.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

3. EL GASTO DE BOLSILLO Y EL EMPOBRECIMIENTO

Hasta este momento hemos planteado el análisis del efecto del gasto de bolsillo en salud, principalmente sobre la capacidad de pago de los hogares o más restringidamente, sobre los ingresos.

Pero, ¿qué sucede cuando el hogar no tiene capacidad de pago?

La falta de capacidad de pago puede ser transitoria o permanente. Lo que importa es cuál es la capacidad al momento que ocurre la necesidad de atención. Si un hogar está en permanente situación de falta de capacidad de pago, el gasto de bolsillo ante una enfermedad afectará su consumo esencial. Esta situación ocurre ante la pobreza y más dramáticamente, ante la pobreza extrema, pues aquí puede haber privación de la cantidad mínima de alimento requerido para todos los integrantes del hogar. Por tanto, habrá que hacer consideraciones particulares para el análisis ante la situación de pobreza.

Ya hemos mencionado que la canasta básica de consumo y la canasta básica de alimento definen la situación de pobreza no extrema y de pobreza extrema en el Paraguay.

En Paraguay, la pobreza total (pobres extremos y no extremos) ha disminuido casi 20 puntos porcentuales en las últimas dos décadas. En el 2000 el 45,1% de la población paraguaya era pobre. Para el 2010 esta proporción disminuyó a 39% y en el 2020 a 26,9%. Actualmente, la población pobre se estima en 1,9 millones de personas. La pobreza extrema también disminuyó en el mismo periodo de tiempo desde 11,5% a 3,9%. Considerando el área de residencia, la pobreza rural es más acentuada. En 2020 la pobreza afectaba a 34% de la población rural y a 22,7% de la población urbana. En el área rural, 7,4% de la población era pobre extremo, en cambio en el área urbana los pobres extremos eran el 1,8%⁶.

Los hogares pobres no tienen capacidad de pago ante la enfermedad y tampoco tienen ahorros ni posibilidad de créditos. Les queda el apoyo de su red social integrada por otros pobres. Las otras opciones que tienen para mantener su consumo básico o de alimentos son todas desfavorables, como, por ejemplo, préstamos informales, usura, empeño o venta de sus pocos bienes (televisor, cocina, heladera y hasta garrafas de gas).

Otra forma de entender la situación es que la capacidad de pago posible para los hogares pobres solo puede ocurrir en detrimento del consumo mínimo necesario.

6 Corresponde a datos oficiales del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

Por ejemplo, un hogar pobre extremo no puede cumplir con los requerimientos para completar una canasta de alimentos para todos los integrantes del hogar. Sin embargo, aun así, no utilizará todos sus escasos ingresos exclusivamente para comprar alimentos. Podrá, entonces, calcularse una capacidad de pago en estas condiciones, pero desde una posición crítica de deterioro, pues no se cumple con lo mínimo. Las mismas consideraciones pueden aplicarse para un hogar pobre no extremo, en relación con una canasta básica de consumo.

Habrá que considerar, entonces, otras formas de evaluar cómo afecta el gasto de bolsillo a estos hogares. El no gasto, o el gasto reducido en un sistema de salud que se financia con predominio de gasto de bolsillo significará exclusión o inclusión desigual.

Tal como lo hemos desarrollado en los apartados anteriores, el análisis de la distribución del gasto de bolsillo en salud debe ir acompañando del análisis de la distribución de la necesidad de atención.

Wagstaff, en su trabajo sobre salud y pobreza encontró que los pobres tienden a enfermar más y a tener menos acceso al sistema de salud y que los gastos para ellos tienen un impacto más significativo, al mismo tiempo que la enfermedad genera más pobreza y la agrava⁽¹⁴⁾. Además, la pobreza es un determinante social crítico para la salud, sobre todo en el contexto latinoamericano, y en el Paraguay en particular⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

En la encuesta de hogares de Paraguay hay datos disponibles sobre incidencia de enfermedad o accidente (necesidad de atención), proporción de consulta ante una enfermedad o accidente, automedicación y acceso a medicamentos gratuitos. Estos indicadores son orientadores para componer la situación, pero no son suficientes para comprender todos los aspectos relevantes del problema.

En las investigaciones que hemos realizado sobre gasto de bolsillo en salud en situación de pobreza a partir de datos de las encuestas de hogares hemos encontrado una mayor distribución de enfermedad en hogares pobres y por consiguiente una mayor incidencia de gasto de bolsillo en salud.

Para entender mejor cómo afecta el gasto de bolsillo a los pobres, hemos propuesto medir algunos indicadores complementarios. Con este propósito hemos operacionalizado los siguientes indicadores: a) equivalente a días de consumo básico, b) equivalente a días de consumo alimentario, y c) proporción sobre las transferencias monetarias estatales para combatir la pobreza. Con los datos disponibles del 2014, encontramos que el gasto de bolsillo en salud entre los pobres fue equi-

valente a 4,9 días de consumo básico, a 11,5 días de alimentación y a 42% del valor de transferencias estatales⁽¹⁷⁾.

Cuando el gasto de bolsillo se dio ante la enfermedad de niños menores de cinco años pobres, fue equivalente a siete días de alimentación para los hogares y a 54% de las transferencias estatales⁽¹⁸⁾. Cuando el gasto de bolsillo en salud se dio entre adultos mayores pobres, fue equivalente a 19 días de alimentación y a 16,9% de los subsidios alimentarios que recibían⁽¹⁹⁾.

En el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado, por primera vez, resultados de la medición de la Pobreza Multidimensional para el Paraguay, basada en el *Enfoque de Capacidades* de Amartya Sen que considera las múltiples carencias o privaciones que pueden padecer los individuos de manera simultánea, situación que los limita en el desarrollo pleno de sus capacidades⁽²⁰⁾. La metodología utilizada para la construcción del *Índice de Pobreza Multidimensional* es la desarrollada por Sabina Alkire y James Foster, que identifica a los pobres en función a un rango establecido de privaciones que sufre una persona y se asume que todos los integrantes del hogar se ven afectados por la privación⁽²¹⁾. El modelo desarrollado por el INE propone cuatro dimensiones claves para una vida digna y relacionadas con las políticas públicas implementadas en el país y con la disponibilidad de datos en la Encuesta Permanente de Hogares, que es su fuente principal (trabajo y seguridad social; salud y ambiente; vivienda y servicios; educación).

Cruzando las definiciones de pobreza monetaria y pobreza multidimensional del INE se puede observar que, en 2014, del total de hogares que tuvieron gasto de bolsillo en salud (740.379 hogares): 252.952 eran hogares pobres multidimensionales, 197.743 eran hogares pobres monetarios y entre estos, 127.053 hogares eran al mismo tiempo pobres monetarios y multidimensionales (Tabla 6).

El estudio del gasto de bolsillo en salud ante la pobreza multidimensional, abre una ventana de posibilidades para ampliar y profundizar los análisis, a partir de esta fuente de datos. El gasto de bolsillo actuaría como un elemento más de privación para los hogares vulnerables.

Tabla 6
Paraguay 2014: Hogares con gasto de bolsillo en salud (GBS) según situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria.

	No pobre monetario	Pobre monetario	Total
No pobre multidimensional	416.736	70.691	487.427
	85,5	14,5	100
Pobre multidimensional	125.900	127.052	252.952
	49,77	50,23	100
Total	542.636	197.743	740.379
	73,29	26,71	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

El empobrecimiento ante el gasto de bolsillo en salud se produce de dos formas: cuando un hogar no pobre queda por debajo de la línea de pobreza tras el gasto de bolsillo por motivos de salud o cuando un hogar que ya era pobre profundiza esta situación tras el gasto de bolsillo.

En el primer caso, se suele utilizar la variación de pobreza de hogares o de la población pobre tras el gasto de bolsillo en salud. En el segundo caso, se utiliza la brecha de pobreza, que consiste en estimar qué tanto pobres están por debajo de la línea de pobreza en promedio y cuánto varía esta brecha después del gasto de bolsillo.

Como ya hemos explicado, en Paraguay se utiliza el valor de una canasta básica de consumo para definir la pobreza. Se calcula por persona por mes, y si los ingresos del hogar no alcanzan para cubrir ese consumo básico, entonces el hogar es pobre, es decir, todos sus integrantes son así categorizados. La extrema pobreza se calcula de la misma manera en función a una canasta básica de alimentos, contenida en la canasta básica de consumo.

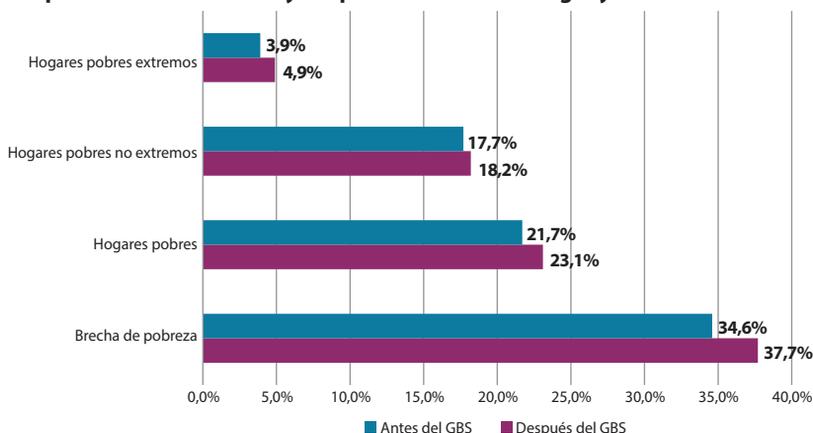
Como alternativa, puede utilizarse umbrales de pobreza monetaria internacional. El Banco Mundial utiliza 3,2 dólares diarios para definir pobreza y 1,9 dólares diarios para definir pobreza extrema (ajustados por PPA o paridad de poder adquisitivo). También se utiliza el 60% de la mediana de consumo diario por persona ⁽¹⁻⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻²²⁾.

Hemos incluido en nuestro trabajo el cálculo del empobrecimiento debido al gasto de bolsillo en salud.

En la encuesta de hogares del 2014, 23.387 hogares que no eran pobres quedaron por debajo de la línea de pobreza después del gasto de bolsillo en salud (1,44%, de todos los hogares a nivel nacional). Entre estos hogares, 2.925 quedaron por debajo de la línea de pobreza extrema. También los hogares pobres que tuvieron gasto de bolsillo en salud

profundizaron su situación de pobreza, lo que pudo evaluarse mediante la variación de la brecha de la pobreza que pasó de 34,58% a 37,67% después del gasto. Además, el 4,6% de los hogares pobres no extremos (13.104 hogares) quedaron por debajo de la línea de pobreza extrema después del gasto de bolsillo⁽⁶⁾.

Gráfico 5
Distribución porcentual de hogares en situación de pobreza y brecha de la pobreza antes del GBS y después del GBS en Paraguay en el año 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Nota: Se utilizan porcentajes sobre un total de 1.621.525 hogares estimados por la DGEEC para el año 2014. GBS: gasto de bolsillo en salud.

4. REFERENCIAS

- 1 Xu, K. (2005) *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos*. Discussion paper. World Health Organization. https://www.paho.org/chi/dmdocuments/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf
- 2 Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(3): 64-72.
- 3 O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff, A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: The World Bank. 2008.
- 4 Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(3): 64-72.
- 5 Knauth FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. Household Spending and Impoverishment. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Glo-

- bal Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012; distributed by Harvard University Press.
- 6 Giménez Caballero, E, Flores L, Rodríguez J.C., OcamposG., Peralta N. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018;16(2): 38-48.
 - 7 Restrepo-Ochoa, Diego Alveiro La salud y la vida buena: aportes del enfoque de las capacidades de Amartya Sen para el razonamiento ético en salud pública. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2013, v. 29, n. 12 [Accedido 24 Agosto 2021] , pp. 2371-2382. Disponible en: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>>. Epub 29 Ago 2013. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00069913>.
 - 8 OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
 - 9 Cabral de Bejarano, M. S., López Puig, P., Villalba, B., Giménez Caballero, E., Bejarano Cabral, M. C., Rodríguez, L., Retamozo, P., Andino, M., Alcaraz, S., & Segovia, P. (2020). Análisis de la Sobredemanda del Hospital General de Barrio Obrero. Implicancias organizacionales y funcionales de una microrred urbana. Asunción, Paraguay 2018-2019. *Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud*, 18(2), 12–26. Recuperado a partir de <https://revistascientificas.una.py/ojs/index.php/iics/article/view/329>
 - 10 OMS. Banco Mundial. (2017). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 - 11 WHO. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 - 12 WHO. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
 - 13 Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smitz MF, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K, Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e169-e179. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29248367.
 - 14 Wagstaff A. Pobreza y desigualdades en el sector de la salud. *Rev Panam Salud Pública*. 2002; 11(5-6): 316-326.
 - 15 Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. *Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas*. Washington, D.C.: OPS; 2019.
 - 16 Serafini V. Pobreza en Paraguay: crecimiento económico y conflicto redistributivo. © Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP. Asunción - Paraguay. ISBN: 978-99967-937-1-4 (versión digital). 2019. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/2019/06/pobreza-en-paraguay-crecimiento-economico-y-conflicto-redistributivo/>
 - 17 Giménez-Caballero, Edgar, Flores, Laura, Rodríguez, José Carlos, Amarilla, Marcelo, Brítez, Andrés, & Peralta, Néstor. (2021). Asociación entre gastos de bolsillo

- de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 19(1), 18-30. Epub April 00, 2021. <https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.01.18>
- 18 Giménez E, Caballero R, Araujo JM, Quevedo D. Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de menores de 5 años según su condición de pobreza en Paraguay. *Rev. salud pública Parag.* 2020; 10(1): 44-51.
 - 19 Giménez, E, Caballero, R, Peralta, N, & Araujo, J.M. (2019). Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay. *Revista de salud pública del Paraguay*, 9(2), 46-52. <https://dx.doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.46-52>
 - 20 Sen, A. (1992). Sobre conceptos y medidas de pobreza. *Comercio Exterior*, 42(4), 13.
 - 21 Alkire, S., & Foster, J. (2008). Recuento y medición multidimensional de la pobreza. OPHI Working Paper 7. Ver también: Alkire, S y Santos (2010). Enfoque de NBI y el Enfoque de Derechos Conceptos y Aplicaciones.
 - 22 Wagstaff A, Flores G, Smitz MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e180-e192. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30486-2. Epub 2017 Dec 13. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Jan 15;; PMID: 29248366.

2.

EL GASTO DE BOLSILLO EN SALUD ANALIZADO DESDE LA ENCUESTA DE HOGARES EN PARAGUAY

DISTRIBUCIÓN DE GASTOS DE BOLSILLO EXCESIVOS, CATASTRÓFICOS Y EMPOBRECEDORES EN LOS HOGARES PARAGUAYOS

Investigador principal

Edgar Giménez Caballero

Equipo de investigación

José Carlos Rodríguez

Marcelo Amarilla

Andrés Brítez

Néstor Peralta

Laura Flores

Carmen Arias

José Modesto Araujo

1. INTRODUCCIÓN

En septiembre de 2015, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) con la finalidad de lograr la paz, proteger la libertad, proteger al planeta, hacer frente al cambio climático, promover la prosperidad y el bienestar para todas las personas. Estos compromisos globales para el desarrollo se estructuraron a través de 17 objetivos y 169 metas relacionados unos con otros e integrados en un concepto amplio de desarrollo universal y sostenible. La salud ocupa un lugar destacado en esta agenda para “*garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las personas en todas las edades*”, con 13 metas y 27 indicadores de seguimiento⁽¹⁻²⁾.

En el ámbito de la salud, uno de los mayores desafíos es *lograr cobertura universal de salud* (CUS) en 2030 como parte del derecho humano a la salud mediante arreglos sociales equitativos para financiar los servicios necesarios, evitando que la población tenga que soportar penurias financieras para acceder a ellos⁽³⁻⁴⁾. Uno de los indicadores de seguimiento de la CUS se refiere a la *protección financiera* del sistema de salud, lo que se evalúa a través del *gasto de bolsillo en salud* (GBS). Cuanto mayor sea la participación del GBS en el financiamiento sanitario, habrá menor protección financiera ante la enfermedad u otra necesidad de atención⁽⁵⁾. Por tanto, la medición del GBS es un indicador de seguimiento de los ODS.

El financiamiento de la salud a través del GBS es inequitativo e injusto pues este actúa como una barrera económica de acceso o como un determinante para el quiebre o empobrecimiento de los hogares⁽⁶⁾. Si esta es la forma de financiamiento predominante, entonces el acceso dependerá de la capacidad de pago y no del derecho a la salud y muchos hogares tendrán que afectar sus consumo esencial o recurrir a ahorros, prestamos, apoyo social y hasta pérdida de bienes. Pero, algunos hogares no tendrán la capacidad suficiente para afrontar esta forma de gasto, entonces habrá exclusión o una inclusión desigual al sistema de salud. La exclusión es el no tratamiento, mientras que una inclusión desigual puede adoptar diversas formas, por ejemplo el retraso, la no completitud, la discontinuidad, la calidad reducida o la automedicación como característica del tratamiento.

La distribución del GBS no es aleatoria, sino que se da junto con la enfermedad, la cual está determinada por ciertos factores sociales y económicos denominados *determinantes sociales de la salud*⁽⁷⁾. La desigual distribución de los ingresos, la asimetría en la oferta de servicios en áreas urbanas y rurales, ciertas características del hogar y la pobreza actúan como algunos de los determinantes del GBS⁽⁸⁾. Ante estas evidencias se ha señalado que las mediciones de los indicadores de ODS deben desagregarse por ingresos, sexo, edad, raza, origen étnico, discapacidad, ubicación geográfica y estatus migratorio, cuando sea procedente, de tal modo a evaluar y hacer notar las brechas y progresos “sin que nadie quede atrás”⁽⁹⁾.

El trabajo aquí presentado corresponde a un estudio sobre el GBS en el Paraguay, a partir de la Encuesta de Hogares realizada por la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) actualmente Instituto Nacional de Estadísticas (INE) entre el 2000 y el 2014. Puesto que el último año que se recabaron datos fue el 2014, los estudios a partir de esta fuente son valiosos para determinar la línea de base ante los ODS y medir los progresos hacia la CUS.

Urden nuevas mediciones por parte del INE. Especialmente en un momento donde la salud ocupa el primer lugar de la agenda pública ante la interrupción social, económica y sanitaria ocasionada por el COVID-19. De esta crisis, y sobre la angustia de numerosas familias, se construye un anhelo social hacia un nuevo sistema de salud. La agenda de los ODS y el logro de la CUS con acceso universal a servicios de atención integral a la salud adquieren una dimensión de mayor importancia en este contexto.

El monitoreo constante de los progresos será clave para ajustar las políticas públicas que surjan de los amplios consensos necesarios para aumentar la inversión pública y reducir el GBS en el sistema de salud paraguayo.

A continuación se desarrollan aspectos conceptuales claves sobre protección financiera, GBS e indicadores de seguimiento que son utilizados cuando la fuente de datos son encuestas de hogares como la EPH del Paraguay.

Conceptos y medidas sobre el gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo en salud (GBS) corresponde a todos aquellos gastos no reembolsables que se producen al momento de utilizar servicios de salud y que se relacionan de forma directa con el proceso de atención, tratamiento y/o recuperación de las personas.

El gasto directamente relacionado con el proceso de atención puede referirse a una amplia categoría de servicios y productos. Por ejemplo, Ke Xu identifica gastos para cubrir honorarios o aranceles por consultas; gastos en farmacia para adquirir medicamentos y otros productos para la salud; gastos para cubrir estudios auxiliares de diagnóstico; y gastos para cubrir cuentas de hospitalizaciones y otros. Además incluye a la medicina alternativa y tradicional⁽¹⁰⁻¹¹⁾. Knaul y colaboradores, además de estas categorías, incluyen también a los gastos por servicios odontológicos⁽⁸⁾. Estas categorías pueden ser más específicas cuanto más específico sea el estudio y según lo permita la fuente de datos. Por ejemplo, si se estudia el GBS ante una hospitalización podrá descomponerse las cuentas en diferentes componentes nuevamente.

Quedan excluidos de la definición de GBS los gastos realizados antes de la enfermedad o del proceso de atención como por ejemplo el pago de primas o cuotas de seguros prepagos o contribuciones a la seguridad social. También quedan excluidas las eventuales devoluciones como puede ocurrir mediante ciertos beneficios de cooperativas o seguros así como los gastos indirectos como los realizados para el traslado, para comprar alimentos, gastos como viáticos de acompañantes, hospedaje y otros⁽¹⁰⁾.

Establecida una definición operativa, entonces podrá determinarse su composición pudiendo así identificar cuál de ellos tiene una mayor participación en el total. Una forma de establecer la composición es sumar totales y subtotales y de ese modo determinar la composición proporcional para cada categoría definida. Pero también es posible analizar

cómo se distribuye cada componente en la población, por ejemplo, estudiando la proporción de casos que tuvieron gasto por cada categoría. Otra forma es considerar la magnitud promedio de cada componente.

Además de la distribución, composición y magnitud del GBS interesa saber cómo afecta a los hogares. Para ello se utilizan cocientes entre el GBS y diferentes medidas de la capacidad de los hogares para realizar estos gastos⁽⁸⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹³⁾.

Por ejemplo, en Paraguay, para establecer una estructura de gastos para los hogares se utiliza la última *Encuesta de Ingresos y Gastos* realizada en el 2012 por la entonces DGEEC. Según estos datos, el gasto en salud representa el 7,5% del gasto total del hogar. Este promedio podría utilizarse como un parámetro para comparar el GBS de los hogares y poder establecer categorías siempre que se cuente con los datos sobre GBS y gastos del hogar⁽¹²⁾.

Pero, ¿cuál es el umbral para considerarlo excesivo?

Existen dos formas de gastos excesivos que se estudian frecuentemente en las publicaciones sobre GBS: el gasto catastrófico (GCS) y el gasto empobrecedor (GES). En ambos casos el concepto se relaciona con penurias financieras para los hogares pues ponen en riesgo su consumo esencial, consumen ahorros, se endeudan o pierden bienes.

La catástrofe financiera ante una enfermedad ocurre cuando se produce una interrupción económica en el hogar, una afectación de su consumo esencial, la utilización de sus ahorros o incluso ocasionando pérdida de sus bienes. Cuando un miembro del hogar se enferma, todos los integrantes terminarán con alguna adaptación para compensar el gasto de bolsillo que consume primero los ingresos habituales y luego los recursos destinados a otros fines. Cuando la situación se prolonga o se requiere atención de alto costo, entonces el hogar tendrá que procurar recursos mediante créditos o préstamos informales o recurrir a sus redes sociales de apoyo. Esta adaptación puede tener diferentes consecuencias para el hogar y truncar proyectos como una vivienda propia, estudios secundarios y universitarios u otro anhelo significativo para esas personas. A la angustia de la enfermedad se suma, entonces, la penuria económica, la frustración y la necesidad de posponer proyectos de vida.

El umbral de la catástrofe es variable para cada hogar, pues un mismo monto de gasto de bolsillo puede tener diferentes consecuencias según la capacidad para afrontarlo.

Puesto que las principales fuentes de datos para estudiar el fenómeno del GBS provienen de encuestas de hogares, prácticamente todos son estudios cuantitativos, transversales, utilizando indicadores que se han adoptado por convención. Estos indicadores son cocientes entre el GBS (numerador) y datos económicos del hogar (denominador) que según la disponibilidad de los datos pueden ser capacidad de pago, ingresos, gastos en general o gastos de consumo.

Es difícil establecer con precisión una medida que sea proporcional para cada uno de los hogares, pues debería para ello realizarse estudios longitudinales que permitan comprender la adaptación de estos ante los gastos. En cambio, por lo general solo se dispone de datos transversales de encuestas de hogares o de población con datos limitados, generalmente referidos a los ingresos o a los gastos, sin otros datos sobre la capacidad financiera del hogar.

Queda, entonces, adoptar criterios que permitan aproximarse a una a una distribución de gastos excesivos para los hogares, aunque deban interpretarse con ciertas limitaciones propias de los estudios transversales a partir de encuestas de hogares ⁽¹³⁾.

Puesto que los hogares no disponen de todos sus ingresos para afrontar GBS, pues deben mantener un consumo esencial, entre ellos de subsistencia, se ha adoptado la definición de *capacidad de pago* para cotejarlo con el GBS. La capacidad de pago resulta de descontar de los ingresos los gastos necesarios para subsistir. Convencionalmente se ha adoptado el término de gasto catastrófico en salud (GCS) cuando el GBS excede el 40% de la capacidad de pago de los hogares. Complementariamente se proponen otros umbrales por ejemplo entre 20% y 30% y entre 30% y 40% ⁽¹⁰⁾. Otros han utilizado otros límites de la capacidad de pago como el 50% ⁽¹⁴⁾, el 30% ⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾, el 20% ⁽¹⁷⁾; o bien la razón del GBS con el ingreso total de los hogares ⁽¹⁸⁾⁽¹⁹⁾ o como una proporción sobre los gastos de los hogares ⁽²⁰⁾.

El gasto empobrecedor de salud (GES) ocurre cuando un hogar no pobre, tras el GBS es empujado a la pobreza o cuando un hogar que ya era pobre aumenta su intensidad o brecha de pobreza. Para establecer umbrales puede utilizarse medidas nacionales de pobreza o bien una medida internacional ⁽⁵⁻⁸⁻¹⁰⁾.

En Paraguay el umbral de pobreza está determinado por el valor de una canasta básica de consumo por persona al mes. Los hogares que no lo pueden cubrir se consideran pobres ⁽²¹⁾. Otro umbral posible es una línea internacional de pobreza 3,20 USD (PPA) por día por persona ⁽⁵⁻²²⁾.

En el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) se han adoptado indicadores de seguimiento para la protección financiera del sistema de salud, entendiendo que esto se logra cuando se evita GBS elevados o excesivos para la población. En este sentido, uno de los indicadores de seguimiento de ODS para lograr CUS es el cociente entre el GBS y los ingresos o gastos del hogar mayor a 0,25, lo que se considera como catastrófico (GCS). Los casos que cumplen con esta condición se reportan como porcentaje sobre el total de hogares o sobre el total de la población⁽⁵⁻²²⁾. En los reportes globales sobre protección financiera y financiamiento de salud también se utiliza como GCS el cociente entre el GBS y los ingresos o gastos del hogar mayor a 0,1⁽²²⁾.

La adopción de una de estas definiciones dependerá de los objetivos y preguntas de la investigación así como de la información disponible.

Antecedentes de estudios del gasto de bolsillo en salud en diferentes contextos

La OMS y el Banco Mundial, cuentan con una base de datos que se actualiza periódicamente según se actualicen fuentes oficiales. Según el Observatorio Global de Salud de la OMS, durante el 2015 el GCS (considerando GBS/Ingreso mayor a 25%) afectó a 2.9% de la población mundial y el GES al 1,4% de la población mundial⁽²³⁾.

En un informe conjunto entre la OMS y el Banco Mundial en 2019 denominado “reporte del monitoreo global de protección financiera en salud” estimaron que en 2015 el 2,5% de la población de América Latina y el Caribe (ALC) estuvieron afectados por gastos catastróficos de salud (GBS/ingreso mayor a 25%), mientras que el 0,7% tuvieron empobrecimiento debido al gasto de bolsillo de salud (3,2 USD diarios). Sobre Paraguay, los datos corresponden al 2014, pues fue el último año que la encuesta de hogares recabó información al respecto. Ese año 1,9% y 1,6% de todos los hogares paraguayos tuvo gasto catastrófico y empobrecedor, respectivamente⁽²²⁾.

Nótese cómo estos pequeños números encierran un enorme problema.

Primero hay que considerar la magnitud absoluta de estas estimaciones: Que el 2,5% de la población de ALC fuera afectada por gastos catastróficos significa que son alrededor de 15,5 millones de personas y para el caso paraguayo se podría estimar al menos 120 mil personas. En segundo lugar, téngase en cuenta que estos números no incluyen a

aquellos que no pudieron pagar y que quedaron excluidos del sistema de salud ante una necesidad de atención. En tercer lugar, hay que considerar que estas son mediciones transversales con indicadores estandarizados, no describen lo que sucede en cada hogar afectado: el impacto de la enfermedad (discapacidad temporal o permanente, muerte), la angustia que conlleva el proceso de adaptación y las consecuencias de la adaptación para afrontar los gastos.

En una publicación en *The Lancet* en 2018, Adam Wagstaff y colaboradores presentaron los resultados de un estudio retrospectivo que abarcó 133 países entre 1984 y 2015. Utilizando el indicador GBS/ingreso mayor a 10% encontraron que la incidencia global de gasto catastrófico estuvo entre 9,7% y 11,7%⁽²⁴⁾. Otra publicación del mismo autor en el mismo año sobre gastos empobrecedores en 122 países durante el mismo periodo de estudio estimó que la incidencia de empobrecimiento estaba en torno a 2,44% de la población global, utilizando una línea internacional de pobreza⁽²⁵⁾.

En las publicaciones pueden encontrarse varios artículos referentes para América Latina. A continuación, algunas publicaciones seleccionadas que pueden utilizarse para comparar los resultados nacionales. Aunque es preciso señalar que cualquier comparación debe realizarse describiendo las diferencias entre las características de las fuentes de datos, a la temporalidad de referencia y a las diferentes definiciones posibles que se adoptan.

Perticara y colaboradores, compararon el GBS entre siete países latinoamericanos encontrando tasas de empobrecimiento entre el 1% y 1,9% debido a gastos médicos asociados a diferentes determinantes. Utilizando el umbral de 40% sobre la capacidad de pago, determinó que el GCS era más alto para la Argentina con 5,6% de hogares que incurrieron en gastos catastróficos, mientras que para Chile y México había afectado al 2% de los hogares, a 1,6% de los hogares de Ecuador, al 0,6% de los hogares de Colombia y al 0,5% de los hogares en Uruguay⁽²⁶⁾.

En otro estudio, Knaul y colaboradores compararon GCS y GES en doce países latinoamericanos, concluyendo que algunos grupos fueron más vulnerables de enfrentar gastos excesivos ya sea debido a sus ingresos o por la estructura del hogar⁽²⁷⁾.

En un estudio sobre Argentina, Albedaña concluyó que el GCS estuvo presente en el 2,3% de los hogares y GES en 1,7% de los hogares y que la distribución del GBS estuvo asociado a ciertos determinantes sociales⁽²⁸⁾. En Brasil, Luiza encontró GCS en el 5,3% de los hogares⁽²⁹⁾. En

Chile, Gallegos y Muñoz encontraron una proporción de hogares con GCS de 6%⁽³⁰⁾. Otro estudio, de Koch y colaboradores, en el marco de la reforma de salud de Chile, concluyó que a pesar de los avances en protección financiera, los esfuerzos han sido insuficientes para proteger a los grupos más pobres⁽³¹⁾.

En Colombia, Pérez y Silva reportaron que el GCS afectó al 4,1% de los hogares distribuidos según ciertos determinantes y regiones del país⁽³²⁾. Otro estudio específico sobre hogares de Cartagena, Colombia, de Alvis-Zakzuk y colaboradores, encontró diferencias entre la incidencia del GBS sobre los ingresos y la distribución de GCS entre hogares pobres y no pobres: el GBS fue el 30% de los ingresos de hogares pobres y el 7% de los hogares ricos, mientras que el riesgo de GCS fue 30,6% en los hogares pobres y de 8,6% en los hogares de mayor ingreso⁽³³⁾.

En México, Knaul y colaboradores encontraron asociación significativa entre la afiliación al seguro popular de salud y la reducción de GES⁽³⁴⁾.

Un estudio de Proaño sobre Perú, concluyó que el GCS se asoció a la pobreza, al área rural, al tamaño del hogar, a la presencia de adultos mayores y a enfermedades crónicas⁽³⁵⁾ mientras que otro estudio de Pavone y Sánchez encontró que el GBS entre los pobres se asoció con no estar afiliado al Seguro Integral de Salud, con el nivel de complejidad de la atención y con ser adulto mayor⁽³⁶⁾. En Perú, Guerrero encontró 1,3% de hogares con GCS y 1,4% con GES y que el GBS de los hogares no pobres fue 8,2 veces más que el de un hogar pobre extremo y 3,9 veces más que un hogar pobre no extremo⁽³⁷⁾.

Estos resultados no son estáticos en el tiempo. En general, estudios como estos utilizan como fuente de datos las encuestas de hogares que presentan limitaciones propias de los estudios transversales y cuyos resultados deben interpretarse bajo los conceptos de un fenómeno más amplio que es abordado puntualmente a partir de los datos disponibles, aplicando diferentes metodologías para definir GBS excesivos en función de los ingresos, de los gastos, del consumo o de la capacidad de pago de las personas o de los hogares⁽¹³⁾.

La importancia del estudio de gasto de bolsillo en el Paraguay

Además de la segmentación del sistema nacional de salud paraguayo, otra característica que le distingue es su modelo de financiamiento con baja inversión pública y alta participación del GBS⁽³⁸⁻³⁹⁻⁴⁰⁾.

En efecto, según datos oficiales, en Paraguay durante el 2018 el gasto corriente de salud por persona fue 395 USD, y representó el 6,8% del

producto interno bruto del país (PIB), pero el gasto público solo fue el 3% del PIB, mientras que el gasto privado en salud fue 3,8% del PIB¹. Es decir que el 56% del gasto corriente es salud fue privado, mientras que el 44% del gasto corriente fue público. En el sector público, el 59% del gasto corriente lo ejecutó el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS), el 36% el Instituto de Previsión Social (IPS) y el 5% restante otras instituciones varias como el Hospital de Clínicas, Hospital Militar, Hospital Policial, DIBEN, SENADIS y Gobernaciones. En el sector privado, el 79% del gasto corriente fue GBS de los hogares y el 21% fueron pagos a empresas de medicina prepaga. Si se analizan las distintas fuentes del gasto corriente en salud de ese año, la mayor carga de financiamiento recayó en los hogares, pues el GBS fue el 44% del gasto corriente en salud mientras que el presupuesto gubernamental fue 28%, las contribuciones a la seguridad social 16% y los pagos a la medicina prepaga 12%⁽⁴¹⁾.

La segmentación del sistema de salud está caracterizada por una desigual oferta de servicios y asignación de recursos. Por ejemplo, según datos del MSPBS en 2017 el gasto por persona al año para la población asignada a esta institución fue 136 UDS, mientras que para los beneficiarios del IPS fue 340 USD y para los asegurados a la medicina prepaga 649 USD⁽⁴²⁾.

Otra publicación del Banco Mundial sobre Paraguay señalaba que los funcionarios públicos con seguro privado tenían un gasto anual de 1024 USD por persona al año⁽⁴³⁾.

Esta desigual distribución de recursos conlleva a plantear, razonablemente, que hay una desigual exposición al GBS en el sistema de salud paraguayo. El no gasto podrá atribuirse a una exclusión del sistema nacional de salud ante una enfermedad o la cobertura financiera efectiva del segmento que le ha tocado.

La capacidad total de los hogares para enfrentar la situación está determinada por los ingresos, los ahorros, la posibilidad de créditos y del apoyo de la red social. Varios datos sobre Paraguay indican que estas capacidades están asimétricamente distribuidas en la población que puede cotejarse por los niveles de pobreza monetaria, pobreza multidimensional y la estructura del empleo con alta informalidad.

1 El gasto total en salud incluye el gasto corriente más el gasto de capital. Solo se cuenta con datos del gasto de capital del sector público que en 2018 fue 0,2% del PIB, sobre todo para infraestructura y compra de equipamiento. En la metodología de cuentas nacionales de salud se utilizan gastos corrientes.

En general, estos indicadores financieros de salud son desfavorables para el Paraguay. Por ejemplo, la OMS concluye que para proteger a la población de GBS excesivos, GCS y GES los sistemas de salud deben mancomunar un fondo público entorno al 6% a 7% del PIB y reducir el GBS entorno al 20% del gasto sanitario. Paraguay está a mitad de camino en ambos indicadores⁽⁵⁾.

Esta posición desfavorable también resulta al comparar indicadores de financiamiento entre países del Cono Sur. Paraguay presenta la más alta participación del GBS en el gasto sanitario, el más bajo gasto público en relación al PIB y el más bajo gasto por persona al año.

En efecto, según datos del Observatorio Global de Salud de la OMS del 2018: en Argentina la participación del GBS fue 27,7% del total, el gasto público de salud fue 5,9% del PIB y el gasto público por persona fue 692,6 USD corrientes. En Brasil la participación del GBS fue 27,5% del total, el gasto público de salud fue 3,96% del PIB y el gasto público por persona fue 353,5 USD corrientes. En Chile la participación del GBS fue 33,2% del total, el gasto público de salud fue 4,6% del PIB y el gasto público por persona 740,0 USD corrientes. En Uruguay la participación del GBS fue 16,9% del total, el gasto público de salud fue 6,7% del PIB y el gasto público por persona 1.160 USD corrientes. En cambio en Paraguay la participación del GBS fue 45% del total, el gasto público de salud fue 3% del PIB y el gasto público por persona 175,2 USD corrientes⁽²⁴⁾.

Varias fuentes señalan que el mayor componente del GBS en Paraguay es la compra de medicamentos⁽⁴⁰⁻⁴⁴⁻⁴⁶⁾. Analizando la EPH del 2014, se ha señalado que el 63,2% de los paraguayos tienen riesgo de enfrentar GCS ante un procedimiento quirúrgico⁽⁴⁵⁾. A partir de la misma encuesta se ha estimado que la incidencia de GCS fue de 2% utilizando el umbral de 40% sobre la capacidad de pago; 2,8% utilizando el 30% de la capacidad de pago y 4,4% utilizando el 20% de la capacidad de pago⁽⁴⁶⁾. También se ha estudiado el empobrecimiento, con una incidencia de GES de 1,4% entre todos los hogares⁽⁴⁷⁾. El Banco Mundial ha señalado que en el 2014 la incidencia de GCS en Paraguay fue de 9,9% para todos los hogares mientras que la incidencia de GES fue de 3,1% (Para este reporte se definió GCS como el GBS superior al 25% de los ingresos y la línea de pobreza se consideró 3,2 USD diarios)⁽⁴⁴⁾.

Habrà que revertir esta situación para alcanzar CUS en 2030 y habrá que hacer algo más que lo que se viene haciendo para lograr mejoras paramétricas que ciertamente las hubo, pero que son insuficientes. Por ejemplo, si se considera el gasto público de salud en relación al PIB, entre

el 2000 y el 2009 el promedio fue 1,8% del PIB y entre el 2010 y el 2018 el promedio fue 2,8% del PIB⁽²²⁾. Además, entre los más vulnerables el GCS ha variado poco. Por ejemplo, entre el 2000 y el 2014 la incidencia del GCS se mantuvo entorno al 5% de los hogares y entre los pobres entorno al 8% de los hogares⁽⁴⁸⁾. Si esta es la tendencia, otra década para subir apenas un punto porcentual de gasto público no alcanzará para mancomunar los necesarios fondos entre el 6% y 7% del PIB y reducir drásticamente la participación del GBS en el financiamiento sanitario.

Pero, el solo incremento del financiamiento no será suficiente. Además, habrá que implementar arreglos sociales equitativos para que la distribución de recursos para la salud “no deje a nadie atrás” y que las políticas públicas sectoriales logren reducir la participación del GBS y eviten catástrofes económicas y empobrecimiento de los hogares ante una enfermedad. Para abordar los determinantes sociales habrá que considerar, además, que los beneficios del sistema de salud requieren ser parte de un sistema de protección social universal más amplio con arreglos especiales para la población más vulnerable y pobre⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

La carga sanitaria, social y económica que ha traído la pandemia de COVID-19 se ha sumado a otros problemas de salud como las enfermedades crónicas, las epidemias recurrentes y otros problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva aún no resueltos. Por primera vez, la salud ocupa el primer lugar de la agenda pública y la sociedad paraguaya anhela un sistema de salud que incluya y proteja a todos. El estudio del GBS en Paraguay será clave para emprender este desafío.

Los resultados que se presentan en este apartado, como ya se ha mencionado, constituyen una línea de base hasta el 2030, año para el que se ha fijado la meta de alcanzar la universalidad en salud con protección financiera.

El objetivo general del trabajo ha sido analizar la magnitud y los factores asociados a los gastos catastróficos y empobrecedores ante la enfermedad en el sistema nacional de salud del Paraguay.

2. MATERIAL Y MÉTODOS

Corresponde a un estudio transversal, descriptivo, analizando la base de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) entre el 2000 y el 2014. La base de datos es accesible en el sitio web del Instituto Nacional de Estadísticas (INE)⁽⁵¹⁾.

El diseño muestral de esta encuesta ha sido probabilístico, por conglomerados, con probabilidad proporcional al tamaño, bietápico y estratificado con una representación nacional.

A partir de las bases de datos disponibles, se estudiaron las siguientes variables independientes:

- (1) **Hogares con enfermos o accidentados:** hogares con, al menos, un integrante enfermo o accidentado en los últimos 90 días.
- (2) **Hogares con personas que consultan:** hogares con, al menos, una persona enferma o accidentada que consultó con un profesional médico en los últimos 90 días.
- (3) **Hogares con gasto de bolsillo de salud:** hogares con gasto mayor a cero en gasto de bolsillo de salud (GBS), contemplando las categorías de gastos de consulta, medicamentos, exámenes y hospitalización, durante los últimos 90 días.
- (4) **Hogares con acceso a medicamentos gratuitos:** hogares que recibieron medicamentos en forma gratuita, durante los últimos 90 días.
- (5) **Magnitud del gasto de bolsillo de salud (GBS):** sumatoria del GBS para cada hogar en los últimos 90 días. Se expresó en guaraníes (Gs.) corrientes para el 2014. Se calculó de forma desagregada el gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), el cual está incluido en el cálculo de GBS.
- (6) **Magnitud del ingreso mensual del hogar:** sumatoria de los diferentes ingresos de cada hogar durante un mes, provenientes de la ocupación principal, de la ocupación secundaria y otras ocupaciones (si los hubiera), ingresos por alquileres o rentas, por jubilaciones o pensiones, transferencias familiares regulares en dinero provenientes del país y del exterior, prestaciones por divorcios, transferencias monetarias y no monetarias del gobierno y otros ingresos. Se expresó en guaraníes (Gs.) corrientes. Se desagregaron los ingresos por transferencias estatales para combatir la pobreza, los cuales fueron incluidos en el cálculo del ingreso mensual total del hogar.
- (7) **Razón GBS/Ingreso:** razón entre la magnitud del GBS y el ingreso de los hogares. Puesto que el GBS fue trimestral, también los ingresos fueron trimestrales. Se realizó un cálculo específico para el GBS por medicamentos (GBSm) y para los

ingresos por transferencias estatales de los programas Te-koporã y de pensión alimentaria para adultos mayores⁽⁵²⁻⁵³⁾.

- (8) **GBS excesivo:** hogares según hayan tenido una razón GBS/ingreso mayor a 0,1. Entre estos hogares se calculó aquellos con una razón GBS/ingreso mayor a 0,25 considerando a estos como gastos catastróficos de salud (GCS). La proporción de hogares con este tipo de gastos se expresó en porcentaje sobre todos los hogares. La proporción de hogares con una razón GBS/ingreso mayor a 0,25 fueron incluidos en el % de hogares con una razón GBS/ingreso mayor a 0,1.
- (9) **Razón GBS/valor de la canasta básica:** razón entre la magnitud del GBS y el valor diario de la canasta básica de consumo y de la canasta básica de alimentos para cada hogar. Se utilizó el valor oficial para un mes para una persona, considerando la cantidad de integrantes del hogar, dividiéndolo entre 30 días. Para esta razón se consideró solamente a aquellos hogares que tuvieron GBS.
- (10) **GBS empobrecedor o empobrecimiento por GBS:** Se calculó de dos maneras: a) hogares según que la diferencia entre sus ingresos trimestrales y el GBS sea menor o no a la línea de pobreza y pobreza extrema; b) Variación de la brecha de la pobreza definida como la variación del porcentaje de ingreso requerido para alcanzar la línea de pobreza, después de este gasto.

Los resultados fueron estratificados por área de residencia, estructura del hogar, quintiles de ingreso y condición de pobreza.

El área de residencia del hogar se procesó como una variable cualitativa dicotómica, rural y urbano. Se utilizó la definición oficial de áreas urbana y rural. Área urbana: "Todas las cabeceras de distritos oficiales, definidas conforme a leyes administrativas, presentan forma amanzanada, sin tener ninguna otra consideración especial". Área rural: "Se considera área rural al territorio situado fuera de las cabeceras distritales".

Los hogares fueron categorizados de forma dicotómica (si cumple con la característica=1 o no cumple con la característica=0) según los siguientes criterios: a) Al menos un integrante menor de 5 años; b) al menos un integrante mayor de 60 años; c) mujer como jefe de hogar; d) hogares con más de cinco integrantes; e) hogar extendido cuando está formado por una familia nuclear y uno o más parientes. Este pariente puede ser un hijo casado o cualquier otro en la línea de parentesco ver-

tical o colateral; f) hogar compuesto cuando está formado por la familia nuclear o extendida y otra u otras personas no emparentadas con el jefe, o también por otra o más personas no emparentadas entre sí; g) hogar nuclear: se compone de la pareja de esposos con o sin hijos solteros. Incluye al jefe, hombre o mujer, con uno o más hijos solteros. Puede ser hogar nuclear completo cuando están presentes ambos cónyuges (0), o puede ser hogar nuclear incompleto cuando está presente solo el padre o la madre y los hijos solteros (1).

La categorización de los hogares por quintiles de ingresos se procesó según una variable cualitativa, ordenada según el ingreso. Se formaron cinco grupos de hogares, desde el quintil 1 que incluye a los que tienen el 20% de menor ingreso, hasta el quintil 5 con el 20% de mayor ingreso.

La categorización de hogares pobres se realizó con base a la definición oficial de pobreza como aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de gasto (medido a través del ingreso) es inferior al costo de una canasta básica de consumo constituida por el conjunto de bienes y servicios que satisfacen ciertos requerimientos mínimos, tanto alimentarios como no alimentarios. En el 2014, en valores corrientes, la línea de pobreza había sido definida en 626.159 guaraníes para el área metropolitana, y 447.758 guaraníes para el resto urbano y en 386.388 guaraníes para el área rural.

Se aplicó pruebas de significancia estadística para buscar asociación entre las variables independientes y la condición de pobreza con la prueba de Chi² para las variables cualitativas y Mann Whitney para las cuantitativas. En todos los casos se consideró un nivel de significancia de 0,05. También se calculó el odds ratio (OR) con su intervalo de confianza de 95%.

Los resultados se presentaron para valores de la muestra y para la estimación de los hogares que representan. El factor de expansión utilizado fue una variable que ajusta las observaciones muestrales de la EPH a las proyecciones poblacionales del censo 2012. Esta variable está disponible en la base de datos de la EPH bajo la denominación de “fex” para el factor de expansión de hogares y de “facpob” para el factor de expansión de población en la página del Instituto Nacional de Estadística (INE)⁽⁴⁵⁾. Se utilizó Stata 16.1.

3. RESULTADOS

Para el estudio fueron incluidos los 5.165 hogares de la muestra de la EPH del 2014. Esta muestra fue representativa de 1.621.525 hogares a nivel nacional. Cada hogar estaba integrado por 4,03 personas en promedio y con las proyecciones censales se estimó una población total de 6.546.971. Cada hogar representaba a 314 hogares.

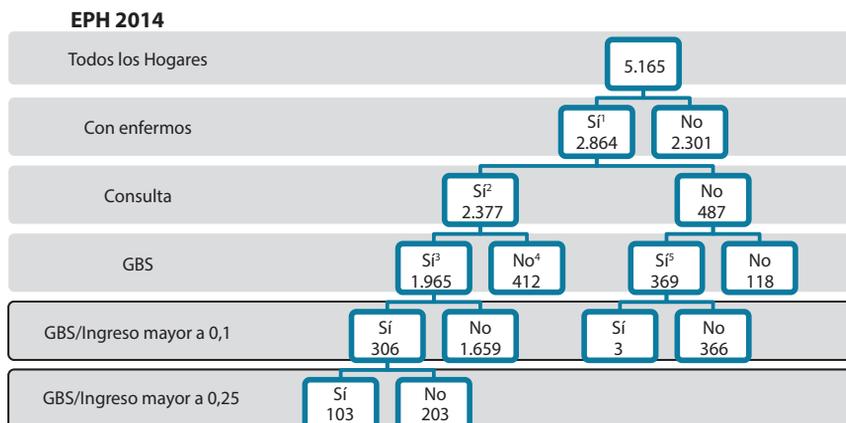
Del total de la muestra, 2.334 (45,19%) hogares tuvieron GBS y entre estos 309 hogares (5,98%) presentaron GBS excesivos, mayor al 10% de sus ingresos. Entre estos, 103 hogares (1,99% de la muestra) tuvieron GBS mayor al 25% de sus ingresos (Gráfico 1).

Aplicando factores de expansión censal se estimó que la cantidad de hogares afectados a nivel nacional eran 88.531 (5,46%) hogares con GBS mayor a 10% de los ingresos y 28.023 (1,73%) hogares con GBS mayor a 25% de los ingresos. La población afectada en ellas fue 347.315 (5,30%) y 110.942 (1,69%), respectivamente según estos indicadores.

A continuación, se presentan los resultados que describen la distribución de gastos de bolsillo excesivos y catastróficos ante la enfermedad, considerando el área de residencia, los quintiles de ingreso, la condición de pobreza y ciertas características de la estructura del hogar.

Para facilitar la descripción se denominará, en adelante, al gasto de bolsillo en salud por las siglas GBS, y al gasto de bolsillo para comprar medicamentos como GBSm.

Gráfico 1
Paraguay. Distribución de la muestra según condición enfermedad, consulta y gasto de bolsillo¹.



- (1) Corresponde a todos los hogares con enfermos o accidentados durante los últimos 90 días previos a la encuesta. Si una misma persona del hogar estuvo enferma en más de una oportunidad, se registra solo la última vez. No se registran enfermos crónicos que están en tratamiento, salvo que tengan algún evento nuevo de enfermedad o accidente en ese tiempo.
- (2) Se consideró que sí consultó cuando lo hizo con un profesional médico.
- (3) Se incluyó como gasto de bolsillo de salud (GBS) los gastos por consulta, medicamentos, exámenes y hospitalización. Quedaron excluidos gastos de transporte, alimentos y otros.
- (4) Dado que consultaron y no tuvieron GBS, puede ser: a) debido a que están cubiertos totalmente; b) no accedieron.
- (5) Dado que no consultaron y sí tuvieron GBS este gasto puede ser debido a que: a) se automedicaron; b) consultaron con un profesional no médico; c) consultaron en el sector de medicina tradicional.
- (6) Se consideró GBS excesivo cuando la razón GBS/ingreso (del hogar) fue mayor a 0,1.
- (7) Entre los hogares con gastos excesivos, se calculó aquellos cuya razón GBS/ingreso fue mayor a 0,25.

Fuente: Distribución de hogares para el estudio del gasto de bolsillo de salud en la encuesta permanente de hogares (EPH) del Paraguay en el año 2014.

El gasto de bolsillo en salud en áreas urbanas y rurales

Considerando el área de residencia, el 39,40% de los hogares eran rurales y el 60,86% eran urbanos. El ingreso de los hogares urbanos era significativamente mayor que el ingreso de los hogares rurales. Pero, el GBS y el gasto por medicamentos (GBSm) tuvo un promedio significa-

1 Si se presentan también los datos de la muestra (n) y no solo los datos expandidos (N) La multiplicación de los casos de la muestra por su coeficiente muestral; es para indicar los límites de la muestra en el estudio. Cuando los datos de la muestra son poco numerosos (menores a 30, para dar una referencia), la estimación del universo *N* a partir de la muestra *n* ya no es suficientemente precisa o significativa. Si la muestra de 5.165 es enorme, y en general eso se aplica a las variables en estudio; pero la muestra de gasto de bolsillo de personas que no consultaron al profesional, 3 familias, en ese único caso, la muestra es insuficiente. Ello ocurrirá también cuando los casos suficientemente numerosos sean desagregados en quintiles de ingreso.

tivamente superior para los hogares rurales; por consiguiente, la razón del GBS con los ingresos fue mayor para los hogares rurales (Tabla 1).

El área de residencia está asociada significativamente con la ocurrencia de la enfermedad y con mayor GBS (en general), con el gasto por medicamentos y con GBS excesivos, pero no así con la condición de *consulta* ni con el acceso a *medicamentos gratuitos*. Los hogares rurales presentaron más riesgo de tener enfermos (OR 1,43) y más riesgo de tener GBS y GBSm (OR 1,3). Por cada hogar con GBS excesivo hubo 2 a 4 hogares rurales con este tipo de gastos según se considere GBS mayor a 10% o mayor a 25% del ingreso del hogar respectivamente (Tabla 2).

En la razón del GBS sobre las canastas de *consumo* resultó que los gastos ante la enfermedad representaron 8,48 días de consumo básico y 9,28 días de consumo alimentario, considerando todos los hogares. Esta razón fue mayor para los hogares rurales: 10 y 11 días respectivamente (Tabla 3).

En la muestra, el total de hogares que recibían *transferencias* estatales para combatir la pobreza eran 523. Entre estos, el 70% eran hogares rurales y 30% urbanos. Para los hogares rurales, el GBS fue el equivalente al 50% del valor de estas transferencias mientras que para los hogares urbanos fue equivalente al 17% (Tabla 3).

Finalmente, se calculó el *empobrecimiento* debido a GBS. El resultado fue que el 1,44% de todos los hogares quedaron por debajo de la línea de pobreza después del GBS, es decir, que antes de ese gasto eran hogares no pobres. De este total de hogares empobrecidos, 60,77% fueron rurales y 39,23% urbanos. Entre los hogares pobres, el GBS profundizó esta situación: la intensidad de la pobreza pasó de 34,58% a 37,67%. En el área rural, la intensidad pasó de 36,38% a 42,23% y en el área urbana de 30,30% a 32,51%.

Tabla 1
Paraguay 2014. Descripción de variables de gasto de bolsillo en salud (GBS),
gasto del bolsillo en salud por compra de medicamentos (GBSm) y su relación
con los ingresos del hogar en un trimestre, según el área de residencia.

Hogares	Var	Ingreso mensual Gs.	GBS	GBSm	GBS/Ingreso	GBSm/Ingreso
Todos n=5.165	Media DE	5.439.666 230.344	231.587,1 29.917,47	123.863,7 6.039,78	0,026 0,002	0,016 0,001
Urbano n=3337	Media DE	6.361.118 275.624	223547,6 45128,23	114.399 7.005,556	0,017 0,001	0,010 0,0008
Rural n=1828	Media DE	4.006.605 398.033	244090,3 30293,34	138.583,2 10.873,81	0,041 0,005	0,025 0,002
Mann Whitney	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar son trimestrales. En el cuadro figura el gasto de salud sobre la canasta de todas las familias, con o sin una enfermedad nueva en el trimestre. Si fuera restringido a las familias con al menos una persona enferma, el 55,4% de las familias, la proporción de gastos se duplicaría. Y si se tomaran a aquellos que consultaron a un facultativo, que el son el 38%, la cifra de familias GBS y GBSm, etc., aumentaría 62%.

Tabla 2

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según área de residencia.

Hogares %		Con Enfermos	Consultan con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	Tienen GBSm	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25
		%	%	%	%	%	%	
Todos n=5.165	Si	55,45	46,02	25,23	45,19	43,95	5,98	1,99
	No	44,55	53,98	74,77	54,81	56,05	94,02	98,01
Urbano n=3337	Si	52,35	45,55	24,66	42,55	41,59	4,29	0,96
	No	47,65	54,45	75,34	57,45	58,41	95,71	99,04
Rural n=1828	Si	61,11	46,88	26,26	50,00	48,25	9,08	3,88
	No	38,89	53,12	73,74	50,00	51,75	90,92	96,12
Chi2	P	0,000	0,358	0,207	0,000	0,000	0,000	0,000
OR	Valor	1,43	1,06	1,09	1,35	1,31	2,23	4,17
	IC95%	1,27 a 1,61	0,94 a 1,18	0,95 a 1,24	1,20 a 1,51	1,17 a 1,47	1,77 a 2,81	2,73 a 6,37

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar son trimestrales. Acá vale la observación anterior. Los datos están considerados sobre todas las familias, no sobre las que tuvieron a, por lo menos, una persona enferma o que consultaron.

Tabla 3
Paraguay 2014. Descripción de la razón del gasto de bolsillo en salud (GBS) sobre el valor de la canasta diaria de alimentos, y de la razón del GBS sobre las transferencias estatales para combatir la pobreza, según área de residencia.

Hogares	Var	GBS/CBCd ⁽¹⁾	GBS/CBAAd ⁽²⁾	Hogares	Var	GBS/Transferencias ⁽³⁾
Todos n=5.165	Media DE IC 95%	8,48 0,81 6,89 a 10,06	9,28 0,95 7,42 a 11,15	Todos n=523	Media DE IC 95%	0,419 0,081 0,258 a 0,580
Urbano n=3337	Media DE IC 95%	7,07 1,10 4,91 a 9,24	8,16 1,31 5,58 a 10,74	Urbano n=157	Media DE IC 95%	0,173 0,043 0,087 a 0,259
Rural n=1828	Media DE IC 95%	10,30 1,18 7,96 a 12,63	11,03 1,31 8,45 a 13,61	Rural n=366	Media DE IC 95%	0,496 0,106 0,287 a 0,706

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

- (1) La canasta básica de consumo.
- (2) La canasta básica de alimentos (CBA) se define oficialmente por el gobierno nacional y corresponde a línea de pobreza extrema. Para el cálculo se consideró el valor estándar por persona al mes, considerando la cantidad de integrantes de cada hogar, dividiéndolo por 30 días. El resultado se interpreta como el equivalente del GBS a días de alimentación del hogar (CBAAd).
- (3) Corresponde a las transferencias monetarias para combatir la pobreza a través de los programas Tekoporá y de pensión alimentaria para adultos mayores pobres. Tanto el GBS como el valor de las transferencias corresponden a un trimestre.

El gasto de bolsillo en salud por quintiles de ingresos

La primera evidencia es que la *morbilidad* varía según los quintiles de ingreso (Gráfico 2, Tabla 4). La proporción de todos los hogares que declaró tener un enfermo o un herido en la familia en los últimos 90 días ha sido en promedio, el 55,45%, un 18% por mes. Como en promedio hay 4 personas por hogar, al menos dos de ellas tuvieron un accidente o una enfermedad nueva. Las dolencias crónicas no están incluidas en estos datos, sino los nuevos eventos de salud.

Vistos por niveles de ingreso, los tres sectores de menores ingresos tuvieron una morbilidad superior a la media, o sea, mayor que el 55,45%. El sector menos pudiente Q1, tuvo un 71,85% de familias con al menos un enfermo o accidentado en la casa. En cambio, en el quintil más rico, Q5, solo tuvo un 41% de casos con un enfermo o accidentado en el trimestre. El Q2 tuvo un 64% de eventos sanitarios, el Q3 un 59% y el Q4 un 51%. Un hecho notable es que en el quintil 2, hay más gastos de salud de bolsillo GBS (53) que consultas (51), lo que hace ver un mayor porcentaje de medicación sin consultas al profesional –automedicación o profesionales informales– en este tramo de ingresos. (Gráfico 2).

La relación entre pobreza y morbilidad es directa y sistemática. A menor ingreso, más casos de enfermedad o accidente. En ese lapso de tiempo evaluado, por cada persona del sector más pudiente Q5, con enfermo o accidentado, hay casi 2 casos en el Q1, el quintil de población menos pudiente. Aunque eso no esté estudiado en este artículo, la diferencia de ingresos supone diferentes condiciones de vulnerabilidad o riesgo. Eso explicaría que los Quintiles más ricos tengan una morbilidad promedio menor a los quintiles más pobres.

La interpretación del uso de los servicios médicos por quintiles no es simple y aparece incluso como paradójal. No se trata de una relación lineal donde a más pobreza se consulte más en general. Tampoco es aleatorio, sino dependiente, la pobreza se asocia con el *menor* gasto en algunos niveles de ingresos, porque los más pobres consultan menos a los servicios médicos. El gasto de salud del pobre, en parte está desalentado ante la expectativa de que no lo podrá pagar. Pero la pobreza también se asocia con el mayor uso de los servicios médicos, en otros dominios del ingreso. La morbilidad del pobre es mayor, hay más enfermos o accidentados, y mayor concurrencia.

El mayor gasto del Q5, más rico, es la internación. Ese no es gasto de bolsillo del Q1, que no puede pagarlo. El mayor gasto del Q1, más pobre, es la medicina. Una regresión polinómica simula estos valores en forma muy precisa. El Q1 concurre al médico en el 81% de los eventos nuevos declarados. El Q2 concurre en un 80%, el Q4 en un 85%, el Q4 lo hace en un 87%, es el quintil que más consulta. El Q4 vuelve a descender en un 82% (Gráfico 3).

Fueron considerados como gasto excesivo los gastos de bolsillo que excedieron al 10% del presupuesto familiar. El objetivo era ver la relación del gasto excesivo con la pertenencia a los quintiles de ingreso. La proporción de familias con gastos excesivos fue en promedio, un 6%. La cantidad tuvo una variación neta entre los quintiles de ingreso. Desagregando los datos, el gasto excesivo en salud fue de 2,8% en el Q5, el sector más pudiente; aumentó a 3,7% en el Q4; a 4,9% en el Q3; a 7,4% en el Q2; y, a 14,5% en el Q1, el quintil más pobre. Hay una relación inversa, entre los ingresos y los gastos de bolsillo excesivo en salud (Gráfico 4, Tabla 5).

La incidencia del nivel de ingreso puede medirse con los OR o Razón de Momios, que mide la probabilidad de ocurrencia de una variable (v.g. Gasto de Bolsillo excesivo cuando este está presente la otra variable, en este caso el nivel económico Q). Esta Razón es seis veces más en los más pobres Q1, en relación con el Q5; 2,8 veces en siguiente quintil

Q2, en relación con Q1; 1,81 en el Q3; y 1,37 en el Q4; tomando como coeficiente de comparación el Q5 = 1. Esto es que el ingreso incide, pero sobre todo la pobreza (Gráfico 4, Tabla 4).

La distribución de hogares con enfermos o heridos, que consultaron, que lograron acceso a medicamentos gratuitos, y que tuvieron GBS y que tuvieron GBS excesivos se asoció significativamente con los ingresos categorizados por quintiles aplicando la prueba de χ^2 ($p < 0,05$).

Aplicando un modelo de regresión logística, comparado con el quintil de mayor ingreso (Q5), los quintiles de menor ingresos tuvieron más chance de tener enfermos, de haber consultado, de obtener medicamentos gratuitos, de tener gastos y de tener gastos excesivos.

Por ejemplo, comparando el quintil con menor ingreso (Q1) con el quintil de mayor ingreso (Q5), por cada hogar del Q5 de tales características: hubo 3,6 hogares del Q1 con enfermos; 2,7 hogares del Q1 con consultas a un médico (mediados por una mayor chance de enfermedad); 2,9 hogares del Q1 con acceso a medicamentos gratuitos (que se obtienen principalmente en el sector público); 2,7 hogares del Q1 con GBS y 6,01 hogares del Q1 con gastos excesivos. Para todos los quintiles de menor ingreso que Q5, la chance de enfermedad, GBS y GBS excesivo fue superior (Tabla 4).

La razón del GBS sobre los ingresos y del GBSm (gastos bolsillo, incluyendo medicamentos y afines) sobre los ingresos, está asociada de forma estadísticamente significativa con los quintiles de ingresos (Kruskal Wallis $p < 0,05$). El promedio resultó ser menor para los quintiles de mayor ingreso, mientras que la razón con los ingresos fue significativamente mayor para los quintiles de menor ingreso (Tabla 5).

La razón del GBS sobre el consumo pudo evaluarse de forma indirecta, mediante parámetros conocidos del valor de consumo básico y consumo alimentario mínimo. Puesto que, cuando mayor es el ingreso, el GBS es mayor, y el gasto de consumo de alimentación y otros es muy diferente al parámetro mínimo de referencia. Dada la cantidad de muestras disponibles, los cálculos son válidos para los quintiles de menores ingresos, sobre todo en percentil más pobre, el Q1.

Focalizada la razón GBS sobre las transferencias estatales para combatir la pobreza –puesto que los pobres se encuentran en el quintil de menor ingreso Q1– esta razón es válida solo para ese quintil, donde están los asistidos. Los cálculos señalan que, para los hogares del Q1, el GBS equivale a cinco días de consumo básico y a 6,6 días de alimen-

tación del hogar, también que representa el 45% de las transferencias estatales para combatir la pobreza (Tabla 6).

Para entender mejor el impacto del Gasto de Bolsillo por Quintiles, es útil evaluar cómo afecta ese gasto cuando la familia tiene al menos un enfermo o accidentado (Gráfico 5). Los gastos de bolsillo del primer Quintil llegan al 21,9% en el caso de que haya un evento de salud. Los demás Quintiles no tienen una diferencia de tal magnitud entre los gastos de bolsillo del Quintil y el que se incurre con eventos sanitarios. Es que el primer Quintil incluye en su totalidad a pobres y extremos pobres en el país, para los cuales los gastos de salud son catastróficos en muy alta proporción.

Finalmente, se calculó el *empobrecimiento* debido a GBS. El 1,44% de los *hogares* quedó por debajo de la línea de pobreza, después de realizar un gasto empobrecedor de salud (GES). Es decir que, en la simulación, antes de ese gasto eran familias no-pobres y después del gasto en salud quedaron por debajo de la línea de la pobreza. Un 1,53% de las *personas*, pertenecientes a esos hogares se empobrecieron.

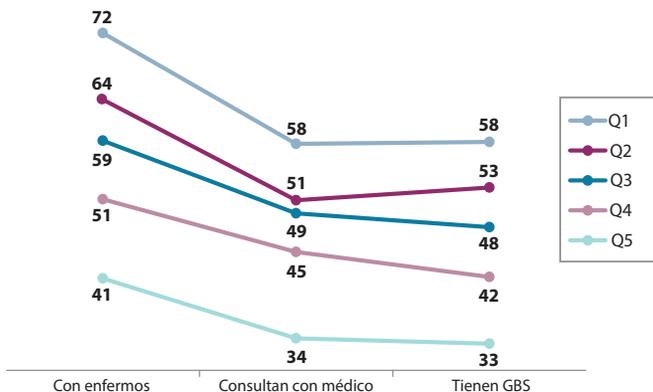
Estudiar el GES para cada quintil no resulta suficientemente en todos ellos. Una desagregación tal es excesiva para la cantidad de muestras de gastos empobrecedores disponibles por quintil² en nuestro banco de datos, en cambio, el total sí es estimable en forma robusta. Las familias empobrecidas fueron 23.387 y las personas fueron 100.176.

En el primer quintil (Q1) no se registran nuevas familias empobrecidas, porque ellas ya lo eran. La pobreza, en el país en 2004, afecta al 27%. O sea, todo el Q1 (20% más pobre) y una parte del Q2. Los empobrecidos del Q2 son la gran mayoría de los que cayeron en la pobreza a causa de los gastos de salud. En ese quintil se empobrecieron 19.948 hogares, y 87.699 personas.

Se estudió, en cambio, la *profundización* de la pobreza que han producido los gastos empobrecedores, GES. Las familias empobrecidas con mayor profundidad (375.301) provienen de la situación de pobreza extrema en un 21,5% (8.537 hogares) y de la situación de pobreza no extrema en un 78,5% (294.764 hogares).

2 En la práctica, muestras menores de 30 casos todavía no se comportan como 'grandes números' que sí son objeto de análisis de precisión estadística. A estos valores superiores se aplican pruebas de certeza y precisión probabilística.

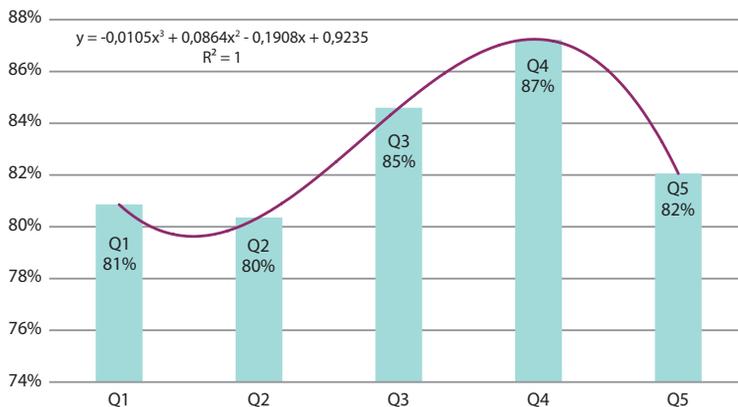
Gráfico 2
Morbilidad, consulta a los servicios de salud y gasto de bolsillo en salud por quintiles, en porcentajes de familias que incurrieron en ellos. Paraguay, EPH 2014.



Fuente: Elaboración de la EPH 2014.

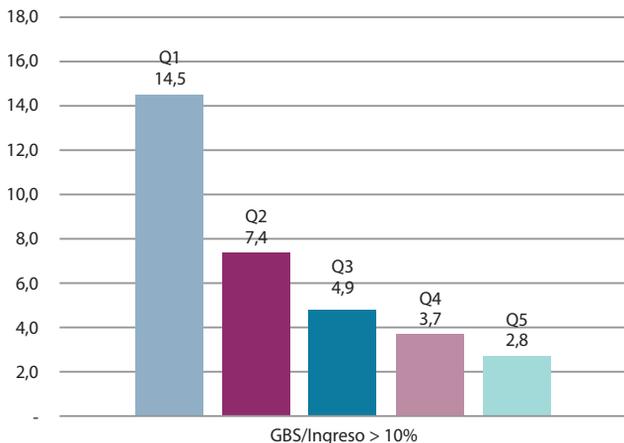
Primer Quintil Q1: 20% con menores ingresos hasta Quinto Quintil Q5: el 20% con mayores ingresos).

Gráfico 3
Paraguay EPH 2014. Consultas médicas por quintiles, Proporción de familias con enfermos/ accidentados que consultaron



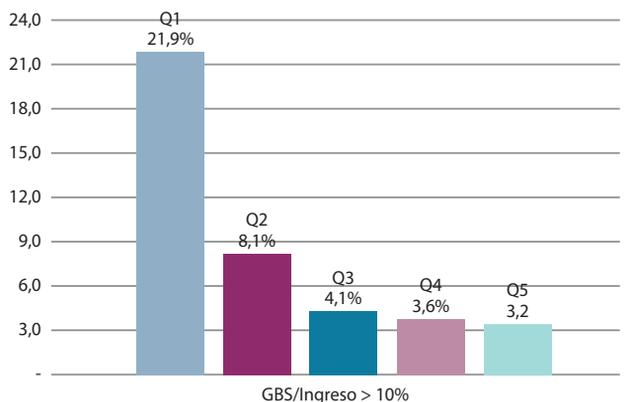
Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Gráfico 4
Paraguay EPH 2014. Gastos de bolsillo en Salud sobre ingresos familiares mayores al 10% de presupuesto familiar. Considerando todos los hogares.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014. EPH 2014. (Primer quintil Q1: 20% con menores ingresos, hasta el quinto quintil Q5: el 20% con mayores ingresos).

Gráfico 5
Paraguay EPH 2014. Gastos de Salud sobre ingresos familiares mayores al 10% de presupuesto familiar. Considerando solo los hogares con enfermos o accidentados.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014. EPH 2014. (Primer quintil Q1: 20% con menores Ingresos, hasta el quinto quintil Q5: el 20% con mayores ingresos).

Tabla 4

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según el ingreso categorizado por quintiles.

Hogares %		Con enfermos	Consul- tan con médico	Medica- mento gratis	Tienen GBS	Tienen GBSm	GBS/ Ingre- so>0,1
		%	%	%	%	%	
Todos n=5.165	Sí	55,45^p	46,02	25,23	45,19	43,95	5,98
	No	44,55	53,98	74,77	54,81	56,05	94,02
Q1 n=778	Sí	71,85	58,10	34,58	58,35	56,68	14,52
	No	28,15	41,90	65,42	41,65	43,32	85,48
Q2 n=953	Sí	63,59	51,10	29,38	52,68	51,63	7,35
	No	36,41	48,90	70,62	47,32	48,37	92,65
Q3 n=988	Sí	58,50	49,49	28,34	47,77	46,36	4,86
	No	41,50	50,51	71,66	52,23	53,64	95,14
Q4 n=1101	Sí	51,23	44,69	24,61	41,60	40,33	3,72
	No	48,77	55,31	75,39	58,40	59,67	96,28
Q5 n=1345	Sí	41,41	33,98	15,09	33,31	32,34	2,75
	No	58,59	66,02	84,91	66,69	67,66	97,25
Chi ²	P	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
OR por quintiles (Sobre Q5 de mayor ingreso)		Con en- fermos	Consul- tan con médico	Medica- mento gratis	Tienen GBS	Tienen GBSm	GBS/ Ingre- so>0,1
Q1	OR¹	3,61	2,69	2,97	2,81	2,74	6,01
	IC95%	2,96 a 4,41	2,23 a 3,25	2,40 a 3,69	2,33 a 3,39	2,27 a 3,30	4,06 a 8,90
Q2	OR	2,47	2,03	2,34	2,23	2,23	2,80
	IC95%	2,07 a 2,94	1,71 a 2,41	1,90 a 2,88	1,87 a 2,65	1,88 a 2,66	1,86 a 4,22
Q3	OR	1,99	1,90	2,22	1,83	1,81	1,81
	IC95%	1,68 a 2,36	1,61 a 2,26	1,81 a 2,73	1,54 a 2,17	1,52 a 2,15	1,17 a 2,80
Q4	OR	1,49	1,57	1,84	1,43	1,41	1,37
	IC95%	1,26 a 1,75	1,33 a 1,85	1,50 a 2,25	1,21 a 1,68	1,20 a 1,67	0,87 a 2,15

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado. (1) En toda la tabla 5 inferior, las OR (Odd ratio, o razón de probabilidad) indica el peso que tiene el ingreso sobre la ocurrencia de los eventos de la fila superior (cantidad de familias con enfermos, de consulta con médico, etc.) en relación con los Quintiles de ingreso. Toma como referencia al Q5 = 1, que no figura en la tabla 5, parte inferior. Más que uno es una asociación positiva (que ocurra el evento), y menos que uno es una asociación negativa (que no ocurra el evento).

Tabla 5

Paraguay 2014. Descripción de variables de gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto del bolsillo de salud por compra de medicamentos (GBSm) y su relación con los ingresos del hogar en un trimestre, según el ingreso categorizado por quintiles.

Hogares	Var	Ingreso mensual** Gs.	GBS	GBSm	GBS/In- greso	GBSm/ Ingreso
Todos n=5.165	Media DE	5.439.666 230.344	231.587,1 29.917,47	123.863,7 6.039,78	0,026 0,002	0,016 0,001
Q1 n=778	Media DE	1.339.683 36132,89	197.473,80 18.902,80	136.964,40 11.087,40	0,070 0,010	0,047 0,005
Q2 n=953	Media DE	2.390.688 50670,96	207.957,00 26.826,75	131.313,30 15.646,48	0,031 0,003	0,020 0,002
Q3 n=988	Media DE	3.576.648 76172,79	176.415,00 16.935,85	111.572,80 8.515,22	0,018 0,002	0,011 0,001
Q4 n=1101	Media DE	4.979.300 82699,47	190.643,90 21.220,77	108.888,40 9.567,18	0,015 0,002	0,009 0,001
Q5 n=1345	Media DE	11.776.192 689228,4	342.189,30 108.643,90	131.911,20 14.387,95	0,013 0,003	0,006 0,001
Krus- kal-Wallis	P	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001	0,0001

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado. (**) En esta columna se presenta el dato de ingreso mensual familiar.

Tabla 6.

Paraguay 2014. Descripción de la razón del gasto de bolsillo en salud (GBS) sobre el valor de la canasta diaria de alimentos, y de la razón del GBS sobre las transferencias estatales para combatir la pobreza, según el ingreso categorizado por quintiles.

Hogares	Var	GBS/ CBCd ⁽¹⁾	GBS/ CBA ⁽²⁾	Hogares	Var	GBS/ Transferen- cias ⁽³⁾
Todos n=5.165	Media DE IC 95%	8,48 0,81 6,89 a 10,06	9,28 0,95 7,42 a 11,15	Todos n=5.165	Media DE IC 95%	0,419 0,081 0,258 a 0,580
Q1 n=778	Media DE IC 95%	5,01 0,57 3,89 a 6,13	6,62 0,74 5,17 a 8,08	Q1 n=778	Media DE IC 95%	0,45 0,12 0,21 a 0,69

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

- (1) La canasta básica de consumo.
- (2) La canasta básica de alimentos (CBA) se define oficialmente por el gobierno nacional y corresponde a línea de pobreza extrema. Para el cálculo se consideró el valor estándar por persona al mes, considerando la cantidad de integrantes de cada hogar, dividiéndolo por 30 días. El resultado se interpreta como el equivalente del GBS a días de alimentación del hogar (CBA_d).
- (3) Corresponde a las transferencias monetarias para combatir la pobreza a través de los programas Tekoporá y de pensión alimentaria para adultos mayores pobres. Tanto el GBS como el valor de las transferencias corresponden a un trimestre.

El gasto de bolsillo en salud ante la pobreza

En la muestra, el 21,49% de los hogares eran pobres y el 78,51% eran no pobres.

La medida de la pobreza asumida no es un dato estándar sino específico local. Considerando la situación de pobreza, la proporción de hogares con enfermos, que consultaron con un profesional médico, que tuvieron acceso a medicamentos gratuitos, que presentaron GBS y GBS excesivo fue significativamente mayor entre los hogares pobres. Por cada hogar no pobre con GBS y GBSm hubo 1,8 hogares pobres con GBS y con GBSm. Además, por cada hogar no pobre con GBS excesivo hubo 3,04 hogares pobres con este tipo de gasto (Tabla 7).

Tabla 7

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos.

Variables	Pobres (%) n=1.110	No pobres (%) n=4.055	Valor p	OR (IC95%)
Con enfermos	69,55	51,59	<0,001	2,14 (1,85 a 2,47)
Consultan con médico	56,49	43,16	<0,001	1,71 (1,49 a 1,96)
Medicamento gratis	33,87	22,86	<0,001	1,73 (1,49 a 1,99)
Tienen GBS	56,67	42,05	<0,001	1,80 (1,57 a 2,06)
Tienen GBSm	55,41	40,81	<0,001	1,80 (1,57 a 2,06)
GBS/Ingreso>0,1	12,07	4,32	<0,001	3,04 (2,40 a 3,86)
GBS/Ingreso>0,25	4,59	1,28	<0,001	3,07 (2,50 a 5,50)

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar son trimestrales.

También la magnitud del GBS se asoció de forma significativa con la pobreza. En tanto que la cantidad gastada ante la enfermedad fue significativamente mayor en los hogares no pobres, la razón de este gasto con los ingresos fue significativamente mayor para los pobres (Tabla 8).

Entre los hogares que tuvieron GBS, este gasto fue equivalente a 8,48 días del valor de una canasta de consumo básica (canasta estándar, establecida en el ámbito gubernamental que define la línea de pobre-

za) y a 20,33 días del valor de una canasta básica de alimentos (canasta estándar, establecida en el ámbito gubernamental que define la línea de pobreza extrema). Considerando los hogares pobres, para quienes el valor de estas canastas es más aproximado, el GBS fue equivalente a 4,95 días de consumo básico y a 11,47 días de alimentación. Para los hogares no pobres el GBS fue equivalente a 9,76 días del valor de la misma canasta básica de consumo y a 23,56 días del valor de la misma canasta básica de alimentos (Tabla 8).

Entre los hogares pobres, el 17,07% recibía transferencias estatales con un promedio de 280.834 Gs. También entre los no pobres hubo 7,71% hogares que recibía transferencias estatales con un promedio de 383.803 Gs. La razón del GBS sobre estas transferencias fue 0,39 para los pobres y 0,44 para los hogares no pobres (Tabla 8).

Finalmente, se calculó el empobrecimiento debido a GBS. El resultado fue que 78 casos no pobres de la muestra quedaron por debajo de la línea de pobreza después del GBS. Estos casos representan a 23.387 hogares a nivel nacional (1,44%, de todos los hogares). Entre estos hogares, 2.925 quedaron por debajo de la línea de pobreza extrema. También los hogares pobres que tuvieron GBS profundizaron su situación de pobreza, lo que pudo evaluarse mediante la variación de la brecha de la pobreza que pasó de 34,58% a 37,67% después del GBS. Además, el 4,6% de los hogares pobres no extremos (13.104 hogares) quedaron por debajo de la línea de pobreza extrema después del GBS (Tabla 9, Gráfico 6).

Tabla 8

Paraguay 2014. Descripción de variables de gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto del bolsillo en salud por compra de medicamentos (GBSm) y su relación con los ingresos del hogar en un trimestre, sobre el valor de la canasta diaria consumo, de la canasta básica de alimentos, y de la razón del GBS sobre las transferencias estatales para combatir la pobreza.

Variables	Todos los hogares n=5.165			Hogares No Pobres n=4.055			Hogares Pobres n=1.110			Mann Whitney
	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	p
Ingreso mensual en miles de Gs.	5.439,7	230,3	4.987,1 a 5.892,3	6.498,3	274,6	5.958,9 a 7.037,8	1.620,3	40,9	1.542,7 a 1.697,9	<0,001
GBS en miles de Gs.	231,6	29,9	172,8 a 290,4	243,1	37,7	169,2 a 317,1	189,9	18,2	154,3 a 225,6	<0,001
GBSm en miles de Gs.	123,9	6,0	111,9 a 135,7	120,9	6,8	107,6 a 134,2	134,6	11,7	111,7 a 157,5	<0,001
GBS/ Ingreso (1)	0,03	0,00	0,02 a 0,03	0,02	0,00	0,02 a 0,02	0,06	0,01	0,04 a 0,07	<0,001
Variables	Todos los hogares n=2.334			Hogares No Pobres n=1.705			Hogares Pobres n=629			Mann Whitney
	Media	DE	IC 95%	P	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	p
GBS/ CBCd (2)	8,5	0,8	6,9 a 10,1	9,8	1,1	7,7 a 11,9	4,9	0,5	4,0 a 5,9	<0,001
GBS/ CBA d (3)	20,3	2,0	16,4 a 24,3	23,6	2,7	18,3 a 28,8	11,5	1,1	9,3 a 13,7	<0,001
Variables	Todos los hogares que reciben transferencias estatales n=523			Hogares No Pobres que reciben transferencias estatales n=313			Hogares Pobres que reciben transferencias estatales n=210			Mann Whitney
	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC 95%	Media	DE	IC95%	p
GBS/ Transfe-rencias (4)	0,4	0,1	0,3 a 0,6	0,4	0,1	0,2 a 0,7	0,4	0,1	0,2 a 0,6	0,048

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

- (1) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar son trimestrales.
- (2) El valor de la canasta básica de consumo (CBC) se establece oficialmente por el gobierno nacional y define la *línea de pobreza* en el país. El cálculo se realizó para aquellos hogares que tuvieron gasto de bolsillo de salud (GBS) en relación con el consumo del hogar por día (CBCd).
- (3) El valor de la canasta básica de alimentos (CBA) se establece oficialmente por el gobierno nacional y define la *línea de pobreza extrema* en el país. El cálculo se realizó para aquellos hogares que tuvieron gasto de bolsillo en salud (GBS) en relación con el consumo de alimentos del hogar por día (CBA d).
- (4) Corresponde a las transferencias monetarias para combatir la pobreza a través de los programas Tekoporã y de pensión alimentaria para adultos mayores pobres. Tanto el GBS como el valor de las transferencias corresponden a un trimestre.

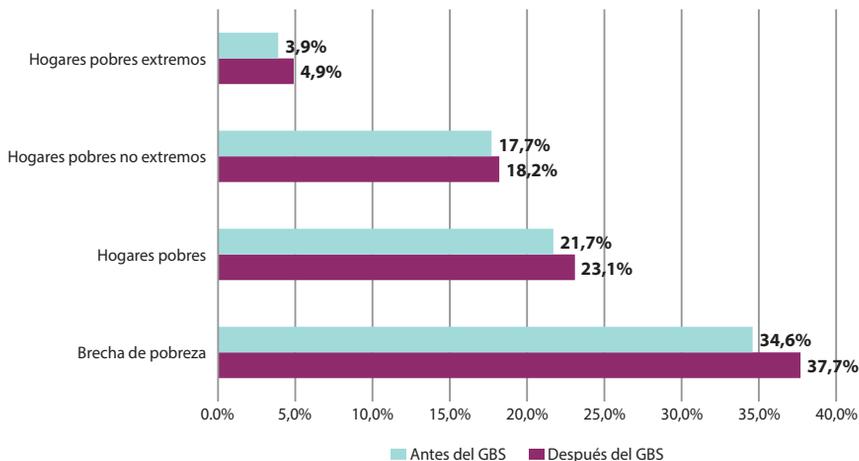
Tabla 9
Paraguay 2014. Hogares en situación de pobreza y brecha de la pobreza antes del GBS y después del GBS en la muestra y la estimación de hogares que representa esa muestra aplicando un factor censal de expansión.

Variables	Antes del GBS		Después del GBS*	
	Muestra	Expandido*	Muestra	Expandido*
Número de hogares en situación de pobreza	1.110	351.914	1188	37.5301
• Número de hogares en situación de pobreza no extrema	924	287.406	989	294.764
• Número de hogares en situación de pobreza extrema	186	64.508	199	80.537
Brecha de la pobreza en %	33,69	34,58	36,93	37,67

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

* Nota: El factor de expansión utilizado es una variable que ajusta las observaciones muestrales de la EPH a las proyecciones poblacionales del censo de población 2012.

Gráfico 6
Distribución porcentual de hogares en situación de pobreza y brecha de la pobreza antes del GBS y después del GBS en Paraguay en el año 2014.



Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Nota: Se utilizan porcentajes sobre un total de 1.621.525 hogares estimados por la DGEEC para el año 2014. GBS: gasto de bolsillo en salud

El gasto de bolsillo según ciertas características del hogar

En este apartado se explora la asociación entre el gasto excesivo, catastrófico y empobrecedor con distintas características de los hogares: su estructura, la presencia de niños menores de 5 años, la presencia de adultos mayores y el sexo de la jefatura del hogar.

La única característica que se asoció de forma estadísticamente significativa con el gasto excesivo, catastrófico y empobrecedor ha sido la presencia de adultos mayores en los hogares. La prueba utilizada fue la de χ^2 resultando para los tres tipos de gastos una $p < 0,005$. El gasto excesivo (GBS/ingreso $> 0,1$) para los hogares con adultos mayores tuvo una OR= 1,90 (IC95% 1,50 a 2,40). El gasto catastrófico (GBS/ingreso $> 0,25$) para los hogares con adultos mayores tuvo una OR= 2,13 (IC95% 1,44 a 3,16). El gasto empobrecedor para hogares con adultos mayores tuvo una OR= 1,69 (IC95% 1,07 a 2,66).

Los hogares extendidos, nucleares completos, con más de cinco integrantes y con presencia de menores de cinco años tuvieron más posibilidad de tener enfermos y más posibilidad de tener gasto de bolsillo en salud, pero no más chance de tener gastos de bolsillo excesivos.

Tabla 10

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según estructura del hogar.

Hogares N=5.165 %		Con enfermos	Consulta con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25	Empobrece
		%	%	%	%	%	%	
Nuclear completo n=2335	Sí	55,50	46,01	25,17	45,55	5,82	1,49	1,48
	No	44,50	53,99	74,83	54,45	94,18	98,51	98,52
Nuclear incompleto n=547	Sí	53,76	43,18	24,67	39,82	4,84**	1,82**	1,03**
	No	46,24	56,82	75,33	60,18	95,16	98,18	98,97
Chi2	p	0,832	0,606	0,959	0,040	0,397	0,532	0,397
Hogar no extendido n=3506	Sí	51,55	41,89	22,73	41,60	5,63	1,57	1,34
	No	48,45	58,11	77,27	58,40	94,37	98,43	98,66
Hogar extendido n=1659	Sí	64,96	57,63	33,73	54,30	5,31	2,07	1,67**
	No	35,04	42,37	66,27	45,70	94,69	97,93	98,33
Chi2	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,551	0,092	0,335
Hogar no compuesto n=5076	Sí	55,78	46,87	26,28	45,58	5,52	1,73	1,44
	No	44,22	53,13	73,72	54,42	94,48	98,27	98,56
Hogar compuesto n= 89	Sí	59,08	50,02	23,38**	50,91	6,18**	1,77**	1,39**
	No	40,92	49,98	76,62	49,09	93,82	98,23	98,61
Chi2	p	0,317	0,514	0,911	0,304	0,884	0,863	0,565

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado.

Tabla 11

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según cantidad de integrantes del hogar.

Hogares N=5.165 %		Con enfermos	Consulta con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25	Empobrece
		%	%	%	%	%	%	
Hasta 4 miembros n=3435	Sí	50,68	41,36	21,83	40,98	5,69	1,73	1,28
	No	49,32	58,64	78,17	59,02	94,31	98,27	98,72
5 o más miembros n=1730	Sí	65,28	57,10	34,32	54,24	5,23	1,72	1,74
	No	34,72	42,90	65,68	45,76	94,77	98,28	98,26
Chi2	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,494	0,598	0,239

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado.

Tabla 12

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según la presencia de niños menores de 5 años en el hogar.

Hogares N=5.165 %		Con enfermos	Consulta con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25	Empobrece
		%	%	%	%	%	%	
Sin menores de 5 años n=3681	Sí	50,15	40,43	21,18	40,18	5,59	1,78	1,32
	No	49,85	59,57	78,82	59,82	94,41	98,22	98,68
Con menores de 5 años n=1484	Sí	68,07	59,34	35,94	56,16	5,42	1,63	1,68
	No	31,93	40,66	64,06	43,84	94,58	98,37	98,32
Chi2	p	0,000	0,000	0,000	0,000	0,817	0,429	0,514

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado.

Tabla 13

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según la presencia de adultos mayores en el hogar.

Hogares N=5.165 %		Con enfermos	Consulta con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25	Empobrece
		%	%	%	%	%	%	
Sin mayores de 60 años n=3648	Sí	55,16	45,61	25,42	45,34	4,67	1,37	1,30
	No	44,84	54,39	74,58	54,66	95,33	98,63	98,70
Con mayores de 60 años n=1517	Sí	57,85	50,83	28,70	46,62	8,08	2,80	1,87
	No	42,15	49,17	71,30	53,38	91,92	97,20	98,13
Chi2	p	0,067	0,000	0,004	0,133	0,000	0,000	0,023

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado.

Tabla 14

Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado, que consulta con un médico, con gasto de bolsillo en salud (GBS), gasto de bolsillo por medicamentos (GBSm), con acceso a medicamentos gratuitos y con GBS excesivos, según el sexo del jefe de hogar del hogar.

Hogares N=5.165 %		Con enfermos	Consulta con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	GBS/ Ingreso >0,1	GBS/ Ingreso >0,25	Empobrece
		%	%	%	%	%	%	
Jefe de hogar hombre n=3472	Sí	54,38	44,91	24,50	44,89	5,39	1,66	1,26
	No	45,62	55,09	75,50	55,11	94,61	98,34	98,74
Jefe de hogar mujer n=1693	Sí	59,01	51,30	30,05	47,34	5,82	1,87	1,84
	No	40,99	48,70	69,95	52,66	94,18	98,13	98,16
Chi2	p	0,014	0,000	0,000	0,406	0,642	0,872	0,554

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

(*) Todos los datos se refieren a los últimos 90 días previos a la encuesta. Por lo tanto, también los ingresos del hogar se han trimestralizado.

El gasto de bolsillo y la seguridad social

Para este apartado se ha planteado la pregunta: Ante la enfermedad ¿protege el seguro del IPS contra gastos excesivos y catastróficos en el Paraguay?

Para responder a esta pregunta, se ha tomado como unidad de análisis al asegurado, es decir, a la población y no al hogar. Además, el punto de partida escogido ha sido la población enferma y no toda la población. Se analizaron los indicadores gasto de bolsillo superior al 10% y superior al 25% de los ingresos mensuales del hogar.

En la encuesta de hogares del 2014, la población enferma o accidentada fue el 25,20% de la población, lo que se estima correspondía a 1,65 millones de personas. Entre estas personas, el 20,69% tenía seguro de IPS.

Entre los enfermos o accidentados, el 14,46% tuvo gastos de bolsillo excesivos mayor a 10% de los ingresos de su hogar y 6,29%, gastos superiores al 25% del ingreso de su hogar. El 8,66% de los enfermos con seguro del IPS tuvo gasto de bolsillo superior al 10% del ingreso del hogar y 3,39%, superior al 25% del ingreso del hogar, lo que se contrasta con el 15,97% y 7,05% que resultó entre los no asegurados.

Se aplicó una prueba de χ^2 para ambos indicadores según la tenencia o no de seguro del IPS resultando en ambos casos una $p < 0,05$.

La tenencia de seguro del IPS resultó tener una protección financiera contra gastos de bolsillo excesivos ante la enfermedad para los asegurados. Para la variable GBS/ingreso $> 0,10$ el OR para los asegurados fue 0,53 (IC95% 0,43 a 0,66). Para la variable GBS/ingreso $> 0,25$ el OR para los asegurados fue 0,47 (IC95% 0,34 a 0,66). Dicho de otra forma, por cada 1 enfermo asegurado al IPS hubo 2 enfermos no asegurados con gasto de bolsillo excesivo.

Tabla 15
Paraguay 2014: Distribución de enfermos y accidentados en el total de la población en los últimos 90 días de la Encuesta de Hogares.

Situación de enfermedad/ accidentado	Freq.	%
Sí enfermo/a	1.617.786	24,71%
Sí accidentado/a	32.373	0,49%
Ha estado sano	4.896.812	74,8%
Total	6.546.971	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Tablas 16
Paraguay 2014: Distribución de la población enferma o accidentada según la tenencia de seguro del IPS

Tenencia de IPS de enfermos/ accidentados	Freq.	%
No_IPS	1.308.750	79,31%
Sí_IPS	341.409	20,69%
Total	1.650.159	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Tabla 17
Paraguay 2014: Distribución del gasto de bolsillo excesivo entre la población enferma o accidentada según la tenencia de seguro del IPS.

Categorías	NO GBS más de 10%	Sí GBS más de 10%	TOTAL
No_IPS	1.099.744	209.006	1.308.750
	84,03%	15,97%	100%
	77,91%	87,61%	79,31%
Sí_IPS	311.859	29.550	341.409
	91,34%	8,66%	100%
	22,09%	12,39%	20,69%
Total	1.411.603	238.556	1.650.159
	85,54%	14,46%	100%
	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

Tabla 17

Paraguay 2014: Distribución del gasto de bolsillo catastrófico entre la población enferma o accidentada según la tenencia de seguro del IPS.

Categorías	NO GBS más de 25%	Si GBS más de 25%	TOTAL
No_IPS	1.216.526	92.224	1.308.750
	92,95%	7,05%	100%
	78,67%	88,84%	79,31%
Si_IPS	329.821	11.588	341.409
	96,61%	3,39%	100%
	21,33%	11,16%	20,69%
Total	1.546.347	103.812	1.650.159
	93,71%	6,29%	100%
	100%	100%	100%

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) 2014.

El gasto de bolsillo y pobreza multidimensional

La pobreza, que es un fenómeno multidimensional en el Paraguay, ha sido medida históricamente desde un enfoque unidimensional, a través de la metodología de la línea de pobreza. En los últimos tiempos, los estudios que abordan la pobreza y la desigualdad de los ingresos están en gran auge y se han especializado en respuesta a las nuevas configuraciones y cambios económicos. Esto se ha traducido en análisis más refinados en cuanto al enfoque teórico y métodos más sólidos, evolucionando de una perspectiva unidimensional, a un enfoque multidimensional.

En el año 2021, el Instituto Nacional de Estadística (INE) ha publicado por primera vez, resultados de la medición de la Pobreza Multidimensional para el Paraguay⁽⁵⁹⁾, basado en el *Enfoque de Capacidades* de Amartya Sen que considera las múltiples carencias o privaciones que pueden padecer los individuos de manera simultánea, situación que los limita en el desarrollo pleno de sus capacidades⁽⁶⁰⁾.

La metodología utilizada para la construcción del *Índice de Pobreza Multidimensional* es la desarrollada por Sabina Alkire y James Foster, que identifica a los pobres en función a un rango establecido de privaciones que sufre una persona, luego, a través de un método de agregación, reporta una clase intuitiva y cuyas medidas de pobreza pueden ser

desagregadas. Adicionalmente, se asume que todos los integrantes de un hogar se ven afectados ante la privación de dimensiones de una sola persona. Por ejemplo, un hogar, donde una sola persona sufre una enfermedad crónica, es probable que la familia enfrente conjuntamente la enfermedad, es decir, se termina dando una externalidad negativa que impacta en todos los miembros del hogar⁽⁵⁵⁻⁵⁶⁻⁵⁷⁻⁵⁸⁻⁵⁹⁾.

El modelo desarrollado por el INE propone cuatro dimensiones relacionadas con las políticas públicas implementadas en el país y con la disponibilidad de datos en la Encuesta Permanente de Hogares, que es su fuente principal. El umbral de pobreza establecido es de $K=26$, por lo que todos los hogares cuya suma de privaciones supere ese valor, serán considerados como multidimensionalmente pobres.

Tabla 19
Paraguay: Estructura, pesos de dimensiones e indicadores del modelo paraguayo de pobreza multidimensional.

Trabajo y Seguridad Social	25%	Salud y ambiente	25%	Vivienda y servicios	25%	Educación	25%
Desocupación	5%	Personas enfermas o accidentadas sin acceso a atención médica profesional	6,25%	Materiales inadecuados de la vivienda	8,33%	Inasistencia escolar de personas de 6 a 17 años de edad	8,33%
Subocupación por insuficiencia de tiempo	5%	Falta de acceso a agua mejorada	6,25%	Hacinamiento	8,33%	Escolarización atrasada	8,33%
Trabajo de personas de 10 a 17 años de edad	5%	Falta de saneamiento mejorado	6,25%	Prácticas inadecuadas o falta de servicios para eliminación de basura	8,33%	Educación obligatoria incompleta o analfabetismo	8,33%
Falta de aporte a una caja jubilatoria	5%	Uso de carbón o leña para cocinar	6,25%				
Falta de acceso a jubilación o pensión	5%						

En la dimensión de **Salud y Ambiente**, el primer indicador corresponde a **personas enfermas o accidentadas sin acceso a atención médica profesional**, cuyo umbral considera con privación a los hogares

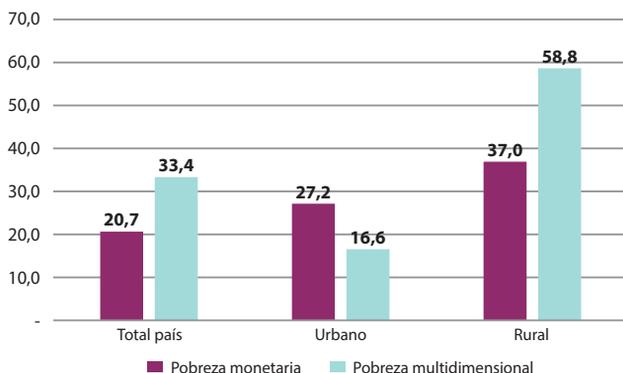
res con al menos un miembro que no haya tenido acceso a atención médica cuando estuvo enfermo o accidentado (en los últimos 3 meses), debido a que: no había atención cercana, la atención es mala, las consultas son caras o se automedicó. También se considerará privado a aquel hogar donde por lo menos un integrante enfermo haya consultado con: partera empírica (chaé), farmacéutico/a, curandero/a, familiar o vecino, otro.

Para el año 2020, 7,95% de los hogares tenían al menos uno de sus miembros con esta privación. Observándose grandes diferencias entre la zona urbana y la zona rural, con 4,4% y 12,5% respectivamente, marcando grandes diferencias de acceso para los paraguayos de la zona rural.

Según los valores obtenidos para 2020, se estima que la población en situación de pobreza multidimensional fue del 24,9%. La incidencia fue significativamente superior en áreas rurales donde llegó al 44,6%, ante el 13,3% en las áreas urbanas del país⁽⁵⁹⁾.

Continuando con el análisis y teniendo en cuenta el año 2014 como base del estudio, a continuación se muestran los valores para ambas metodologías de medición. (pobreza monetaria y pobreza multidimensional).

Gráfico 7
Paraguay 2014: Situación de pobreza monetaria y pobreza multidimensional según área de residencia.



Fuente: INE.

Tomando en cuenta la información de la EPH 2014, se presenta una revisión donde se identifican a los hogares que han incurrido en gastos de bolsillo y que para ese año se encontraban en pobreza monetaria, pobreza multidimensional, ambas o ninguna.

Tabla 20
Paraguay 2014: Hogares con gasto de bolsillo en salud (GBS) según situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria.

	No pobre monetario	Pobre monetario	Total
No pobre multidimensional	416.736	70.691	487.427
	85,5	14,5	100
Pobre multidimensional	125.900	127.052	252.952
	49,77	50,23	100
Total	542.636	197.743	740.379
	73,29	26,71	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

En la tabla superior se puede observar que del total de hogares que tuvieron GBS, y que son pobres multidimensionales, 252.952, aproximadamente 127.052 hogares se encontraban en pobreza multidimensional y pobreza monetaria, es decir, el 50,23%. Esta cantidad de hogares, 127.052, en relación a los hogares que tuvieron GBS, 740.379, representa el 17,16%.

Analizando por separado las situaciones de pobreza se observa que 197.743 hogares de 740.379 se hallan en situación de pobreza monetaria, lo que representa un 26,71% del total de hogares con GBS. Finalmente, por el lado de la pobreza multidimensional, el total de hogares en esta situación fue 252.952, que representa el 34,17% de todos aquellos que tuvieron GBS, 740.379 hogares.

En la siguiente tabla observamos la cantidad de hogares que tuvieron algún integrante que se automedicó y la situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria para el año 2014.

Tabla 21
Paraguay 2014: Hogares con algún integrante automedicado
según situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria.

	No pobre monetario	Pobre monetario	Total
No pobre multidimensional	65.850	7.497	73.347
	89,78	10,22	100
Pobre multidimensional	48.421	39.063	87.484
	55,35	44,65	100
Total	114.271	46.560	160.831
	71,05	28,95	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

En la tabla superior puede observarse que del total de hogares que tuvieron algún integrante que se automedicó (160.831 hogares) son pobres multidimensionales y pobres monetarios 39.063 de ellos, lo que representa el 24,29% de los hogares con algún integrante automedicado.

Analizando por separado las situaciones de pobreza, se observa que 46.560 hogares, de 160.831, se hallan en situación de pobreza monetaria, lo que representa un 28,9% del total de hogares con algún integrante automedicado. Por el lado de la pobreza multidimensional, el total de hogares en esta situación, 87.484, representa el 54,39% de todos aquellos que tuvieron algún integrante automedicado.

En la siguiente tabla se observa la situación de pobreza multidimensional de hogares con GBS y que tienen integrantes de cinco años y menos de edad.

Tabla 22
Paraguay 2014: Hogares con gasto de bolsillo en salud (GBS)
según situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria
y la presencia de menores de cinco años de edad

	Sin personas menores de 5 años	Con personas menores de 5 años	Total
No pobre multidimensional	294.068	193.359	487.427
	60,33	39,67	100
	68,69	61,92	65,83
Pobre multidimensional	134.017	118.935	252.952
	52,98	47,02	100
	31,31	38,08	34,17
Total	428.085	312.294	740.379
	57,82	42,18	100
	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

Se puede apreciar en la tabla que del total de hogares que tuvieron GBS, 42,18% son hogares que tienen al menos un integrante menor de cinco años de edad, aproximadamente 312.294 hogares.

Considerando la situación de pobreza multidimensional de los hogares que incurrieron en GBS, aproximadamente 252.952 hogares se observa que en el 47,02% están compuestos por hogares con personas menores de cinco años de edad. Del total de hogares con menores de cinco años de edad y con GBS, se observa que el 38,08% se halla en situación de pobreza multidimensional.

En la siguiente tabla se observa la situación de pobreza multidimensional de hogares con GBS y que tengan integrantes de 60 años y más de edad.

Tabla 23
Paraguay 2014: Hogares con gasto de bolsillo en salud (GBS)
según situación de pobreza multidimensional y pobreza monetaria
y la presencia de mayores de 60 años de edad.

	Sin personas mayores de 60 años	Con personas mayores de 60 años	Total
No pobre multidimensional	365.820	121.607	487.427
	75,05	24,95	100
	66,45	64,05	65,83
Pobre multidimensional	184.702	68.250	252.952
	73,02	26,98	100
	33,55	35,95	34,17
Total	550.522	189.857	740.379
	74,36	25,64	100
	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

Se puede apreciar en la tabla que del total de hogares que tuvieron GBS, 25,64% son hogares que tienen al menos un integrante de 60 años y más edad, aproximadamente 189.857 hogares.

Considerando la situación de pobreza multidimensional de los hogares que incurrieron en GBS, aproximadamente 252.952 hogares, se observa que 26,98% están compuestos por hogares con personas de 60 años y más años de edad. Del total de hogares con personas de 60 años y más años de edad y con GBS, se observa que el 35,95% se encuentra en situación de pobreza multidimensional.

Tabla 24
Paraguay 2014: Hogares con gasto de bolsillo en salud (GBS) según situación de pobreza multidimensional, pobreza monetaria y el sexo del jefe de hogar.

	Jefatura masculina	Jefatura femenina	Total
No pobre multidimensional	324.419	163.008	487.427
	66,56	33,44	100
	64,98	67,6	65,83
Pobre multidimensional	174.840	78.112	252.952
	69,12	30,88	100
	35,02	32,4	34,17
Total	499.259	241.120	740.379
	67,43	32,57	100
	100	100	100

Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE, 2014.

En el cuadro superior se observa que del total de hogares que tuvieron GBS, 67,43% fueron hogares con jefatura masculina y 32,57% con jefatura femenina. De los hogares en situación de pobreza multidimensional con GBS, el 69,12% correspondía a hogares con jefatura masculina y 30,88% con jefatura femenina.

Gastos de bolsillos excesivos en la serie 2006-2014

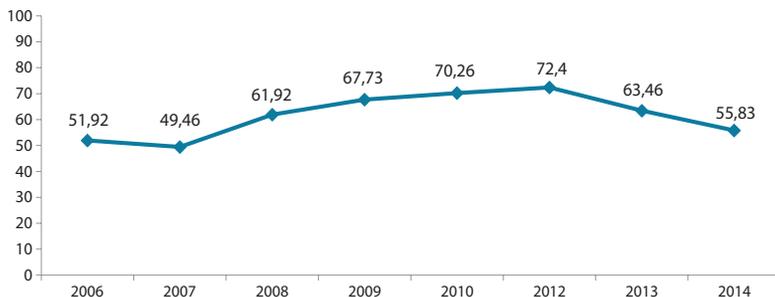
Hogares con al menos un enfermo o accidentado

En el periodo de años 2006 al 2014, tenemos ocho años específicos que podemos observar, a falta del año 2011⁽³⁾. En cada año, el periodo de referencia es de los últimos 90 días. Se observa que el menor porcentaje corresponde al año 2007 con 49,46% y el más alto al 2012 con 72,4%.

En promedio, hubo 61,62% de hogares que tuvieron al menos un enfermo o accidentado en el hogar. Cabe mencionar que quienes declararon estar accidentados en cada año de la encuesta oscila entre el 1%.

3 Año en el que el INE no publicó datos relacionados a personas enfermas o accidentadas

Gráfico 8
Paraguay, porcentaje de hogares con personas enfermas o accidentadas en el periodo 2006 - 2014.

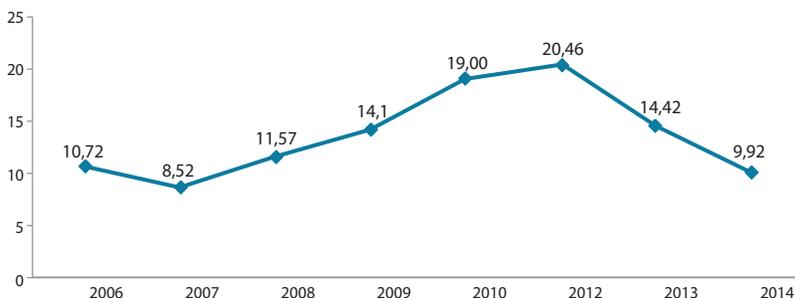


Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Hogares con algún integrante automedicado

En el periodo analizado, se puede observar que en relación a todos los hogares del país, la cantidad de personas que recurrieron a la automedicación fue variando; en el año 2006 representó el 10,72% de todos los hogares y en el 2014 fue de 9,92%. El porcentaje más alto se registró en el 2012 con 20,91% y el menor porcentaje en el 2007 con 8,52%.

Gráfico 9
Paraguay 2006-2014: Porcentaje de hogares con personas enfermas o accidentadas que se automedicaron.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

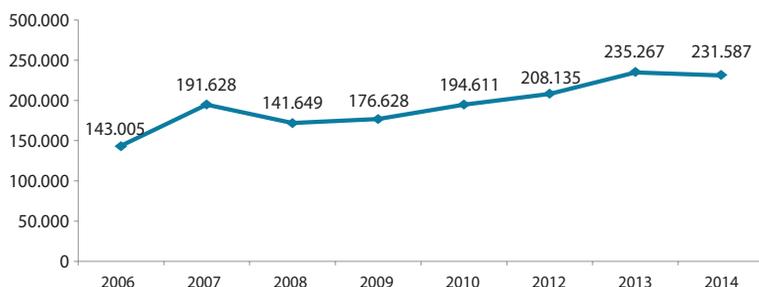
Promedio del gasto de bolsillo de salud de los hogares

En el siguiente gráfico se puede apreciar el promedio de Gasto de Bolsillo de Salud del total de hogares en el país. En el 2006 fue de ₡

143.005 y en el 2014 el promedio fue de ¢231.587. El año con menor promedio de GBS fue de 143.005 y el año de mayor promedio fue 2013 con ¢ 235.267.

El GBS en promedio, conforme a los años analizados, fue de ¢ 194.439, es decir, los hogares que tuvieron al menos un enfermo o accidentado, gastaron en promedio la cantidad señalada.

Gráfico 10
Paraguay 2006-2014: Promedio de Gasto de Bolsillo en Salud.



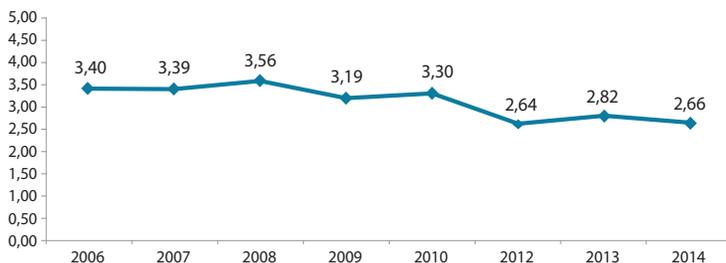
Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Peso del gasto de bolsillo en salud sobre el ingreso trimestral de los hogares

En el periodo analizado se observa que el peso promedio de los GBS de los hogares sobre los ingresos trimestrales se redujo. En el año 2006 el peso promedio fue de 3,40%, mientras que para el año 2014 el peso promedio fue de 2,66%.

En promedio, el peso del GBS sobre los ingresos trimestrales fue de 3,12%.

Gráfico 11
Paraguay 2006-2014: Peso promedio de Gasto de Bolsillo en Salud sobre el ingreso trimestral del hogar, como %.



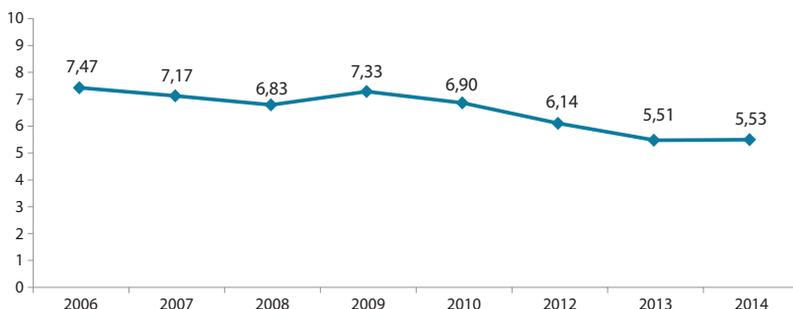
Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Hogares cuyos gastos de bolsillo en salud representaron más del 10% de los ingresos trimestrales

El indicador que observa el peso promedio del GBS sobre el ingreso trimestral de los hogares se fue reduciendo en el periodo 2006 - 2014. En el 2006 el 7,47% de los hogares vieron que los GBS representaron más de 10% de los ingresos, mientras que para el 2014 el peso fue 5,53%; en total una reducción de 1,79 puntos porcentuales.

En promedio, la cantidad de hogares que tuvieron GBS mayor al 10% de los ingresos trimestrales fue de 6,61%.

Gráfico 12
Paraguay 2006-2014: Porcentaje de hogares con gasto de bolsillo en salud que representó más del 10% de los ingresos trimestrales.

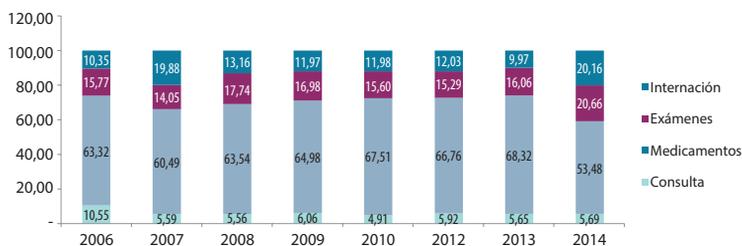


Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Estructura del GBS en el periodo 2006 - 2014

En el periodo analizado se puede observar cómo ha variado la estructura de peso de los gastos de bolsillo en salud estudiados, consulta, medicamentos, exámenes e internación.

Gráfico 13
Paraguay 2006-2014: Estructura del gasto de bolsillo en salud.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

Puede notarse en el gráfico superior que el gasto de bolsillo en salud que mayor peso ha tenido en el periodo analizado fue Medicamentos/remedio, en el 2006 este gasto representó el 63,32% y el 2014 fue de 53,48%. El mayor peso alcanzó en el año 2013 con 68,32%.

El segundo gasto con mayor peso en el periodo 2006 - 2014, es exámenes. En el 2006, el gasto por exámenes representó el 15,77% del total, para el año 2014 el gasto representó 20,66%.

El tercer gasto en orden de importancia fue internación, únicamente superado en el 2006 levemente por consulta. Internación en el 2006 representó el 10,35% y en el 2014, 20,16% del total.

Un detalle que se puede notar en el gráfico es el gasto en consulta, en el 2006 fue de 10,55% y desde el 2007 en adelante, el peso promedio fue de 5,62%.

El cuarto gasto, consulta, en el 2006 representó el 10,55%, del total del GBS, en tanto que en el 2014 representó 5,69%.

Total de gastos por quintiles de ingreso

En el siguiente gráfico se observa la estructura de gasto de bolsillo en salud según los quintiles de ingreso de los hogares.

Gráfico 14
Paraguay 2006-2014: Total de gasto de bolsillo en salud desagregado en quintiles de ingreso.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.

En el 2006 el quintil que más gasto de bolsillo pudo realizar fue el 5to quintil, con 28,86%, es decir, de todo lo gastado en GBS, la mayor parte de este gasto la realizaron los hogares que corresponden al 5.º quintil. En el 2014 los gastos en salud de este quintil fueron del 38,42%.

El 4.º quintil, fue el segundo en orden de importancia en cuanto a gasto realizado, en el 2006 este quintil representó el 26,27% mientras que para el año 2014 los gastos de este quintil fueron 17,38%.

El 3.º quintil fue el tercero con mayor gasto desde el 2006 hasta el año 2012, luego fue superado por el segundo quintil. El 3.º quintil en el año 2006 tuvo un valor total de gasto que representó 19,12% y en el 2014 representó 14,47%.

Los gastos del 2.º quintil en el 2006 representaron 15,23% y en el 2014, 16,47%. El 1.º quintil tuvo gastos en salud que en el 2006 representaron 10,53%, y en el 2014 sus gastos representaron 13,56%.

Puede notarse en el gráfico que el quinto quintil tuvo gastos que fueron superiores a su promedio, 34,93%, en el año 2007, con un valor de los gastos realizados que representaron 48,09%.

Otro detalle que también se puede notar es que en los años 2013 y 2014, el segundo quintil superó al tercer quintil en cuanto a total de gastos realizados en materia de salud.

Gastos catastróficos utilizando capacidad de pago de los hogares

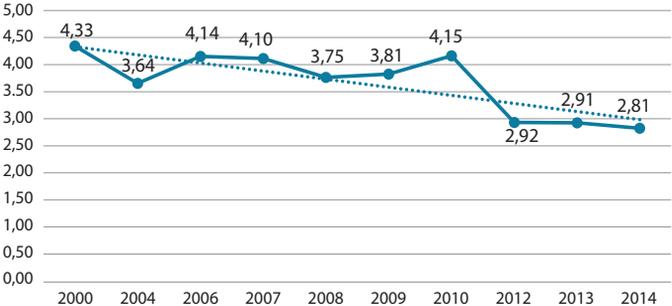
La capacidad de pago del hogar (CPH) lo definimos como la suma de los ingresos de todos los miembros del hogar descontando los gas-

tos de subsistencia. Como la EPH recabó datos sobre el ingreso, pero no sobre gastos por alimentación ni otros, se utilizó la estructura de gastos de la DGEEC del año 2012 para determinar la proporción de los ingresos que son destinados para subsistencia en cada estrato de la población estudiada. Se tomó el valor de la línea de pobreza extrema familiar como valor de gastos de subsistencia, si el valor estimado para el gasto por alimentación era superior a este. Dado que los gastos por motivos de salud corresponden a 90 días, se calculó la CPH trimestral.

En la serie anual estudiada, el gasto catastrófico presenta una tendencia al descenso entre el 2000 y el 2014 considerando todos los hogares del país (Gráfico 15).

Sin embargo, esta tendencia no es igual para todos los hogares si se los compara por estratos. En efecto, en toda la serie se constata una mayor incidencia de gastos catastróficos en hogares rurales, pobres y de menores ingresos. Para estos hogares la situación ha cambiado poco en la serie. En cambio, para los hogares urbanos, no pobres y de los quintiles de mayor ingreso la incidencia de gasto catastrófico ha disminuido (Tabla 21).

Gráfico 15
Paraguay 2000-2014: Porcentaje de hogares con gasto catastrófico en salud en relación a todos los hogares.



Fuente: Elaboración propia con bases de datos de la EPH del INE.
Observación: El gasto catastrófico se ha definido como gasto de bolsillo en salud mayor al 30% de la capacidad de pago de los hogares.

Tabla 25
Paraguay. Distribución de hogares según enfermos, con gasto de bolsillo en salud y con gasto catastrófico por años y por categorías socioeconómicas.
El gasto catastrófico se definió como la razón gasto de bolsillo de salud/ capacidad de pago del hogar mayor a 0,3.

HOGARES	% DE HOGARES CON GASTO CATASTRÓFICO EN SALUD EN RELACIÓN AL TOTAL DE HOGARES EN CADA CATEGORÍA									
	Según área de residencia									
	2000	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Urbano	3,2	3,0	3,0	3,4	2,7	2,57	2,14	1,67	2,12	1,14
Rural	5,8	4,6	5,7	5,2	5,3	5,70	7,19	4,81	4,10	5,38
	Según la condición de pobreza									
	2000	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
No pobre	1,81	1,25	1,87	1,98	1,30	1,55	1,67	0,84	1,32	1,27
Pobre	8,71	7,14	7,56	7,64	8,34	8,01	9,43	8,83	8,31	8,33
	Según quintil de ingresos									
	2000	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Q1	12,8	10,5	9,9	10,8	11,1	12,33	13,32	11,88	9,58	10,7
Q2	6,0	6,2	7,6	6,0	7,1	5,01	6,19	3,29	4,08	3,4
Q3	3,6	2,4	3,5	3,4	2,2	2,24	2,62	1,30	0,93	1,1
Q4	2,1	0,9	2,3	2,0	1,7	1,57	2,15	0,59	1,24	1,0
Q5	0,9	1,2	0,9	1,3	0,3	0,76	0,20	0,32	0,78	0,4

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH. DGEEC.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Distribución de gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores

Los datos de este estudio son conclusivos: En Paraguay, un grupo de hogares más vulnerables presentan una mayor exposición a gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores ante la enfermedad, en un sistema de salud donde predomina el gasto privado para financiar el tratamiento médico, sobre todo a costa del bolsillo de los enfermos y sus familiares.

Esta vulnerabilidad se expresa a través de un mayor riesgo de presentar enfermedades y mediante una menor capacidad para hacer frente a los gastos necesarios para acceder a tratamiento no disponible o insuficientemente disponible en el sector público.

El promedio gastado ante la enfermedad se relaciona con los ingresos o la capacidad de pago: cuanto más recursos disponibles tenga el hogar, mayor será el promedio del gasto de bolsillo en salud. Pero esto no ha de interpretarse como el efecto de una mayor protección financiera a los menos favorecidos, sino más bien que estas diferencias expresan una desigual inclusión al sistema nacional de salud. En efecto, el no gasto o el menor gasto puede ser la expresión de la exclusión o de la discontinuidad de acceso.

Donde se evidencia la inequidad del modelo de financiamiento sanitario en Paraguay es en el efecto del gasto de bolsillo en la economía de los hogares, lo que se estudia mediante la relación del gasto con los ingresos del hogar o con su capacidad de pago. En todas las formas de gastos excesivos que se ha analizado en este trabajo, resultó que los hogares rurales, pobres y del quintil de menor ingreso han tenido los peores resultados y son a la vez los que mayor posibilidad de enfermedad han tenido.

También se ha observado que en aquellos hogares donde casi la totalidad de sus ingresos se destina a un consumo esencial, y por consiguiente tienen poco margen para realizar gasto de bolsillo en salud, enfrentar la enfermedad mediante gastos de bolsillos afecta a la canasta de consumo básico y de subsistencia. Los pobres, y en particular los pobres extremos, además del compromiso de su canasta de alimentos pueden verse obligados a utilizar las transferencias estatales, orientadas

a la subsistencia, en gastos para comprar medicamentos o pagar por otros servicios sanitarios ante la enfermedad.

Consistentemente, en la serie estudiada el principal componente del gasto de bolsillo ha sido la compra de medicamentos, pero el mayor promedio de gasto ha sido los pagos realizados ante la hospitalización⁽⁴⁴⁻⁴⁵⁾.

En este estudio, los hogares del área rural de Paraguay han tenido más riesgo de tener enfermos, más riesgo de gasto de bolsillo y más riesgo de empobrecerse debido a este tipo de gasto. También ha sido notorio que el gasto de bolsillo en salud afecta más a la canasta de consumo básico de los hogares rurales.

Un factor asociado podrá ser la cantidad de trabajadores cuenta-propistas o familiares, que son propios de la economía familiar campesina que no tienen seguro social del Instituto de Previsión Social (IPS). Así como que el asalariado rural está menos provisto de los seguros de salud⁽⁵¹⁾. Mientras que en las ciudades la población tiene opción de ofertas de seguro, la contraprestación del IPS y además la prestación del MSPBS, que se financia con los impuestos. A este déficit se agrega el hecho de que los hogares rurales tienen mayor proporción bajo la línea de la pobreza, lo que trata de compensarse mediante más transferencias estatales, o asistencia social como Tekoporã o trasferencias para adultos mayores.

Concretamente, en el área rural de Paraguay hay una menor oferta pública de servicios de salud, menor cobertura de seguros y menor acceso a salud. Datos del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) lo confirman sucesivamente: En el 2000 la cobertura de seguros de salud en el área rural era de 7% y el acceso a salud 36% en comparación con 28% y 60% en las áreas urbanas, respectivamente. Para el 2014, la brecha se había acortado pero aún con diferencias significativas: en el área rural la cobertura de seguro de salud fue 17% y el acceso a salud 77% en comparación con los 35% y 82% en las áreas urbanas, respectivamente⁽⁵¹⁾.

Kim y colaboradores en una reciente publicación confirman que las necesidades de salud rurales están menos satisfechas⁽⁵⁴⁾.

En la serie de 10 años de registros de gasto de bolsillo en la Encuesta de Hogares, entre el 2000 y el 2014, la incidencia de gastos catastróficos para los hogares rurales se ha mantenido estable a diferencia de una tendencia al descenso para los hogares urbanos.

Si se piensa el problema desde el punto de vista económico, el que no gasta puede que no se perjudique económicamente, ni se empo-

brezca, pero queda excluido sin atención, comprometiendo de esa forma su calidad y esperanza de vida. La fuerte diferencia entre el gasto de bolsillo en salud, el gasto catastrófico y el gasto empobrecedor por quintiles está claramente marcada. El perjuicio económico está evaluado y se correlaciona con el ingreso.

Aunque la acumulación del gasto de bolsillo se concentró en mayor proporción en el quintil de mayores ingresos, sobre todo en el quintil 5 (35% del gasto de bolsillo total), sistemáticamente se ha reproducido, en todos los años de la serie estudiada, que los de menor quintil de ingresos y sobre todo los quintil 1 presentan más riesgo de enfermedad y mayor exposición a gastos excesivos, catastróficos y empobrecedores.

Utilizando la razón del gasto de bolsillo y la capacidad de pago, se comprobó que la desigualdad en la incidencia de gasto catastrófico entre el quintil 1 y el quintil 5 ha aumentado entre el 2000 y el 2014, siendo en promedio 23,8 veces superior para los hogares del quintil de menor ingreso. En cambio, la desigualdad entre el quintil 3 y el quintil 5 tiene una leve tendencia a disminuir, siendo en promedio 4,4 veces mayor para los hogares del quintil 3.

Las diferencias se reproducen también, aunque menos marcadamente, cuando se utiliza el indicador de gasto excesivo, con 2,75 veces más chance para los hogares de menor ingreso de tener gastos excesivos ante la enfermedad, en comparación con los hogares de mayor ingreso.

Otros resultados en este trabajo señalaron que los pobres tuvieron una mayor incidencia de gasto de bolsillo en salud, lo cual estuvo determinado por una mayor ocurrencia de enfermedad. En efecto, la posibilidad de enfermar fue el doble para los hogares pobres, puesto que, por cada un hogar no pobre con enfermos había dos hogares pobres con enfermos (Razón de riesgo, OR 2,14). Este hallazgo fue consistente con el concepto de *determinantes sociales de la salud*, con las teorías sobre desigualdad y de la pobreza en el sector salud así como con los hallazgos sobre gasto de bolsillo en salud en varios países de América Latina y ciertos determinantes sociales ⁽⁷⁻⁸⁻²⁶⁻²⁷⁾.

Teniendo mayor chance de enfermedad, es razonable que esta situación haya derivado en una mayor necesidad de consultas (OR 1,7) y en una mayor posibilidad de gasto de bolsillo (OR 1,8) en un sistema de salud donde este tipo de gasto es la fuente predominante de financiamiento de la salud, sobre todo para comprar medicamentos.

Por otra parte, los pobres se benefician de un sistema de protección social no contributivo, insuficientemente financiado para cubrir las necesidades⁽⁴⁹⁾ de mayor complejidad y están poco cubiertos ante una enfermedad o accidente⁽⁵⁰⁾, supeditados a lo que se encuentra disponible en los servicios públicos, sobre todo en el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Los resultados señalaron que los pobres tuvieron más posibilidad de obtener medicamentos gratuitos (OR 1,7) pero que este mecanismo fue insuficiente para evitar una mayor posibilidad de gasto de bolsillo excesivos y catastróficos para ellos (OR 3,04 y 3,07, respectivamente).

Esta distribución desigual del gasto de bolsillo excesivo entre los pobres fue consistente con los hallazgos en otros países como Colombia, México y Perú, donde el gasto de bolsillo en salud se ha asociado a la vulnerabilidad social y a la falta de cobertura de la seguridad social (33, 35, 37).

El hecho de que el promedio del gasto de bolsillo de los no pobres fuera significativamente mayor al de los pobres, indica la existencia de un mercado de salud con precios variables y con acceso desigual al sistema de salud según la capacidad de pago de los hogares. Aunque el promedio fue menor para los pobres, la razón del gasto sobre sus ingresos fue tres veces mayor cuando se comparó con los no pobres. Estas desigualdades en el acceso y en el efecto sobre la economía del hogar deterioran la equidad y son signos de una limitada protección financiera para este grupo vulnerable de la población.

En la serie anual, los pobres no tuvieron mejoría y la incidencia de gasto catastrófico fue en promedio 5,9 veces superior a los no pobres.

Estos cálculos hacen referencia a la pobreza monetaria, pero la pobreza es multidimensional y una parte de los hogares pobres que sufren penurias económicas ante la enfermedad debido a gastos de bolsillo, presentan, concomitantemente, otras dimensiones de pobreza.

En efecto, utilizando las definiciones del INE sobre pobreza multidimensional resultó que del total de hogares pobres con gasto de bolsillo en salud en 2014, el 50,23%, además de estar en situación de pobreza monetaria, también eran pobres multidimensionales. Resultó también que el 34,17% de los hogares con gasto de bolsillo ante una enfermedad eran hogares catalogorizados como pobres multidimensionales⁽⁵⁹⁾.

En cuanto al efecto del gasto de bolsillo sobre el consumo, los resultados señalaron que ante una enfermedad pudo plantearse un dilema para los pobres: escoger entre gastos de salud y gastos para consumo

básico, o, dicho de otro modo, el dilema de escoger entre comprar medicamentos o alimentos. Además, el gasto de bolsillo fue el equivalente al 42% de las transferencias estatales destinadas para la subsistencia de los pobres. Estos cálculos complementarios en relación al consumo y consumo esencial contribuyen a una mejor comprensión de los efectos del gasto de bolsillo en salud sobre la economía de los hogares pobres. Utilizar las canastas básicas de consumo básico y de alimentos es una innovación para estudios sobre protección financiera en salud en Paraguay, pues no hay antecedentes de estudios similares.

Otro resultado fue que cuando se midió con el indicador 3.8.2 de los ODS (gastos/ingresos >0,25), el gasto fue catastrófico para el 1,99% de todos los hogares paraguayos. Este valor coincidió con lo publicado en el reporte global sobre protección financiera en salud⁽²²⁾. El desempeño de este indicador se aproximó al valor de 2% de gasto catastrófico en Paraguay bajo la definición de gasto de bolsillo que supera el 40% de capacidad de pago del hogar⁽⁴⁶⁾. Sin embargo, fue diferente del valor de 9,9% para el país publicado por el Banco Mundial utilizando el mismo indicador de ODS⁽⁴³⁾ lo que pudiera deberse a cuestiones metodológicas sobre la unidad de análisis (hogares o población), la temporalidad (mensual o trimestral) y a la definición misma del gasto de bolsillo en salud (solo los gastos directamente relacionados o también los gastos indirectamente relacionados).

El valor de gasto catastrófico de este estudio presentó aproximaciones con los hallazgos para otros países del mismo continente. Por ejemplo, estuvo en el rango de 0,5% a 5,6% reportado por Peticara para siete países⁽²⁶⁾; también en el rango estudiado por Knaul y colaboradores para doce países cuya incidencia estuvo entre 0,4% a 11%⁽²⁷⁾. Fue más aproximado a los resultados para Argentina y Perú con incidencias de 2,3% y 1,3% respectivamente^(26,37). Por otra parte, también puede compararse con incidencias más altas como los reportados para Brasil y Chile de 5,3% y 6% respectivamente^(29,30). Pero todas estas comparaciones hay que interpretarlas con reservas pues se refieren a años distintos, a sistemas de salud con modelos de financiamiento distintos y a metodologías también diferentes.

El indicador gasto de bolsillo en salud mayor a 10% de los ingresos, que en este trabajo se consideró excesivo, afectó a 5,98% de los hogares, lo que resultó diferente a la medición del mismo indicador en el informe global de protección financiera, según el cual afectó al 7,1% de los hogares⁽²²⁾.

El gasto de bolsillo en salud no solo se asoció con la pobreza sino que también generó pobreza, lo que pudo verificarse mediante el empobrecimiento de hogares que antes del gasto eran no pobres y mediante la variación de la brecha de la pobreza. El gasto empobrecedor calculado en este trabajo fue de 1,44% de todos los hogares. Este resultado se ubicó de forma intermedia a 1,66% calculado en el reporte global sobre protección financiera⁽²²⁾ y a 3,1% reportado por el Banco Mundial⁽⁴³⁾. La diferencia puede explicarse debido a que en este trabajo se utilizó la línea de pobreza definida por el valor de una canasta de consumo, en tanto que aquellos informes utilizaron una línea de pobreza internacional.

Estos hallazgos para el Paraguay fueron similares a los hallazgos de Peticara que encontró tasas de empobrecimiento entre 1% y 1,9%⁽²⁶⁾, al de Albedaña para Argentina que encontró empobrecimiento en el 1,7% de los hogares⁽²⁸⁾ y al de Guerrero en Perú que estimó el empobrecimiento de 1,4% de los hogares a causa del gasto de bolsillo en salud⁽³⁷⁾.

Se exploraron además características de la estructura del hogar que pudieran asociarse a gastos excesivos en Paraguay. Aunque se encontró más posibilidad de enfermedad y gastos en algunos hogares, la asociación significativa en este estudio solo se verificó para los hogares con adultos mayores.

Estos resultados fueron consistentes con los hallazgos de Knaul y colaboradores que encontraron una mayor incidencia de gasto catastrófico en áreas rurales, en hogares con menores ingresos y con presencia de adultos mayores, en un estudio que comparó doce países de América Latina⁽⁸⁻²⁷⁾.

La seguridad social resultó ser un mecanismo de protección financiera contra gastos de bolsillo excesivos en Paraguay (tanto para la razón gasto/ingreso mayor a 0,1 como para la razón mayor a 0,2). Los enfermos asegurados al IPS no estuvieron exentos de realizar gasto de bolsillo, pero tuvieron menos chance de enfrentar estos gastos excesivos en comparación con los no asegurados en 2014. Este hallazgo fue consistente con los resultados publicados por Wagtaff y colaboradores, quienes encontraron mejores arreglos en programas gubernamentales y seguridad social para disminuir el riesgo de gastos de bolsillo excesivos ante la enfermedad⁽²⁴⁻²⁵⁾.

Limitaciones

Las limitaciones de este estudio fueron las propias de los estudios transversales y de los estudios del gasto de bolsillo en salud a partir de encuestas de hogares⁽¹³⁾. Las encuestas de hogares son útiles para analizar las características de la distribución del gasto de bolsillo brindando una aproximación sobre su efecto económico a nivel microeconómico y permiten seguir y evaluar los indicadores de protección financiera ante los ODS⁽¹⁻²⁻⁶⁻²²⁻²³⁾.

En Paraguay, una limitación es que el registro del gasto de bolsillo en salud en la EPH no es exhaustivo, ya que no registra todos los gastos de una persona sino solo el último.

Hay varias cuestiones metodológicas a considerar. Una de ellas es la temporalidad. Se ha postulado que los datos para el cálculo de gastos catastróficos y empobrecedores deben ser mensuales⁽¹⁰⁾. En el caso de la encuesta de hogares del Paraguay los datos de ingresos del hogar se refieren a un mes, en tanto que el gasto de salud, a un trimestre.

En esta investigación, puesto que la unidad de análisis fueron los hogares, se resolvió mantener la temporalidad original del gasto de salud y trimestralizar el ingreso promedio del hogar, coincidiendo con otros estudios sobre Paraguay de los mismos autores y de otros autores⁽²²⁻⁴⁵⁾. Pero, cuando se tomó como unidad de análisis a las personas y no a los hogares, fue más conveniente mensualizar los cálculos.

También hay que considerar las definiciones operativas de gasto de bolsillo y el denominador utilizado para las tasas. Estas definiciones dependerán de la pregunta de investigación.

En este estudio las preguntas estuvieron enmarcadas en el desafío de lograr cobertura y acceso universal en el sistema nacional de salud. Es por eso que se adoptó una definición de gastos directamente relacionados con la atención y tratamiento ante una enfermedad en instituciones sanitarias y se excluyó otros gastos como transporte y alimentación, así como gastos ante la medicina tradicional⁽¹⁰⁾.

En cuanto a los denominadores, se consideró el total de hogares según otras publicaciones. Los autores consideran que este denominador es el más apropiado para evaluar las variaciones en función de las políticas sectoriales. Otros denominadores posibles para responder otras preguntas podrían ser: enfermos o enfermos que consultan o solo aquellos que gastan.

Otra cuestión es que estos indicadores pueden referirse a hogares o a la población. La escogencia de uno u otro presenta ventajas y des-

ventajas. En este trabajo se optó por definirlos por hogares ya que esta fue la unidad muestral de la encuesta. Solo para evaluar la protección financiera de la seguridad social se optó por utilizar la unidad de análisis de personas (enfermos asegurados y no asegurados).

Por último, en este estudio se analizó de forma indirecta la relación del gasto de bolsillo con el consumo del hogar, utilizando el valor oficial de una canasta estándar de consumo y con transferencias estatales a los pobres. Este método es más apropiado para aquellos hogares pobres o para los hogares con menores ingresos en una estratificación de hogares por ingresos. Para los estratos de hogares de mayor ingreso habrá que utilizar otros valores de canastas de consumos o bien recurrir al consumo real o a la proporción que le corresponde a partir de una encuesta de gastos. Los investigadores de este trabajo consideran que estos indicadores podrían ser complementarios para dar seguimiento al indicador 3.8.2 de los ODS, teniendo en cuenta el contexto paraguayo, y que, además, podrían ser útiles en países con características similares cuando se analiza el gasto de bolsillo en salud ante la pobreza o la extrema pobreza.

Otros estudios posibles

Para futuros estudios podrían considerarse los siguientes temas relacionados:

- a) realizar estudios multivariados utilizando indicadores más flexibles para incluir la mayor cantidad de observaciones muestrales en la encuesta;
- b) incidencia en otras poblaciones vulnerables, como la población indígena;
- c) estudio de casos por niveles de complejidad o por grupo de enfermedad;
- d) incluir otros indicadores complementarios sobre el consumo e ingresos como la relación sobre salarios mínimos jornales diarios;
- e) relacionar la variación temporal del gasto de bolsillo con otros indicadores de financiamiento sanitario y otros indicadores económicos.

Conclusiones y comentarios finales

Los resultados demuestran que el modelo de financiamiento del sistema de salud paraguayo es inequitativo y que expone a los sectores vulnerables a una doble situación desfavorable: la mayor ocurrencia de enfermedad y la mayor exposición a gastos de bolsillos excesivos, catastróficos y empobrecedores. Los hogares pobres, rurales, del quintil de menor ingreso y con adultos mayores están en esta situación.

La seguridad social, aunque cubrió solo a un quinto de la población, resultó estar asociada con una menor incidencia de gastos de bolsillo excesivos y catastróficos, pero los asegurados no estuvieron exentos de este tipo de gastos ante la enfermedad.

Tan injusto como el gasto de bolsillo en salud es el no gasto asociado a la exclusión del sistema de salud ante una enfermedad.

La distribución del gasto de bolsillo en Paraguay señala la necesidad de mayor coordinación y sinergias entre los programas de protección social, aumentando la cobertura hasta la universalización, tanto del acceso a la salud como de otros derechos sociales, mediante un sistema de protección social amplio donde la atención integral a la salud tendrá un lugar destacado⁽⁴⁹⁻⁵⁰⁾.

La última vez que se recogieron datos sobre gasto de bolsillo en salud a través de la encuesta de hogares de Paraguay, fue en 2014. Los resultados de este estudio, pueden tomarse como línea de base ante el desafío de lograr cobertura y acceso universal de salud en el 2030, ante los ODS. Urgen nuevas mediciones por parte del INE.

Entre el 2014 y la llegada del COVID-19 en 2020, hubo mejoras paramétricas en el sistema nacional de salud paraguayo. Por ejemplo, el presupuesto ejecutado del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social aumentó 28% y el del IPS 31%. Sin embargo, el gasto público en relación al PIB se mantuvo entorno al 3% y la participación del gasto de bolsillo entorno a 45% del financiamiento sanitario. Es decir, a mitad de camino de las metas de contar con 6-7% de fondos mancomunados públicos y una reducción del gasto de bolsillo entorno al 20% del gasto total para alcanzar cobertura y acceso universal⁽⁵⁾.

La pandemia COVID-19 ha exacerbado los problemas que se derivan de un insuficiente gasto público en el sistema nacional de salud y su alta dependencia del gasto de bolsillo para proveer servicios y tratamiento ante la enfermedad. Numerosas familias han enfrentado, y siguen enfrentando, penurias y zozobras para pagar las cuentas ante la enfermedad.

Además, hay otras necesidades que requieren una respuesta urgente: enfermedades crónicas, accidentes y epidemias recurrentes entre otras.

Una cuestión favorable para impulsar las transformaciones necesarias en el sistema nacional de salud es que los paraguayos y paraguayas tienen el derecho a la salud expresado en la Constitución Nacional. Pero, por el momento, este derecho es endeble, pues se concreta según la disponibilidad pública o según la capacidad de pago de los hogares. La prueba de ello es el injusto gasto de bolsillo ante la enfermedad.

Habrá que darle contenido a este derecho mediante los postergados mecanismos distributivos que se necesitan para cumplir con los postulados del Estado Social de Derecho que proclama el primer artículo de misma Constitución Nacional.

Entonces será posible cobertura y acceso universal en salud y, ante una enfermedad, la población estará protegida contra gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y empobrecedores.

5. REFERENCIAS

- (1) Resolution 70/1. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. En: Seventieth session of the United Nations General Assembly, New York, 21 October 2015. New York: United Nations; 2015
- (2) World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra, 2015.
- (3) Organización de las Naciones Unidas. Consejo Económico y Social. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. Comisión de Derechos Humanos (documento E/CN.4/2005/51). Ver también El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, observación general 14, (documento E/C.12/2000/4), presentado por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU) durante el 22º período de sesiones, Ginebra, 25 de abril a 12 de mayo de 2000.
- (4) OMS. Banco Mundial. (2017). Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017 [Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report]. Organización Mundial de la Salud y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial; 2017. Licencia CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (5) OMS. Financiación 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. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- (6) WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (7) OMS. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2009.
- (8) Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. Household Spending and Impoverishment. Volume 1 of Financing Health in Latin America Series. Cambridge, MA: Harvard Global Equity Initiative, in collaboration with Mexican Health Foundation and International Development Research Centre, 2012; distributed by Harvard University Press.
- (9) Resolution 71/313. Work of the Statistical Commission pertaining to the 2030 Agenda for Sustainable Development. En: Seventy-first session of the United Nations General Assembly, New York, 10 July 2017. New York: United Nations; 2017.
- (10) Xu K. Distribución del Gasto en Salud y gastos catastróficos. Metodología. Documento de trabajo; Ginebra: OMS; 2005. Disponible en: https://www.paho.org/chidmdocuments/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf
- (11) Xu K, Evans DB, Carrin G, Aguilar-Rivera AM, Musgrove P, Evans T. Protecting households from catastrophic health spending. Health Aff (Millwood). 2007 Jul-Aug;26(4):972-83. doi: 10.1377/hlthaff.26.4.972. PMID: 17630440
- (12) Paraguay. DGEEC. Encuesta de ingresos y gastos 2012. Asunción, Paraguay.
- (13) O'Donnell O, Van Doorslaer E, Wagstaff, A, Lindelow M. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: The World Bank. 2008.

- (14) Sesma-Vázquez, S., Pérez-Rico, R., & Lino Sosa-Manzano, C. (2015). Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. *Salud Pública de México*, 47, supl 1:S37-S46
- (15) Thomas Weid, Martin Emmert, Oliver Schöffski, El impacto de los gastos catastróficos como amenaza existencial para las familias no asalariadas en el área metropolitana de la ciudad de México, *Atención Familiar*, Volume 21, Issue 4, 2014, Pages 103-108, ISSN 1405-8871.
- (16) Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O. Financial protection in health updates for Mexico to 2014. *Salud Pública Mex* 2016;58:341-350.
- (17) Castillo Laborde, C. Villalobos P. (2013) Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev Med Chile* 2013; 141: 1456.
- (18) Díaz-González, Eliseo; Ramírez-García, José Bertín. Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, vol. 23, núm. 91, 2017. Universidad Autónoma del Estado de México.
- (19) Bernal N, Carpio MA, Klein TJ. The effects of access to health insurance: evidence from a regression discontinuity design in Peru. *J Public Econ*. 2017.
- (20) Wang Q, Liu H, Lu ZX, Luo Q, Liu JA. Role of the new rural cooperative medical system in alleviating catastrophic medical payments for hypertension, stroke and coronary heart disease in poor rural areas of China. *BMC Public Health*. 2014;14(1):907-16.
- (21) Paraguay. DGEEC. Principales resultados de pobreza monetaria y distribución de ingreso 2018. Paraguay 2018. Disponible en: https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/POBREZA-MONETARIA%20-2018/Pobreza%20Monetaria_Boletin.pdf
- (22) WHO. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (23) WHO. The Global Observatory. Health Financing: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/health-financing>
- (24) Wagstaff A, Flores G, Hsu J, Smits MF, Chepynoga K, Buisman LR, van Wilgenburg K, Eozenou P. Progress on catastrophic health spending in 133 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e169-e179. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30429-1. Epub 2017 Dec 13. PMID: 29248367.
- (25) Wagstaff A, Flores G, Smits MF, Hsu J, Chepynoga K, Eozenou P. Progress on impoverishing health spending in 122 countries: a retrospective observational study. *Lancet Glob Health*. 2018 Feb;6(2):e180-e192. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30486-2. Epub 2017 Dec 13. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2018 Jan 15;; PMID: 29248366.
- (26) Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. *Serie Políticas Sociales* 141. Santiago, Chile: CEPAL; 2008.
- (27) Knaul FM, Wong R, Arreola-Ornelas H, Méndez O, Bitran R, Campino AC, et al. Gastos catastróficos en salud de los hogares: un análisis comparativo de doce países en América Latina y el Caribe. *Salud Pública De México*, 2011; 53, 95. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800005.
- (28) Abeldaño R A. Análisis del gasto de los hogares en salud en Argentina, como componente de la cobertura universal de salud. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2017; 22(5)

- (29) Luiza VL, Tavares NUL, Oliveira MA, Arrais PSD, Ramos LR, da Silva Dal Pizzol LR, et al. Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2016; 50(suppl 2):15s.
- (30) Gallegos E, Muñoz A. Protección financiera en salud: evolución y comparación del gasto de bolsillo de los hogares chilenos. *Rev Med Chile* 2018; 146:737–44.
- (31) Koch KJ, Cid Pedraza C, & Schmid A. Out-of-pocket expenditure and financial protection in the Chilean health care system—a systematic review. *Health Policy*, 2017; 121(5), 481–94. 10.1016/j.healthpol.2017.02.013.
- (32) Pérez-Valbuena GJ, Silva-Ureña A. «Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia.» Chapters, in: Jaime Bonet & Karelys Guzmán-Finol & Lucas Wilfried Hahn-De-Castro (ed.), *La salud en Colombia: una perspectiva regional*, chapter 2017; 11: 365-404, Banco de la Republica de Colombia.
- (33) Alvis-Zakzuk J, Marrugo-Arnedo C, Alvis-Zakzuk NJ, Gómez de la Rosa F, Florez-Tanus A, Moreno-Ruiz D, et al. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública [online]*. 2018; 20 (5)
- (34) Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios DG, Méndez-Carniado O. Efecto del seguro popular de salud sobre los gastos catastróficos y empobrecedores en México, 2004-2012. *Salud pública de México*, 2018; 60(2), 130–140. 10.21149/9064.
- (35) Proaño Falconi D, Bernabé E. Determinants of catastrophic healthcare expenditure in Peru. *International Journal of Health Economics and Management*, 2018; 18(4), 425–436. 10.1007/s10754-018-9245-0.
- (36) Pavone MP, Sánchez EJ. Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Revista Panamericana De Salud Publica=Pan American Journal of Public Health*, 2018; 42,20. 10.26633/RPSP.2018.20.
- (37) Gerrero G. Gasto de bolsillo en salud y riesgo de pobreza en hogares peruanos. Perú 2017. *Rev. Salud & Vida Sipanense*. 2020; 7(2):27–40.
- (38) Gaete R. Financiamiento y Gasto en Salud. Fundación CIRD. 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rubengaete3/financiamiento-y-gasto-en-salud-en-el-paraguay>
- (39) Dalal K. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*. 2017. 10.1016/S0140-6736(17)30874-7.
- (40) OCDE. Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones, Caminos de Desarrollo, Éditions OCDE, Paris. 2018. 10.1787/9789264306226-es.
- (41) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Cuentas Nacionales de Salud 2018.
- (42) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Estratégico Institucional 2019-2023.
- (43) Banco Mundial. Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank. 2018.
- (44) Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; 15(3): 64-72.

- (45) Benítez G. Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. Asunción Paraguay. 2017. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
- (46) Giménez E, Flores L, Rodríguez JC, Ocampos G, Peralta N. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018;16(2): 38-48.
- (47) Giménez E, Ocampos G, Araujo JM, Peralta N, Rodríguez JC. Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay, Anales EFACIM, 2019; 52(1): 33-42.
- (48) Giménez E, Rodríguez JC, Ocampos G. Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: análisis en el sistema nacional de salud del Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)
- (49) Serafini V, Zavattiero C. (2018). La protección social en el Paraguay; avances y desafíos para la garantía de derechos. *Revista MERCOSUR de Políticas Sociales*, 2018; 2: 173-191. doi: 10.28917/ism.2018-v2-173.
- (50) Serafini V. Pobreza en Paraguay: crecimiento económico y conflicto redistributivo. © Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP. Asunción - Paraguay. ISBN: 978-99967-937-1-4 (versión digital). 2019. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/2019/06/pobreza-en-paraguay-crecimiento-economico-y-conflicto-redistributivo/>
- (51) Paraguay. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Bases de datos de la Encuesta Permanente de Hogares por años. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/datos/encuestas/eph/IngFliar/>
- (52) Paraguay. Ley n° 4.087. De regulación de transferencias monetarias condicionadas.
- (53) Paraguay. Ley N° 3728. Establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza.
- (54) Kim J, Nam E, Lee H. Unmet healthcare needs among adults in Rural area, Paraguay: A cross-sectional study. Instituto para el Desarrollo Internacional sobre Cuestiones de Pobreza, Universidad de Yonsei. Tesis general "Investigación en desarrollo regional". 2021. Vol. 30 No. 1: 135 ~ 156.
- (55) Alkire, S., & Foster, J. (2008). Recuento y medición multidimensional de la pobreza. OPHI Working Paper 7. Alkire, S y Santos (2010). Enfoque de NBI y el Enfoque de Derechos Conceptos y Aplicaciones.
- (56) Amores, C. (2015). MEDICIÓN DE LA POBREZA MULTIDIMENSIONAL: El caso ecuatoriano. Quito, Ecuador. Arriagada, I. (2005): Dimensiones de la pobreza y políticas desde una perspectiva de género, Revista de la CEPAL 85, Abril 2005.
- (57) Boltvinik, J. (2013). Medición multidimensional de pobreza. América Latina de precursora a rezagada. Sociedad & Equidad (5).
- (58) CEPAL – Juan Carlos Feres, Xavier Macero. (2001). Enfoques para la medición de la pobreza. Breve revisión de la literatura. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- (59) Paraguay. Instituto Nacional de Estadística. (2021). Índice de Pobreza Multidimensional (IPM) Paraguay. Fernando de la Mora.
- (60) Sen, A. (1992). Sobre conceptos y medidas de pobreza. Comercio Exterior, 42(4), 13.

6. ANEXO

Tabla Anexo 1
Paraguay. Evolución del promedio de gasto de bolsillo en salud en dólares corrientes por año según distintas características sociales y económicas de la población que tuvo una enfermedad o accidente.

	Según área de residencia								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.945.953	1.376.867	1.233.524	1.795.088	2.122.418	2.381.919	2.523.682	2.276.418	1.661.824
Todos	14,6	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,2	42,6	54,3
Urbana	18,4	30,5	49,8	35,3	29,3	28,7	37,0	50,7	54,3
Rural	10,3	19,1	30,2	27,5	19,3	25,3	22,4	32,4	54,3
	Según sexo								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.945.953	1.376.867	1.233.524	1.795.088	2.122.418	2.381.919	2.523.682	2.276.418	1.661.824
Todos	14,6	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,2	42,6	54,3
Hombres	12,7	23,1	48,9	28,4	23,4	24,4	29,5	43,3	47,1
Mujeres	16,6	26,5	33,8	35,7	26,9	30,0	30,9	42,1	60,6
	Según condición de actividad								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.385.979	897.431	853.035	1.261.504	1.585.022	1.801.606	1.874.892	1.732.905	1.238.535
Todos	17,0	31,9	52,1	38,2	29,3	31,4	34,6	49,4	64,6
Ocupado	13,6	25,1	47,0	36,0	25,8	29,0	32,0	38,1	56,7
Desocupado	10,8	32,3	41,0	55,5	33,0	19,1	42,9	34,4	47,7
Inactivo	23,0	40,9	59,7	39,5	34,2	35,7	38,0	68,2	77,4
	Según categoría de la ocupación								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	810.258	488.933	470.742	688.572	918.142	1.013.662	1.108.924	1.028.729	692.247
Todos	13,6	25,1	47,0	36,0	25,8	29,0	32,0	38,1	56,7
Empleado público	18,6	21,3	52,0	54,1	35,0	31,5	50,9	41,8	47,2
Empleado privado	10,9	25,9	40,5	31,9	22,8	26,5	25,2	34,7	72,8
Empleador o patrón	31,2	41,2	211,5	53,3	36,4	42,3	77,1	59,5	85,0
Trabajador c. propia	13,6	26,4	37,7	38,2	30,4	31,7	30,8	39,9	52,0
Trabajador familiar	14,1	19,2	22,0	26,3	13,6	18,2	30,2	28,4	32,7
Empleado doméstico	7,6	17,2	41,8	18,6	15,7	27,0	18,1	29,2	21,2

	Según sector económico de la ocupación								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	810.258	488.933	470.742	688.572	918.142	1.013.662	1.108.924	1.028.729	692.247
Todos	13,6	25,1	47,0	36,0	25,8	29,0	32,0	38,1	56,7
Sector primario	11,2	18,9	30,5	28,1	18,4	27,4	22,0	31,6	46,0
Sector secundario	16,7	20,9	81,5	24,3	17,5	23,5	24,4	29,7	34,6
Sector terciario	14,6	31,8	48,0	43,4	32,2	31,9	41,3	43,6	69,6
	Según años de estudio								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.635.347	1.073.292	1.019.252	1.513.949	1.834.035	2.083.017	2.176.757	1.994.746	1.421.826
Todos	15,6	28,3	46,4	34,4	27,0	29,3	32,0	45,4	58,8
0 a 6 años	14,0	25,9	38,5	30,1	23,6	28,9	26,9	43,3	46,1
7 a 12 años	17,4	30,9	55,2	40,5	31,2	28,6	33,7	38,3	64,0
13 y más años	22,7	45,4	109,0	45,8	35,6	34,6	59,5	66,6	115,6
	Según tenencia de seguro médico								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.945.953	1.376.867	1.233.524	1.795.088	2.122.418	2.381.919	2.523.682	2.276.418	1.661.824
Todos	14,6	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,2	42,6	54,3
Tiene IPS	14,8	24,7	42,0	22,8	24,8	18,3	27,0	36,3	ta
Tiene seguro privado	25,2	55,9	70,2	65,9	46,2	69,0	69,3	105,0	151,9
No tiene seguro	13,8	22,9	38,7	30,4	23,5	26,1	27,3	39,0	44,2
	Según haya consultado o no								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.945.953	1.376.867	1.233.524	1.795.088	2.122.418	2.381.919	2.523.682	2.276.418	1.661.824
Todos	14,6	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,2	42,6	54,3
Sí	26,5	39,0	54,3	42,2	33,9	36,2	41,2	56,3	66,5
No	1,8	3,0	4,5	5,5	3,9	4,7	5,1	4,3	4,9
	Según donde consultó								
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.009.427	836.091	901.733	1.305.026	1.514.789	1.708.429	1.753.881	1.676.342	1.332.026
Todos	26,6	39,1	54,4	42,2	33,9	36,2	41,3	56,3	66,6
IPS	12,7	16,9	16,4	14,3	13,8	7,5	18,2	27,7	23,5
Hospital público	24,1	32,3	39,5	29,7	22,3	24,4	25,0	34,3	37,7
Privado	47,1	66,4	110,6	86,0	73,6	88,3	100,3	136,8	178,4

Otro lugar	9,6	20,1	15,7	15,6	22,6	17,0	21,1	22,5	18,1
Según deciles de ingreso									
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.941.094	1.371.812	1.232.546	1.788.395	2.117.301	2.370.704	2.516.810	2.271.288	1.656.145
Todos	14,7	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,3	42,6	54,5
10% más pobre	7,4	10,9	17,4	17,8	15,1	17,5	12,1	29,5	29,9
10% siguiente	8,4	11,2	17,1	16,6	13,6	12,6	17,5	23,0	28,2
10% siguiente	13,3	14,9	23,0	21,8	11,2	19,7	22,8	26,8	34,9
10% siguiente	12,9	19,6	26,1	28,7	25,0	22,8	23,6	24,9	49,6
10% siguiente	11,0	21,9	26,3	25,2	19,3	24,6	21,0	24,9	31,5
10% siguiente	11,5	27,5	32,4	32,0	29,2	26,3	30,5	33,0	44,0
10% siguiente	15,1	25,7	35,8	38,1	26,7	33,8	32,0	51,1	53,3
10% siguiente	14,8	42,8	51,9	42,7	36,0	34,7	32,2	53,1	55,9
10% siguiente	24,2	41,9	82,5	39,9	31,9	25,8	40,7	59,9	134,0
10% más rico	32,6	49,0	134,6	62,1	55,0	65,8	87,6	127,7	113,1
Según condición de pobreza									
Años	2004	2006	2007	2008	2009	2010	2012	2013	2014
Población	1.941.094	1.371.812	1.232.546	1.788.395	2.117.301	2.370.704	2.516.810	2.271.288	1.656.145
Todos	14,7	24,9	41,0	32,2	25,3	27,3	30,3	42,6	54,5
Pobre extremo	8,0	11,9	18,6	17,2	14,2	13,9	12,6	28,7	30,4
Pobre no extremo	13,2	17,2	23,6	21,7	15,4	18,0	22,4	25,7	26,2
No pobre	17,6	35,1	58,4	40,6	31,7	34,2	36,3	48,0	63,3

Fuente. Elaboración propia. a partir de la EPH 2004 a 2014 2003, 2005, 2011 sin datos.

3.

EL GASTO DE BOLSILLO ANALIZADO EN SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD SELECCIONADOS

EL GASTO DE BOLSILLO DURANTE LA ATENCIÓN AL PARTO EN 3 HOSPITALES PÚBLICOS SELECCIONADOS EN 2020

Edgar Giménez Caballero
Beatriz Ortiz,
Nilda Recalde
Blanca Rolón
Luis Areco
José Modesto Araujo Quevedo
Diana Peloso
Paola Zapata
Marcelo Amarilla
Sandra Giménez
Mauricio Aguayo.

1. INTRODUCCIÓN

La cobertura universal de salud (CUS) significa que la población tenga acceso y utilice servicios de salud que necesita financiados equitativamente, evitando gastos excesivos para los hogares al momento de utilizarlos. La *protección financiera* es parte de la CUS y se logra en la medida que reduce el *gasto de bolsillo en salud* (GBS) ⁽¹⁾. El GBS se define como todos los gastos realizados en el momento de utilizar un servicio de atención a la salud, ya sea por honorarios médicos, compras de medicamentos, estudios de diagnósticos y facturas de hospital. Cuando este gasto supera un umbral definido de la capacidad de pago, del ingreso o gastos de los hogares, se denomina *excesivo* o *catastrófico*. En algunos hogares la magnitud del GBS puede empujarlos a la pobreza o profundizar esta situación constituyéndose en *gastos empobrecedores* ⁽²⁾.

En 2015, el GBS en América Latina representó el 45% del gasto total en salud, constituyendo el porcentaje más elevado comparado con países europeos y con los que integran la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) ⁽³⁾. Ese año, la incidencia de gasto catastrófico en América Latina fue 2,5% y en los países de ingresos medios altos fue 3,5% de la población ⁽⁴⁾. En Paraguay, país latinoamericano de ingresos medios altos, el GBS representa el 49% del gasto total de salud ⁽⁵⁾. En 2014 la incidencia de gasto catastrófico (GBS mayor a 25% del ingreso) fue 1,9% de los hogares, afectando más a hogares pobres ⁽⁶⁾ y rurales ⁽⁷⁾ y la incidencia de gastos empobrecedores fue 1,4% de todos los hogares ⁽⁸⁾.

La mayor parte de los estudios sobre GBS provienen de encuestas de hogares, información que es utilizada para cuentas nacionales de salud. Estos estudios dan cuenta de la incidencia de gastos excesivos, catastróficos y empobrecedores en un tiempo determinado considerando toda la población o todos los hogares. Pero presenta limitaciones para conocer las características del gasto de bolsillo ante situaciones o necesidades específicas⁽⁹⁾. Para conocer la distribución y el impacto del GBS ante la utilización de servicios y poblaciones específicas hay que realizar estudios de casos.

En este apartado se presentan estudios realizados en tres servicios de maternidad en hospitales públicos seleccionados de Paraguay, en un momento excepcional de reorganización de servicios públicos ante la pandemia de COVID-19 en 2020. En este contexto la población está expuesta a una exacerbación de los efectos de la inequidad del sistema de salud, siendo una de ellas los GBS excesivos⁽¹⁰⁾.

La búsqueda de bibliografía relacionada permitió identificar algunas publicaciones sobre estudios de GBS y partos. Por ejemplo, en 2014 un trabajo en Bangladesh describió que el GBS promedio fue 79 dólares ante el parto, siendo mayor para los casos de cesárea⁽¹¹⁾. En el mismo año, otra publicación en Uttar Pradesh, India, describió un GBS promedio de 155 dólares ante el parto y mayor probabilidad de gastos catastróficos cuando fue por cesárea⁽¹²⁾. En 2016, en Myanmar describieron que el 99% de las mujeres tuvieron gasto de bolsillo ante el parto y que la incidencia de gasto catastrófico fue de 9%⁽¹³⁾. También en Australia encontraron GBS ante el parto que fue mayor ante la cesárea^(14,15). En América Latina se encontró que, en México, el 70% de las personas que tuvieron GBS para comprar medicamento durante la hospitalización en el sector público eran mujeres, de las cuales 40% habían ingresado para maternidad y que el parto puede asociarse a gastos catastróficos^(16,17). No se encontraron estudios similares realizados en Paraguay.

Los antecedentes señalan que el sistema nacional de salud paraguayo se financia principalmente mediante fuentes privadas, predominantemente a través de GBS proveniente de los hogares, con segmentación que acentúa las inequidades tanto en la oferta de servicios como en los resultados sanitarios, haciendo que las brechas para lograr acceso y universalidad sean asimétricas en los distintos territorios del país conocidos como Regiones Sanitarias⁽¹⁸⁾. Dos instrumentos de política para aumentar el acceso son la Ley N° 5.099 de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)⁽¹⁹⁾ y la Ley N° 4.313 de asegura-

miento presupuestario de los programas de salud sexual y reproductiva y el aprovisionamiento del kit de parto ⁽²⁰⁾. Además, la Política Nacional de Salud tiene entre sus objetivos avanzar hacia *cobertura universal de salud* (CUS)⁽²¹⁾ en concordancia con las metas de las Naciones Unidas conocidas como Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁽²²⁾.

Los tres hospitales seleccionados para este estudio de GBS ante el parto fueron designados por el Poder Ejecutivo, MSPBS, como “hospitales integrados” en el sector público, como parte de la reorganización de servicios de salud ante la pandemia de COVID-19. Estos hospitales fueron: a) el Hospital Regional del IPS de Concepción, departamento de Concepción; b) El Hospital General de Santa Rosa del Aguaray del MSPBS, departamento de San Pedro; c) el Hospital Regional de Encarnación del MSPBS; departamento de Itapúa.

La selección de estos establecimientos se realizó a partir de acuerdos con universidades para formar nuevos investigadores en el marco del proyecto PINV18-672 “*Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay*” cofinanciado por CONACYT. El tema de investigación fue concordante con las prioridades regionales, en estos casos vinculando indicadores relacionados con las metas 3.1 y 3.8 de los ODS. Particularmente, resulta relevante para el Paraguay, y para las regiones sanitarias donde se realizaron los estudios, los arreglos del sistema de salud para el acceso a partos institucionales, asistidos por profesionales capacitados, con controles prenatales completos y de acuerdo al tipo de atención y parto que corresponda⁽²³⁻²⁴⁾. Entre otras acciones, eliminar las barreras financieras es fundamental para lograr universalidad en estas prestaciones.

Concepción corresponde a la Primera Región Sanitaria del Paraguay con una población estimada de 254.976 habitantes, lo que representa el 3,5% de la población total del país. La población de mujeres corresponde al 48,6% de la población del departamento y la mitad de ellas está en edad reproductiva ⁽²⁵⁾. Del total de la población, el 14,7% cuenta con seguro médico ⁽²⁶⁾. El 44% está en situación de pobreza y el promedio de ingreso mensual familiar es 3.1 millones de Gs.⁽²⁷⁻³¹⁾. La cantidad de nacidos vivos registrados en esta región sanitaria fue el 3,9% del total del país en 2018 ⁽²³⁾. Los indicadores de salud materna en esta región sanitaria tienen peores resultados que la media nacional: En 2018, los partos institucionales llegaron a 95,9% y la cobertura de al menos 4 controles prenatales fue de 81,6% mientras que los mismos indicadores a nivel del país eran 98,2% y 85,9% respectivamente ⁽²⁸⁾. En 2019, la

razón de mortalidad materna registrada de Concepción fue 73,4 y para todo el país 67,6 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos ⁽³⁴⁾.

San Pedro corresponde a la Segunda Región Sanitaria del país con una población estimada de 424.774 habitantes, lo que representa el 6,02% de la población total del país. El 47,7% de la población del departamento son mujeres y la mitad de ellas está en edad reproductiva ⁽²⁹⁾. Del total de la población, el 12,28% cuenta con seguro médico ⁽³⁰⁾. La pobreza está en el orden del 43,7% de la población y el promedio de ingreso mensual familiar en torno a 1,99 millones de Gs.⁽³¹⁾. El número de nacimientos registrados a nivel departamental en 2018 fue 6.884 lo cual representa el 6,2% del total nacional ⁽²³⁾. Los indicadores de salud materna en esta región sanitaria tienen peores resultados que la media nacional. Por ejemplo, en 2018, los partos institucionales fueron 92,4% y las madres con 4 o más controles prenatales 80,9%, en comparación a los niveles nacionales ya mencionados más arriba ⁽²⁸⁾. En 2019, la razón de mortalidad materna registrada fue de 88,7 muertes maternas por 100 mil nacidos vivos⁽³⁴⁾.

Itapúa corresponde a la Séptima Región Sanitaria del país con una población estimada de 625.096 habitantes, que representa el 8,5% de la población total del país. El 50,5% de la población son mujeres y el 53% de ellas está en edad reproductiva ⁽³²⁾. La pobreza está en el orden del 25,7% de la población ⁽³¹⁾. El 25% de la población cuenta con seguro médico⁽³³⁾. El número de nacimientos registrados a nivel departamental es de 7.525 el cual representa el 6,75% del total nacional⁽²³⁾. Los indicadores de salud materna en esta región sanitaria están por encima de la media nacional. Continuando con los indicadores de ejemplo, los partos institucionales son de un 99,9% y las madres con 4 o más controles prenatales 89,5%. En 2019 la razón de mortalidad materna por 100.000 nacidos vivos es de 69,6 ⁽³⁴⁾.

2. SÍNTESIS METODOLÓGICA

Los tres estudios corresponden a diseños no experimentales, cuantitativos, transversales, descriptivos, aplicando un cuestionario estructurado a una muestra de mujeres que tuvieron parto en los servicios de obstetricia de tres hospitales públicos seleccionados: Hospital Regional polivalente de IPS Concepción (Concepción), Hospital General del MSPBS de Santa Rosa del Aguaray (San Pedro) y Hospital Regional del MSPBS de Encarnación (Itapúa).

La muestra fue no aleatoria, por conveniencia, e incluyó a aquellas mujeres que aceptaron participar del estudio con consentimiento informado. Los criterios de inclusión fueron: mujeres de 15 o más años ingresadas al hospital para maternidad, con embarazo de término, sea el parto normal o por cesárea. El criterio de exclusión fue la presencia de complicaciones relacionadas con el parto. En total fueron entrevistadas 370 mujeres: 100 en Concepción, 100 en Santa Rosa del Aguaray y 170 en Encarnación.

En Encarnación la recolección de la información se realizó durante los meses de marzo, abril y mayo del 2020. En Concepción y Santa Rosa del Aguaray el trabajo de campo fue durante los meses de octubre y noviembre de 2020.

La recolección de la información estuvo a cargo de profesionales de salud (licenciadas en enfermería, obstetricia y psicología) del servicio de maternidad del hospital en estudio, quienes fueron previamente capacitadas para la aplicación del cuestionario. En el caso de Encarnación también se recolectó la información por vía telefónica. Al momento del alta proponían a las mujeres participar del estudio, explicando los objetivos y confidencialidad de la información, aplicando el cuestionario a aquellas que aceptaban participar o tomando su contacto para una entrevista telefónica. Los cuestionarios fueron completados por el encuestador y evaluados semanalmente por los investigadores. Los datos fueron codificados para su carga en una base de datos en hojas de Excel.

Las variables de estudio fueron agrupadas en tres apartados: a) caracterización de la población de estudio y sus hogares, b) caracterización del parto y c) caracterización del gasto de bolsillo y su incidencia económica en los hogares.

Para caracterizar a la población de estudio y sus hogares se describieron las siguientes variables: procedencia, edad, cantidad de hijos, años de estudio, estado civil, tenencia de seguro médico, número de integrantes del hogar, ingreso total del hogar del último mes.

Las variables sobre el parto fueron: tipo de parto, días de internación, diagnóstico de COVID-19 y recepción de kit de parto.

El gasto de bolsillo se clasificó en aquellos directamente relacionados con la atención del parto (medicamentos, descartables de uso hospitalario y estudios auxiliares de diagnóstico) y en aquellos indirectamente relacionados con la atención (transporte, alimentación, pañales y otros).

Las variables de resultado fueron: a) *gasto de bolsillo de salud directamente relacionados con la atención al parto (GBS)*: como la suma de todos los gastos directos para recibir tratamiento o diagnóstico relacionado con el parto durante la hospitalización desde el ingreso hasta el egreso. Se expresó en guaraníes corrientes (Gs.) y su equivalente a salarios mínimos. b) *gasto de bolsillo total relacionados con la atención al parto (GBST)*: como la suma de gastos de bolsillo directos e indirectos. c) *razón gasto de bolsillo/ingreso*: como la razón entre el GBS y del GBST con los ingresos monetarios mensuales del hogar del último mes. d) *gasto excesivo de salud*: como la proporción de casos cuyo GBS y GBST superó el 10% del ingreso monetario mensual del hogar. Entre estos se calculó el *gasto catastrófico de salud (GCS)* como la proporción de casos cuyo GBS y GBST superó el 25% del ingreso monetario mensual del hogar. El ingreso del hogar se definió como la suma del ingreso de todos sus integrantes en el último mes, considerando todas las fuentes. e) *gasto empobrecedor de salud (GES)* como la proporción de casos cuyo ingreso monetario quedó por debajo de la línea de pobreza o profundizó la ya existente después del GBS y GBST. La línea de pobreza se definió utilizando el parámetro internacional establecido por el Banco Mundial de USD 3,2 diarios per cápita, el cual para ser utilizado se multiplicó por el factor de conversión de PPA al cociente de tipo de cambio del mercado (0,408773243599173). Los datos del estudio corresponden a datos mensuales de hogares, por tanto, dicho umbral -ya actualizado por el factor de conversión- se multiplicó por 30 y luego por el número de personas del hogar, independientemente del sexo y edad, para obtener el umbral de pobreza mensual por hogar. Los ingresos mensuales fueron convertidos a dólares corrientes tomando el promedio del tipo de cambio nominal obtenido del Banco Central del Paraguay (BCP) de los meses de octubre y noviembre del 2020 (1 USD =6.920,86 Gs) para Concepción y San Pedro y de los meses de febrero marzo y abril para Encarnación (1 USD =6.269,9 Gs) ⁽²³⁾. La brecha de pobreza se definió como la diferencia entre el ingreso promedio de los pobres y la línea de pobreza total. Esta medida indica qué tan pobres son los pobres. Se calculó en términos absolutos y como proporción de la línea de pobreza, utilizando la metodología establecida por el Banco Mundial. ⁽²⁴⁾

Esta variables se describieron de forma univariada presentando sus promedios y desviación estándar o sus proporciones según corresponda. El GBS fue estratificado según el tipo de parto. Además se realizó un análisis bivariado para determinar la existencia de asociación ente el GBS (excesivo y catastrófico) según el tipo de parto. Para ello se aplicaron pruebas de χ^2 , de Mann-Whitney y se calculó Odds Ratio según el

tipo de parto. La significancia estadística se determinó cuando la p de la prueba fue menor a 0,05.

El procesamiento se realizó utilizando Stata 16.1.

3. RESULTADOS

HOSPITAL REGIONAL POLIVALENTE IPS CONCEPCIÓN

Características de la población de estudio

Fueron incluidas 100 mujeres que cumplieron con los criterios y aceptaron participar del estudio. Todas las participantes fueron paraguayas. El 96% de ellas provenía del departamento de Concepción, 2% de Pte. Hayes y 2% de Alto Paraguay. El 67% procedía de la ciudad de Concepción y las demás de otros once distritos diferentes. El 40% residía en áreas rurales y 60% en áreas urbanas. La edad mediana de las mujeres fue de 25 años, la edad promedio fue de 26,12 años (DE 6,27). El 11% de ellas tenía entre 15 y 19 años. En promedio tenía 2,39 hijos (DE 1,74). En cuanto al estado civil, 74% estaba en unión libre, 18% casada y 8% soltera. El promedio de años de estudios fue 10,55 (DE 3,00). El 69% de ellas tenía trabajo doméstico no remunerado, 7% trabajo doméstico remunerado, 8% ejercían como profesionales, 3% eran docentes, 2% tenían un empleo privado asalariado y el 11% restante ejercía oficios varios. El 16% de las mujeres tenía cobertura de seguro médico por parte del Instituto de Previsión Social (IPS), el 84% restante no contaba con seguro médico.

El jefe del hogar era la pareja en el 73% de los casos, el padre o la madre de la mujer en el 21% de los casos, la mujer embarazada en el 2% de los casos y otro familiar en el 4% restante. En los hogares, vivían en promedio 5,21 personas (DE 2,07). El promedio de ingreso mensual de estos hogares en el último mes fue 2,98 millones de Gs. (DE 1,32). El 21% tenía un ingreso inferior al salario mínimo vigente.

Características del evento de estudio

El 51% de los casos fue parto normal y el 49% fue parto por cesárea. En el 98% de los casos, el embarazo fue de término y en el 2% el embarazo fue de pre-término. Ninguna tuvo complicaciones durante ni inmediatamente después del parto. Ninguna tuvo antecedente ni fue caso sospechoso de COVID-19.

En promedio estuvieron 3 días hospitalizadas (DE 1,05). No hubo diferencia significativa en el tiempo de hospitalización considerando el tipo de parto (Mann Whitney $p=0,784$).

El kit de parto con insumos gratuitos fue entregado al 62% de las mujeres, en cambio, el 38% refirió que no recibió este kit. La entrega de kit de parto fue mayor para los casos de parto normal (80% sí recibió) en comparación con los casos de parto por cesárea (43% sí recibió).

Características del gasto de bolsillo

Solo el 7% declaró no haber tenido ningún gasto de bolsillo directamente relacionado con el parto. En cambio, el 93% de los casos tuvo gastos de bolsillo directamente relacionados con la atención al parto, sobre todo para la compra de medicamentos e insumos descartables (Gráfico 1). Haciendo una sumatoria de todo lo gastado, resulta un gasto de 34.651.004 Gs., de los cuales 82% correspondía a gastos por medicamentos, 7% a gastos para comprar de descartables de uso hospitalario, 2% a gastos para estudios de laboratorio, 2% para gastos de estudios de imágenes y 7% a otros gastos (Gráfico 2).

El promedio de GBS directamente relacionado con la atención fue 346,5 mil Gs. (DE 280,9). Pero, además de los gastos directos también se registraron otros gastos complementarios por comida, pañales, leche y otros. Al sumar estos gastos, el GBST o gasto total fue en promedio 383,8 mil Gs. (DE 284,5). El gasto promedio fue mayor para las que no recibieron kit de parto, para las que no tenían seguro médico y para quienes tuvieron parto por cesárea. El GBS y el GBST se asociaron de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto, tenencia de seguro y acceso a kit de parto con valores de $p < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney (Gráfico 2).

El GBS fue en promedio el 15% de los ingresos del hogar (DE 18,5). El GBS fue excesivo para el 48% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,10) y fue catastrófico o GCS para el 15% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,25). Cuando se consideró el GBST, fue excesivo para 56% y GCS para 16% de los casos. El GBS excesivo se asoció de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto y con el acceso al kit de parto, pero no fue significativo con la tenencia de seguro. El GCS se asoció de forma significativa con el acceso al kit de parto, pero no con el tipo de parto ni con la tenencia de seguro. La significancia se determinó mediante la prueba de χ^2 con $p < 0,05$. El parto por cesárea y no recibir kit de parto presentó más chance de GBS excesivo con Odds Ratio de

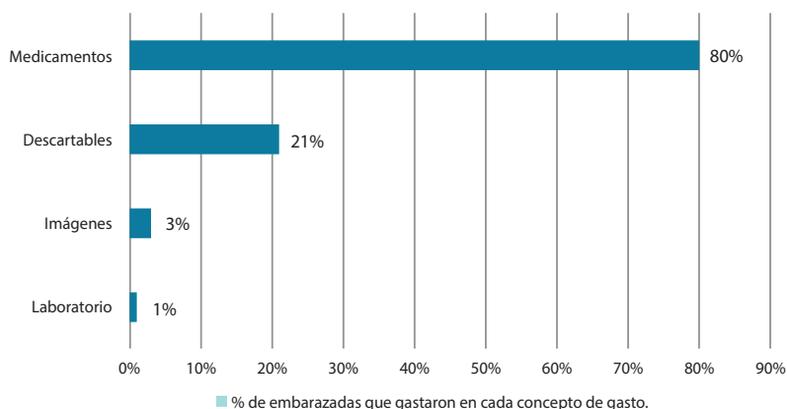
2,89 y 5,89 respectivamente. No recibir kit de parto presentó más chance de GCS con Odds Ratio de 9,08 (Tabla 1).

Se observó que el 8% de los hogares de los casos incluidos en el estudio ya se encontraba en condiciones de pobreza antes de los gastos de bolsillo. Después del GBS, la proporción de hogares pobres pasó a 12%, considerando tanto el GBS y GBST (Gráfico 4).

Antes del GBS, la brecha de pobreza era 42%. Después del GBS, la brecha aumentó a 68% y si se considera el gasto total o GBST, la brecha de pobreza aumentó a 69%. En términos absolutos, a un hogar pobre le faltaba en promedio 128.97 USD mensuales (Gs. 811.190) para alcanzar la línea de pobreza. Luego de los GBS aumentó a 208.95 USD (Gs. 1.314.315), lo cual en términos porcentuales significa un incremento del 61%. Al considerar el GBST, este monto aumentó a 212.45 USD (Gs. 1.336.315) teniendo una variación porcentual, en contraste con su condición inicial, de 64% (Gráfico 5).

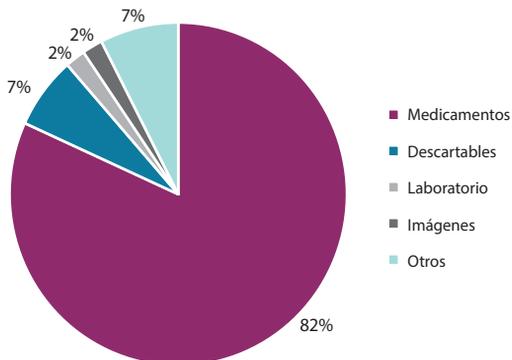
En el 90% de los casos, el principal responsable para cubrir los gastos fue la pareja, en el 6% fueron los padres, en el 2% la propia mujer que tuvo parto y en el 2% restante fue otro responsable. En el 93% de los casos refirieron haber utilizado ahorros para cubrir los gastos del parto y el 9% recibió apoyo familiar para cubrirlos.

Gráfico N° 1
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción – Hospital Regional Polivalente, año 2020. Proporción de casos con gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto (n=100).



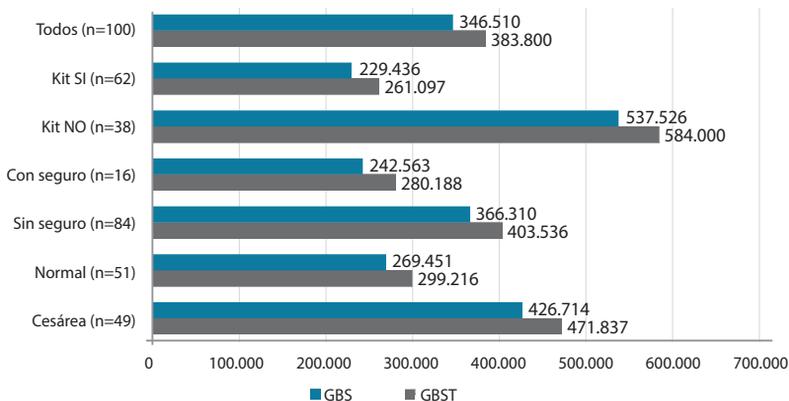
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Gráfico N° 2
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción.
Hospital Regional Polivalente, año 2020. Distribución proporcional del gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto (n=100; suma GBS de todos los casos= 34.651.004 Gs.).



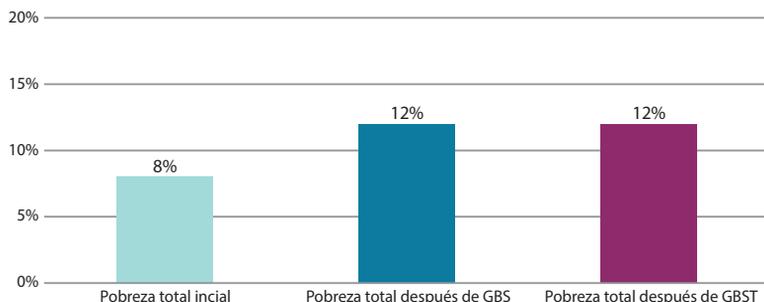
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 3
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción.
Hospital Regional Polivalente, año 2020. Promedio de gasto de bolsillo de salud (GBS) y gasto de bolsillo total (GBST) en guaraníes (Gs.) corrientes, según tipo de parto, tenencia de seguro y recepción de kit de parto (n=100).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

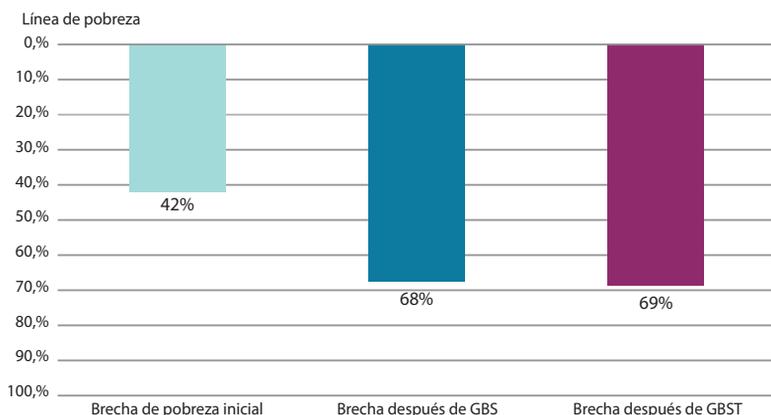
Gráfico N° 4
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción – Hospital Regional Polivalente, año 2020. (n=100). Porcentaje de pobreza de los hogares antes y después de los gastos de bolsillo directo (GBS) y de los gastos de bolsillos totales (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 5
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción – Hospital Regional Polivalente, año 2020 (n=100). Variación de la brecha de pobreza de los hogares luego de los gastos directos (GBS) y el gasto total que incluye gastos directos e indirectos (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Tabla N° 1
Mujeres que tuvieron parto en el IPS de Concepción – Hospital Regional Polivalente, año 2020. Gasto de bolsillo de salud excesivo y catastróficos por tipo de parto, acceso a kit de parto y tenencia de seguro (n=100).

N=100	GBS/ingreso mayor 10%			GBS/ingreso mayor a 25%		
	%	p Chi ²	OR (IC95%)	%	p Chi ²	OR (IC95%)
Normal (n=51)	35,3	0,009	2,89 (1,19 a 7,08)	9,8	0,138	2,36 (0,66 a 9,49)
Cesárea* (n=49)	61,2			20,4		
Kit de parto SI (n=62)	32,3	0,000	5,88 (2,40 a 14,42)	4,8	0,000	9,08 (2,36 a 34,9)
Kit de parto NO* (n=38)	73,7			31,6		
Con seguro (n=16)	31,3	0,143	2,31 (0,74 a 7,22)	6,3	0,285	3,0 (0,37 a 24,6)
Sin seguro* (n=84)	51,2			16,7		
Todos (n=100)	48,0%	-	-	15,0%	-	-

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Observaciones: (a) incluye gastos directos para la atención como medicamentos, descartables, estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio e imágenes).

HOSPITAL GENERAL DE SANTA ROSA DEL AGUARAY

Características de la población de estudio y sus hogares

Fueron incluidas 100 mujeres que cumplieron con los criterios y aceptaron participar del estudio. El 99% de ellas provenía del departamento de San Pedro y 1% del departamento de Concepción. El 42% procedía del distrito de Santa Rosa, 9% de Liberación, 5% de Tacuatí y las demás mujeres de otras localidades diferentes. El 62% residía en áreas rurales y 38% en áreas urbanas. La edad mediana de las mujeres fue de 25 años, la edad promedio fue de 25,52 años (DE 6,45). El 20% de ellas tenía entre 15 y 19 años. En promedio tenían 1,96 hijos (DE 1,73). En cuanto al estado civil, 63% estaba en unión libre, 20% casada, 14% soltera y 3% separada. El promedio de años de estudios fue 7,35 (DE 2,60). El 82% de ellas tenía trabajo doméstico no remunerado, 1% trabajo doméstico remunerado, 2% eran comerciantes, 13% estudiantes y el 2% restante ejercía oficios varios. Ninguna de ellas tenía seguro médico.

En el 86% de los casos, el jefe del hogar era la pareja, el padre o la madre de la mujer, en el 13% de los casos y la mujer embarazada en el 1% de los casos. En los hogares, vivían en promedio 4,28 personas (DE

1,63). El promedio de ingreso mensual de estos hogares en el último mes fue 1,99 millones de Gs. (DE 0,802). El 62% de los hogares tenía un ingreso inferior al salario mínimo vigente.

Características del parto

El 72% de los casos fue parto normal y el 28% fue parto por cesárea. En promedio estuvieron 1,3 días hospitalizadas (DE 0,46). El promedio fue de 2 días de hospitalización cuando fue por cesárea. Los días de hospitalización se asoció de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto (Mann Whitney $p < 0,05$). El kit de parto con insumos gratuitos fue entregado al 100% de las mujeres.

Características del gasto de bolsillo

Solo el 2% declaró no haber tenido ningún gasto de bolsillo directamente relacionado con el parto. En cambio, el 98% de los casos tuvo gastos de bolsillo directamente relacionados con la atención al parto, sobre todo para la compra de medicamentos e insumos descartables (Gráficos 6). En la suma del GBS resultó un gasto de 37.936.000 Gs., de los cuales 72% correspondió a gastos por medicamentos, 23% a gastos por descartables de uso hospitalario y 5% a gastos para estudios de diagnóstico (Gráfico 7). El 68% correspondió a gastos relacionados a la atención de la madre y 32% a gastos relacionados a la atención del recién nacido (Gráfico 8).

Pero, además de los gastos directos o GBS, también hubo otros gastos indirectos, por comida, pañales, leche, transporte y otros. Considerando la suma de gastos directos e indirectos, la proporción de gastos directos fue 59% y la de gastos indirectos 41% (Gráfico 9).

El promedio de GBS directamente relacionados con la atención fue 379,4 mil Gs. (DE 268,4). El máximo GBS registrado fue 1,75 millones de Gs. El promedio de gastos complementarios o indirectos fue 260,2 mil Gs. (DE 124,1). Al sumar los gastos directos e indirectos, el GBST o gasto total fue en promedio 639,6 mil Gs. (DE 309,8), lo que implica un incremento de 68,6% del gasto de bolsillo. El gasto promedio fue mayor para quienes tuvieron parto por cesárea. El GBS y el GBST se asociaron de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto, con valores de $p < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney (Gráfico 10).

El GBS fue, en promedio, el 26% de los ingresos del hogar (DE 38), mientras que el GBST fue el 43% de los ingresos del hogar (DE 43,7). El

GBS fue excesivo para el 79% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,10) y fue catastrófico o GCS para el 25% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,25). Si se consideran todos los gastos o GBST el gasto de bolsillo excesivo afectó al 95% de los casos y el gasto de bolsillo catastrófico al 67% de los casos (Gráfico 11).

Considerando solo los gastos directamente relacionados con la atención al parto, el GBS excesivo y el GCS se asociaron de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto mediante la prueba de Chi² con $p=0,034$ y $p=0,040$, respectivamente.

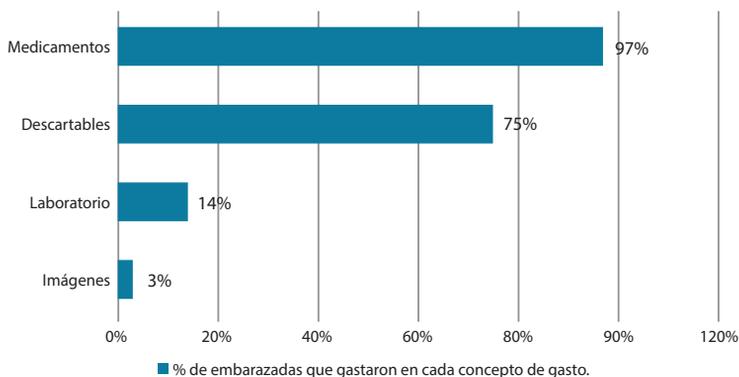
El parto por cesárea presentó más chance de GBS excesivo y GCS con Odds Ratio = 4,66 (IC95% 1,01 a 21,54) y Odds Ratio = 2,68 (IC95% 1,03 a 6,98) respectivamente.

Se observó que el 14% de los hogares de los casos incluidos en el estudio ya se encontraba en condiciones de pobreza antes de los gastos de bolsillo. Después del GBS la pobreza subió a 23%, y si se considera el gasto total, subió a 38% (Gráfico 12).

Antes del GBS la brecha de pobreza era 39,7%. Después del GBS la brecha aumentó a 84,6% y si se considera el gasto total o GBST, la brecha de pobreza aumentó a 99%. En términos absolutos, a un hogar pobre le faltaba en promedio 85.72 USD mensuales (Gs. 593.291) para alcanzar la línea de pobreza. Luego de los GBS aumentó a 154.72 USD (Gs. 1.070.791), lo cual en términos porcentuales significa un incremento del 113%. Al considerar el GBST, este monto aumentó a 179.76 USD (Gs. 1.230.239) teniendo una variación porcentual, en contraste con su condición inicial, de 150% (Gráfico 13).

En el 88% de los casos, el principal responsable para cubrir los gastos fue la pareja, en el 11% fueron los padres, en el 1% la propia mujer que tuvo parto y en el 2% restante, fue otro responsable. El 54% recibió apoyo familiar para cubrir los gastos, el 9% utilizó ahorros, otro 2% tuvo que recurrir a empeños y otro 2% tuvo que vender bienes.

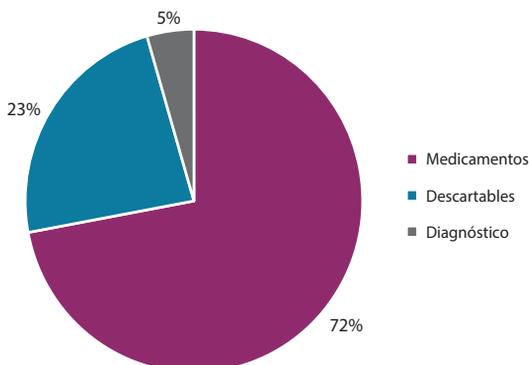
Gráfico N° 6
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Proporción de casos con gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Observación: Estas proporciones corresponden a si tuvo o no tuvo gasto de bolsillo en cada una de estas categorías de gasto.

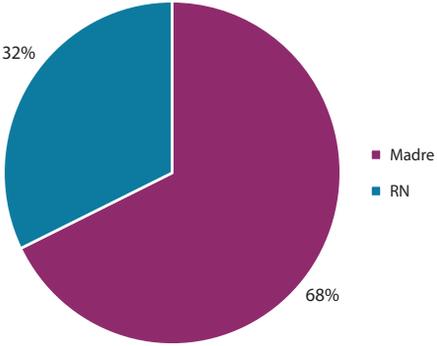
Gráfico N° 7
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100; suma GBS de todos los casos= 37.936.000 Gs.). Distribución proporcional del gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

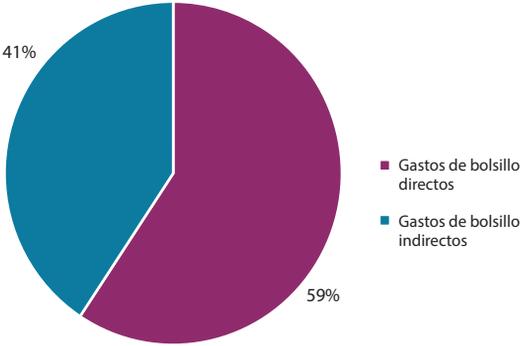
Observación: Estas proporciones corresponden a la sumatoria de cada concepto de gasto sobre la sumatoria del total de gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto. Incluye gastos de la madre y del recién nacido.

Gráfico N° 8
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Distribución proporcional del gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto según corresponde a gastos de la madre o a gastos del recién nacido.



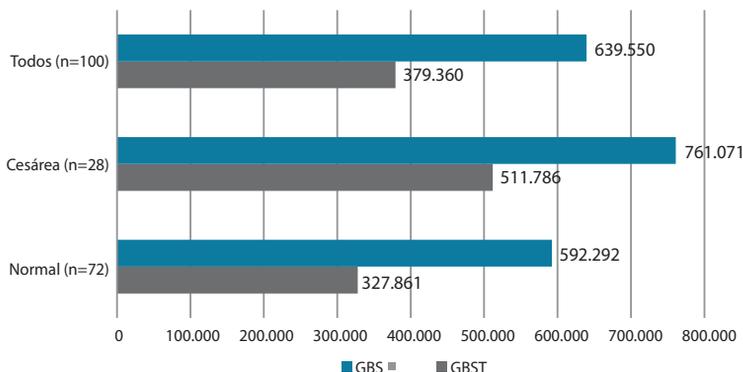
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 9
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Distribución proporcional del gasto de bolsillo directa e indirectamente relacionado con la atención al parto.



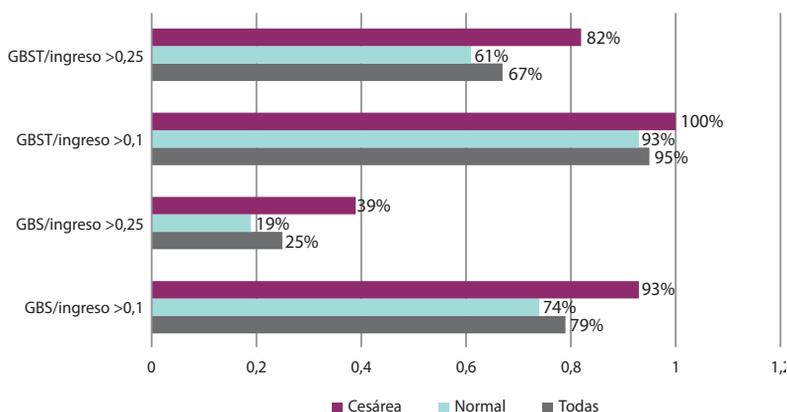
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 10
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Promedio de gasto de bolsillo de salud (GBS) y gasto de bolsillo total (GBT) en guaraníes (Gs.) corrientes, según tipo de parto, tenencia de seguro y recepción de kit de parto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

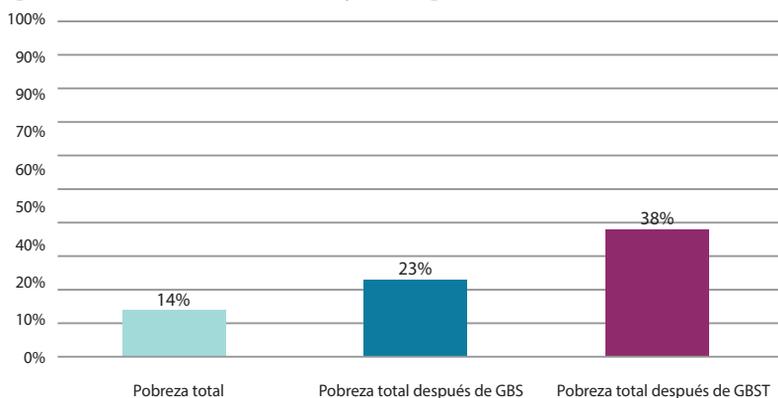
Gráfico N° 11
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020. (n=100) Distribución de gastos de bolsillo excesivos y catastróficos considerando gastos directos (GBS) y el gasto total que incluye gastos directos e indirectos (GBST) según el tipo de parto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 12

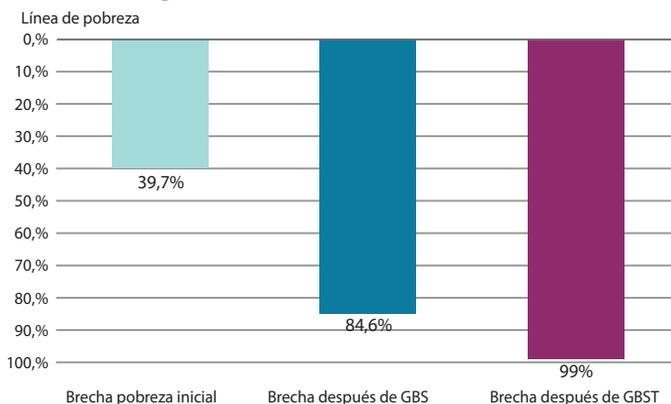
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Porcentaje de pobreza de los hogares antes y después de los gastos de bolsillo directo (GBS) y de los gastos de bolsillos totales (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 13

Mujeres que tuvieron parto en el Hospital General de Santa Rosa del Aguaray, año 2020 (n=100). Variación de la brecha de pobreza de los hogares luego de los gastos directos (GBS) y el gasto total que incluye gastos directos e indirectos (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Características de la población de estudio

Fueron incluidas 170 mujeres que cumplieron con los criterios y aceptaron participar del estudio. La edad mediana de las mujeres fue 24 años, la edad promedio fue 25,13 años (DE 6,96). El 25,88% de ellas tenían entre 14 y 19 años. En promedio tenían 1,99 hijos (DE 1,28). En cuanto al estado civil, 62,4% estaban en unión libre, 18,2% casadas y 19,4% solteras. El promedio de años de estudios fue 8,41 (DE 3,53). El 12% no trabajaban, 33% de ellas tenía trabajo doméstico no remunerado, 13% trabajo doméstico remunerado, 19% eran comerciantes, 7% estudiantes, 4% eran docentes, 2% ejercían como profesionales y el 10% restante ejercían oficios varios. El 17% tenía seguro médico del Instituto de Previsión Social.

En el 48% de los casos la mujer declaró que tanto ella como su pareja ejercían el rol de jefe de hogar, 31% refirió que el jefe del hogar era la pareja, el 17% que era padre o la madre y en el 4% que era la propia mujer embarazada. En los hogares, vivían en promedio 4,31 personas (DE 1,44). El promedio de ingreso mensual de estos hogares en el último mes fue 3,3 millones de Gs. (DE 1,4). El 22% de los hogares tenía un ingreso inferior al salario mínimo vigente. Al momento de la entrevista 87,65% de los hogares recibían algún tipo de subsidio estatal, la mayoría de los programas de compensación o ayuda social ante la pandemia de COVID-19: 81% del programa Pytyvo (ayuda social en pandemia a trabajadores informales), 56% del programa Ñangareko (ayuda alimentaria en pandemia por única vez), 11% del programa Tekoporã (transferencia monetaria mensual para el combate a la pobreza), 22% del programa de subsidio alimentario a adultos mayores (transferencia monetaria mensual para combate a la pobreza) y 1% del programa Tenonderã (transferencia para emprendimientos para combate a la pobreza).

Características del evento de estudio

El 39% de los casos fue parto normal y el 61% fue parto por cesárea. Ninguna tuvo complicaciones durante ni inmediatamente después del parto. Ninguna tuvo antecedente ni fue caso sospechoso de COVID-19.

En promedio estuvieron 1,98 días hospitalizadas (DE 0,94). El promedio fue de 2,43 días de hospitalización (DE 0,81) cuando fue por ce-

sárea. Los días de hospitalización se asoció de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto (Mann Whitney $p < 0,05$).

Características del gasto de bolsillo

Solo el 3% declaró no haber tenido ningún gasto de bolsillo directamente relacionado con el parto. En cambio, el 97% de los casos tuvo gastos de bolsillo directamente relacionados con la atención al parto, sobre todo para la compra de medicamentos e insumos descartables (Gráficos 14). En la sumatoria del GBS, 52% correspondía a gastos por medicamentos, 30% a descartables de uso hospitalario no disponibles en ese momento, 16% a estudios de diagnóstico y 2% a otros (Gráfico 15). Pero, además de los gastos directos o GBS también se registraron otros gastos indirectos, o complementarios, por comida, pañales, leche, transporte y otros. Considerando la suma de gastos directos e indirectos, la proporción de gastos directos fue 58% y la de gastos indirectos 42% (Gráfico 16).

El promedio de GBS directamente relacionados con la atención fue 268,1 mil Gs. (DE 212,5). El máximo GBS registrado fue 1,46 millones de Gs. El promedio de gastos complementarios o indirectos fue 193,8 mil Gs. (DE 117,5). Al sumar los gastos directos e indirectos, el GBST o gasto total fue en promedio 461,9 mil Gs. (DE 260,6), lo que implica un incremento de 72,3% del gasto de bolsillo. El gasto promedio fue mayor para quienes tuvieron parto por cesárea. El GBS y el GBST se asociaron de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto, con valores de $p < 0,05$ en la prueba de Mann-Whitney (Gráfico 17).

El GBS fue en promedio el 10% de los ingresos del hogar (DE 9,9), mientras que el GBST fue el 17% de los ingresos del hogar (DE 14,2). El GBS fue excesivo para el 35,3% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,10) y fue catastrófico o GCS para el 5,3% de los casos (razón GBS/ingreso mayor a 0,25). Si se consideran todos los gastos o GBST el gasto de bolsillo excesivo afectó al 64% de los casos y el gasto de bolsillo catastrófico al 16% de los casos (Gráfico 18).

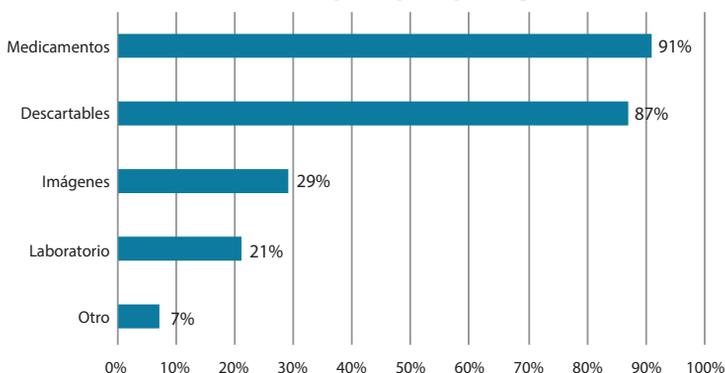
Considerando solo los gastos directamente relacionados con la atención al parto, el GBS excesivo se asoció de forma estadísticamente significativa con el tipo de parto mediante la prueba de χ^2 con $p = 0,000$. La asociación no fue significativa para el GCS ya que la prueba de χ^2 tuvo una $p = 0,751$. El parto por cesárea presentó más chance de GBS excesivo con Odds Ratio = 4,62 (IC95% 2,18 a 9,81).

Se observó que el 4% de los hogares de las mujeres incluidas en el estudio ya se encontraba en condiciones de pobreza antes de los gastos de bolsillo. Después del GBS la pobreza subió a 5% de los casos, y si se considera el gasto total, subió a 7% de los hogares de estas mujeres (Gráfico 19).

Antes del GBS la brecha de pobreza era 18%. Después del GBS la brecha aumentó a 43% y si se considera el gasto total o GBST, la brecha de pobreza aumentó a 60%. En términos absolutos a un hogar pobre le faltaba en promedio 37.09 USD mensuales (Gs. 232.550) para alcanzar la línea de pobreza. Luego de los GBS aumentó a 80.9 USD (Gs. 507.217), lo cual en términos porcentuales significa un incremento del 136%. Al considerar el GBST, este monto aumentó a 109.07 USD (Gs. 683.884) teniendo una variación porcentual, en contraste con su condición inicial, de 226% (Gráfico 20).

El responsable para cubrir los gastos del parto fue la pareja en el 26% de los casos, ella y su pareja en el 54% de los casos, solo ella en el 4% de los casos y los padres en el 16% de los casos.

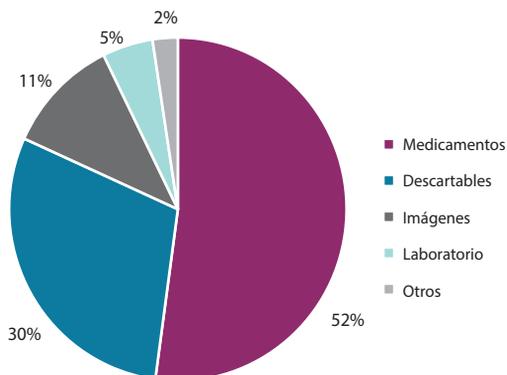
Gráfico N° 14
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Proporción de casos con gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Observación: Estas proporciones corresponden a si tuvo o no tuvo gasto de bolsillo en cada una de estas categorías de gasto.

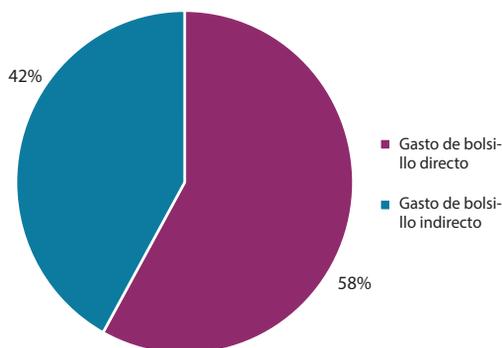
Gráfico N° 15
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Distribución proporcional del gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto por tipo de gasto.



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

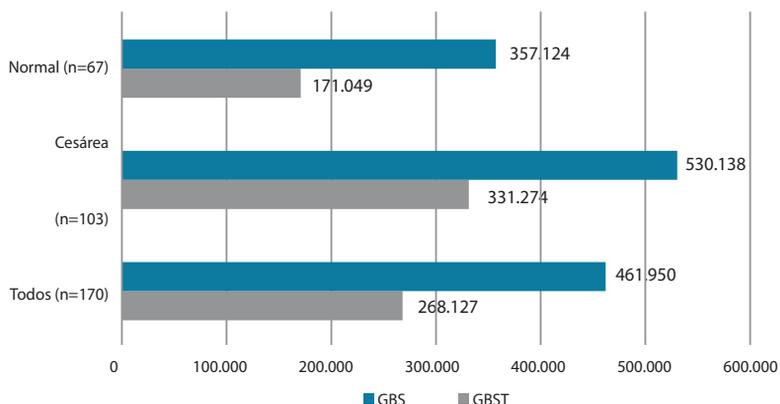
Observación: Estas proporciones corresponden a la sumatoria de cada concepto de gasto sobre la sumatoria del total de gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención al parto. Incluye gastos de la madre y del recién nacido.

Gráfico N° 16
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Distribución proporcional del gasto de bolsillo directa e indirectamente relacionado con la atención al parto.



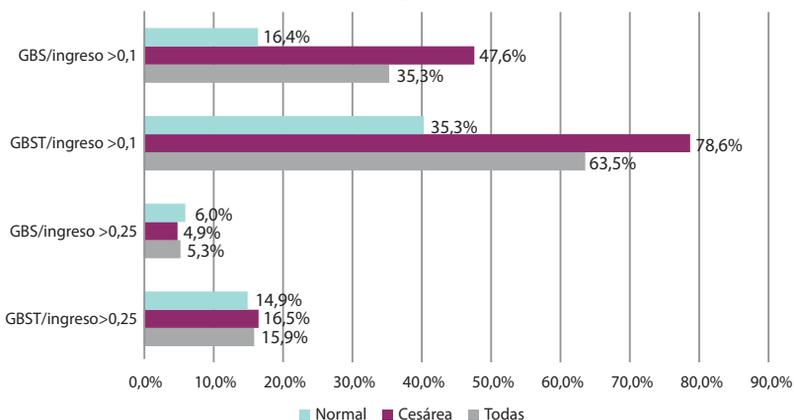
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 17
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Promedio de gasto de bolsillo de salud (GBS) y gasto de bolsillo total (GBST) en guaraníes (Gs.) corrientes, según tipo de parto.



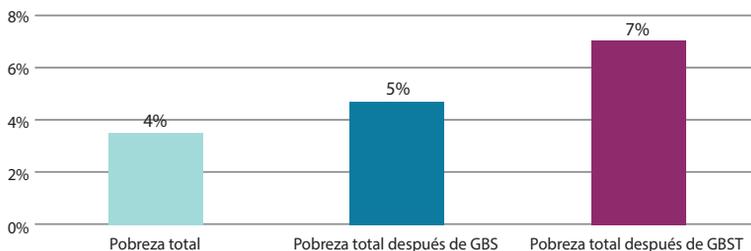
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 18
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Distribución de gastos de bolsillo excesivos y catastróficos considerando gastos directos (GBS) y el gasto total que incluye gastos directos e indirectos (GBST) según el tipo de parto.



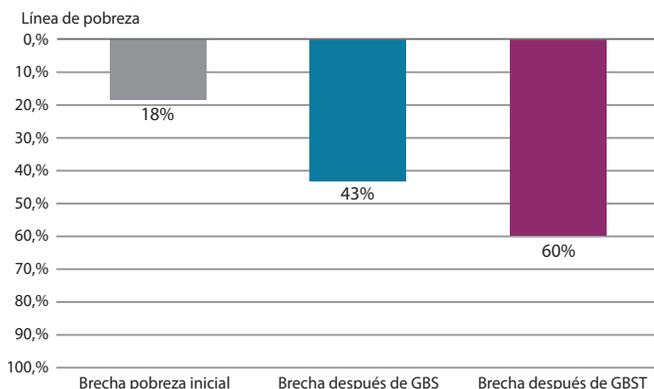
Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 19
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Porcentaje de pobreza de los hogares antes y después de los gastos de bolsillo directo (GBS) y de los gastos de bolsillos totales (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico N° 20
Mujeres que tuvieron parto en el Hospital Regional de Encarnación, año 2020 (n=170). Variación de la brecha de pobreza de los hogares luego de los gastos directos (GBS) y el gasto total que incluye gastos directos e indirectos (GBST).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

4. SÍNTESIS DE RESULTADOS

En Concepción las mujeres que participaron del estudio tenían en promedio 26,1 años. El ingreso de sus hogares fue en promedio 2,9 millones Gs. en el último mes. El 51% de los partos fue normal y 49% por cesárea. Hubo gasto de bolsillo en el 97% de los casos. El promedio gastado fue 346,5 mil Gs. El gasto de bolsillo fue excesivo para el 48% de los hogares y catastrófico para el 15% de los hogares de estas mujeres. La proporción de hogares pobres de las mujeres incluidas en el estudio pasó de 8% a 12% después del GBS.

En Santa Rosa del Aguaray, las mujeres participantes tenían en promedio 25,5 años. El ingreso de sus hogares fue en promedio 1,9 millones Gs. en el último mes. El 72% de los partos fue normal y 28% por cesárea. Hubo gasto de bolsillo en el 98% de los casos. El promedio gastado fue 379,4 mil Gs. El gasto de bolsillo fue excesivo para el 79% de los hogares y catastrófico para el 25% de los hogares de las mujeres que participaron en el estudio. La proporción de hogares pobres pasó de 14% a 23% después del GBS.

En Encarnación: Las mujeres tenían en promedio 25,1 años. El ingreso de sus hogares fue en promedio 3,3 millones Gs. en el último mes. El 39% de los partos fue normal y 61% por cesárea. Hubo gasto de bolsillo en el 97% de los casos. El promedio gastado fue 268,4 mil Gs. El gasto de bolsillo fue excesivo para el 35% de los hogares y catastrófico para el 5,3% de los hogares de las mujeres que participaron en el estudio. La proporción de hogares pobres pasó de 4% a 5% después del GBS.

En los tres casos, el principal componente de gasto de bolsillo fue la compra en farmacias de medicamentos e insumos no disponibles en el hospital y la magnitud del gasto fue significativamente mayor cuando el parto fue por cesárea.

Los estudios fueron realizados en los siguientes hospitales públicos seleccionados durante el 2020: Hospital Regional polivalente de IPS Concepción (Concepción), Hospital General del MSPBS de Santa Rosa del Aguaray (San Pedro) y Hospital Regional del MSPBS de Encarnación (Itapúa).

Gráfico N° 17**Mujeres que tuvieron parto en tres hospitales públicos seleccionados en el año 2020. Principales indicadores de resultados de tres estudios realizados.**

Indicadores seleccionados	Concepción	Santa Rosa del Aguaray	Encarnación
Participantes	100	100	170
Tipo de muestra	No aleatorio	No aleatorio	No aleatorio
Semestre de 2020	Segundo	Segundo	Primero
Edad promedio de las participantes	26,12	25,52	25,13
Años de estudio en promedio	10,55	7,35	8,41
% madres adolescentes	11%	20%	25,88%
Número de hijos en promedio	2,39	1,96	1,99
% con seguro de IPS	16%	0%	17%
Integrantes del hogar en promedio	5,21	4,28	4,31
Ingreso promedio del último mes (millones de Gs.)	2,98	1,99	3,3
% de cesárea	49%	28%	61%
% que tuvo gasto de bolsillo de salud (directo)	93%	98%	97%
% de gasto por medicamentos y descartables	89%	95%	82%
% de gasto por estudios auxiliares	9%	5%	16%
Gasto de bolsillo de salud (directo) en promedio (miles Gs)	346,5	379,4	268,1
% con gasto de bolsillo de salud excesivo	48%	79%	35,3%
% con gasto de bolsillo de salud catastrófico	15%	25%	5,3%
% de hogares pobres antes del parto	8%	14%	4%
% de hogares pobres después del GBS ante el parto	12%	23%	5%

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En los tres estudios las muestras fueron no aleatorias, fueron por conveniencia, según las mujeres hayan aceptado participar del estudio y con las dificultades del trabajo de recolección en el contexto de una pandemia que exigió técnicas de recolección y medidas de prevención excepcionales. En el caso de Encarnación, los casos incluidos corresponden al 35,6% de partos esperados durante los dos meses que recogieron información (finales de marzo a mediados de mayo) según la cantidad de nacimientos registrados en el distrito en años anteriores. En los casos de Concepción y Santa Rosa del Aguaray los casos incluidos

corresponden al 62,5% y 57,1% de los partos esperados durante un mes de recolección de datos respectivamente⁽²³⁾. Los resultados, por tanto, deben ser interpretados para cada servicio en un momento dado, pues son estudios transversales específicos para estos servicios.

No obstante, las características de la población estudiada fueron consistentes entre sí y con los parámetros de referencia para la población de cada departamento donde se realizaron los trabajos.

Al respecto, tómesese en consideración la similitud del promedio de edad que estuvo entre 25 y 26 años. Considérese que 50% de los nacidos vivos registrados en el país y en los distritos de estudio corresponden a madres entre 20 y 29 años⁽²³⁾. El número de hijos promedio por mujer estuvo entre 1,9 y 2,4, lo cual es consistente con el promedio de hijos por mujer a nivel nacional que es 2,4, pero fue inferior a las estimadas para las regiones sanitarias donde se realizaron los estudios. Según datos del INE el número de hijos por mujer para Concepción era 2,9; para San Pedro 2,8 y para Itapúa 2,5 ^(26,30,35).

Hubo diferencias en el porcentaje de madres adolescentes. En estos tres estudios, las adolescentes fueron 11%, 20% y 26% en Concepción, Santa Rosa del Aguaray y Encarnación respectivamente. A nivel nacional, en 2018, las madres adolescentes registradas fueron 15,6%, en el distrito de Concepción 14,8%, en Santa Rosa del Aguaray 20,7% y en Encarnación 14,0%⁽²³⁾. La evidencia señala que en las adolescentes hay más riesgo de complicaciones, pero en el estudio un criterio de exclusión fue la presencia de complicaciones relacionadas.

Estas diferencias, probablemente debidas a la selección, no fueron determinantes sobre el GBS. En efecto, puesto que se seleccionaron embarazadas que no tuvieran complicaciones y los procedimientos son uniformes, el GBS estuvo determinado principalmente por la disponibilidad de medicamentos y otros insumos en los hospitales al momento del estudio. Puesto que en estos procedimientos no hay un tratamiento médico concomitante, los medicamentos e insumos son utilizados para el procedimiento de parto, que son diferentes cuando es por parto normal y por cesárea. Entonces, ante la ausencia de complicaciones, el tipo de parto fue el determinante para la utilización de medicamentos e insumos, principal componente del GBS en los tres estudios realizados.

Según datos del MSPBS, en 2018, el 51% de los nacidos vivos registrados tuvieron parto por cesárea. Ese mismo año, en el distrito de Con-

cepción la proporción de cesáreas fue 49%, en Santa Rosa del Aguaray 36% y en Encarnación 70%⁽²³⁾. En todos los casos, las proporciones son elevadas considerando que la OMS recomienda que los partos por cesárea no excedan el 15%⁽²⁴⁾.

Estos parámetros sirven para comparar la proporción de partos por cesárea en los tres estudios, que fueron: 48% en el hospital de Concepción, 28% en el de Santa Rosa del Aguaray y 61% en el hospital de Encarnación. Como puede observarse, la diferencia relativa entre los hospitales seleccionados se mantuvo en comparación con los parámetros, es decir, Encarnación presentó la proporción más elevada y Santa Rosa del Aguaray la menor proporción. También se puede observar que la proporción de partos por cesárea de Concepción fue bastante aproximada a su parámetro, y que los otros dos hospitales estuvieron un poco por debajo del parámetro tomado de los registros del MSPBS. Quiere decir que en Encarnación y Santa Rosa del Aguaray el promedio de GBS ante el parto pudo ser mayor a lo que se reportó en estos trabajos.

En los tres hospitales estudiados, la magnitud del GBS fue mayor ante la cesárea. El GBS promedio ante el parto fue 268,1 mil Gs., 346,5 mil Gs. y 379,4 mil Gs. en los hospitales públicos estudiados de Encarnación, Concepción y San Pedro, respectivamente. Se puede observar que los promedios son aproximados entre los hospitales de Concepción y Santa Rosa del Aguaray mientras que la de Encarnación es menor. Es posible que las diferencias se deban a la desigual disponibilidad entre los hospitales y en el tiempo en que se recolectó la información.

El hecho que 9 de cada 10 embarazadas hayan tenido GBS pone en entredicho el cumplimiento de la Ley de gratuidad de la atención⁽¹⁹⁾ y de la ley que financia el kit de parto. La ley expresa que todas las embarazadas tienen derecho a recibir los insumos necesarios para la atención del parto en el sector público⁽²⁰⁾. Sin embargo, los resultados son contundentes en cuanto a la falta de cobertura, la falta de protección financiera y la no universalidad de estos beneficios.

El hecho de que el componente predominante del GBS haya sido la compra de medicamentos y otros descartables adquiridos en farmacias privadas, fue consistente con los estudios de GBS de hogares en Paraguay donde el principal componente es la compra de medicamentos^(6,7,8). La reducida participación de estudios auxiliares en este estudio pudo deberse al criterio de inclusión de los casos sin complicaciones y

que todos los estudios se realizan durante el seguimiento del embarazo, proceso que no fue considerado, pues se enfocó exclusivamente a los gastos durante la atención al parto y no a todo el embarazo.

No hay estudios de casos similares a nivel nacional para comparar estos resultados. Lo que sí está disponible son mediciones realizadas en la encuesta de hogares durante el 2014. Las encuestas de hogares no proveen información sobre los motivos de hospitalización ni sobre los días de hospitalización⁽⁹⁾. Al respecto, hay que considerar que la atención al parto no es equivalente al tratamiento de una enfermedad. La compra de medicamentos e insumos son para uso de un procedimiento que se concreta con el nacimiento, no hay un tratamiento posterior si no hay complicaciones. En los casos estudiados la muestra seleccionada incluyó solo a aquellas mujeres que no tuvieron complicaciones relacionadas con el parto y estuvieron solo 2 y 3 días hospitalizadas, sin tratamiento médico

La mayor magnitud del GBS ante la cesárea fue consistente con los hallazgos de otros estudios como los revisados para Bangladesh⁽¹¹⁾, India⁽¹²⁾, Australia⁽¹⁵⁾ y México⁽¹⁷⁾.

Además del GBS relacionados directamente con la atención, las mujeres tuvieron gastos concurrentes, como los del transporte, alimentación, y otros. Este tipo de gastos frecuentemente no son tenidos en cuenta en los cálculos, pero como se ha demostrado en estos trabajos, los gastos indirectos pueden incrementar el gasto excesivo y catastrófico.

El impacto de este gasto para el hogar depende de su capacidad económica o capacidad de pago⁽²⁾. Esta capacidad estará en función de los ingresos y gastos del hogar. En estos trabajos se consideró únicamente los ingresos (del último mes) como referencia de esa capacidad, utilizando los indicadores del reporte global conjunto de la OMS y del Banco Mundial sobre protección financiera en salud y el indicador de seguimiento de la meta 3.8.2 de los ODS⁽⁴⁾.

Los resultados señalan que en Concepción solo 31% de las mujeres tenían un ingreso laboral, en Santa Rosa del Aguaray solo 5% y en Encarnación 48%. Es decir que la mayoría de ellas estaban en situación de dependencia económica para hacer frente a los gastos durante el embarazo y el parto.

Los resultados demuestran cómo la atención al parto también puede generar gastos excesivos y catastróficos (GCS) en un sistema de salud donde predomina el financiamiento a través del GBS. En efecto, el gasto excesivo estuvo ampliamente distribuido, afectando entre 35,3% a 79% de los hogares mientras que el gasto catastrófico estuvo entre 5% y 25% de los casos. Esta ocurrencia fue consistente con la relación entre GCS y atención al parto, sobre todo por cesárea publicado por Goli en India⁽²⁹⁾, Myint en Myanmar⁽³⁰⁾ y Hernández-Torres en México⁽³⁴⁾.

También hubo empobrecimiento comparando la proporción de pobres y brecha de pobreza antes y después del GBS, utilizando la línea de pobreza de 3,2 USD (PPA) por persona día. En los tres casos la proporción de pobreza entre los casos seleccionados fue inferior a la pobreza departamental, lo cual puede deberse a la selección, pero no se puede descartar que pueden operar barreras ecoómicas que limitan el acceso de los pobres a estos establecimientos que se encuentran en las ciudades y que se consideran de referencia en cada departamento.

Se puede concluir que los arreglos financieros establecidos por sendas leyes para la gratuidad de la atención y la provisión de kit de parto no impiden el gasto de bolsillo y que estos pueden ser excesivos, catastróficos y hasta empobrecedores para algunos hogares.

6. REFERENCIAS

- (1) Organización Mundial de la Salud. (2010) Financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal. Informe sobre la salud en el mundo. http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- (2) Xu, K. (2005) *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos*. Discussion paper. World Health Organization. https://www.paho.org/chi/dmdocuments/dp_es_05_2-distribucion_del_gastro.pdf
- (3) Titelman D, Cetrángolo O, Acosta OL. (2015) La cobertura universal de salud en los países de América Latina: cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad. *MEDICC Review*, 17, s68-s72. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2015/mrws151n.pdf>
- (4) OMS. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
- (5) Gaete, R. (2017) *Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay*. Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, Asunción. <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Salud.pdf>

- (6) Giménez-Caballero, Edgar, Flores, Laura, Rodríguez, José Carlos, Amarilla, Marcelo, Britez, Andrés, & Peralta, Néstor. (2021). Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 19(1), 18-30. Epub April 00, 2021. <https://dx.doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2021.019.01.18>
- (7) Giménez, Edgar, Rodríguez, José Carlos, Ocampos, Gladys, & Barrios, Roberto. (2018). Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas (Asunción)*, 51(3), 41-52. [https://dx.doi.org/10.18004/anales/2018.051\(03\)41-052](https://dx.doi.org/10.18004/anales/2018.051(03)41-052)
- (8) Giménez, E., Ocampos, G., Rodríguez, J., Araujo, J., Peralta, N. (2019) *Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay*. *Anales EFACIM*, 52, n°1, 33-42. [http://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)33-042](http://dx.doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)33-042)
- (9) O'Donnell, O., Van Doorslaer, E., Wagstaff, A., and Lindelow, M. 2008. *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. Washington, DC: The World Bank.
- (10) Wang, Z., Tang, K. Combating COVID-19: health equity matters. *Nat Med* **26**, 458 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0823-6>
- (11) Sarker, A. R., Sultana, M., Ali, N., Akram, R., Sheikh, N., Mahumud, R. A., & Morton, A. (2018). *Cost comparison and determinants of out-of-pocket payments on child delivery care in Bangladesh*. *The International Journal of Health Planning and Management*, 1-18. <https://doi.org/10.1002/hpm.2615>
- (12) Goli S, Rammohan A. (2018) *Out-of-pocket expenditure on maternity care for hospital births in Uttar Pradesh, India*. *Health Economics Review*, 8:5. <https://doi.org/10.1186/s13561-018-0189-3>
- (13) Myint, A., Liabsuetrakul, T., Htay, T., et al. (2018) *Impoverishment and catastrophic expenditures due to out-of-pocket payments for antenatal and delivery care in Yangon Region, Myanmar: a cross-sectional study*. *BMJ Open*. <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/11/e022380.full.pdf>
- (14) Adams, J., Steel, A., Frawley, J. et al. (2017) *Substantial out-of-pocket expenditure on maternity care practitioner consultations and treatments during pregnancy: estimates from a nationally-representative sample of pregnant women in Australia*. *BMC Pregnancy and Childbirth* 17, 114. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1297-5>
- (15) Callander, E., Topp, S., Fox, H., Corscadden, L. (2020) *Out-of-pocket expenditure on health care by Australian mothers: Lessons for maternal universal health coverage from a long-established system*. *Birth*, 47, 49-56. <https://doi.org/10.1111/birt.12457>
- (16) Sesma, S., Gómez O., Wirtz, V., Castro, M. (2011) *Abasto, surtimiento y gasto de bolsillo en medicamentos en hospitales públicos de México en 2009*. *Salud Publica México*, 53, supl. 4, S470-S479. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5070/4896>
- (17) Hernández, J., Ávila, L., Valencia, A., Poblano, O. (2008) *Evaluación Inicial del Seguro Popular sobre el Gasto Catastrófico en Salud en México*. *Revista de Salud Pública*, 10, n.1. <https://doi.org/10.1590/S0124-00642008000100003>
- (18) Giménez, E. (2014) *Desafíos para una cobertura universal de salud en Paraguay. 7 propuestas para encender el debate sanitario*. Instituto Desarrollo, Asunción.

<http://www.desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publicaciones/12-10-2015-11-11-39-1270357564.pdf>

- (19) Paraguay. Ley N°5099. De la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS). 19 de noviembre de 2013.
- (20) Paraguay. Ley N°4313. De aseguramiento presupuestario de los programas de salud sexual y reproductiva y el aprovisionamiento del kit de parto en las instituciones dependientes del MSPyBS. 13 de junio de 2011.
- (21) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015) *Política Nacional de Salud 2015 – 2030: Avanzando hacia el acceso y cobertura universal de la salud en Paraguay*. <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/90c029-POLITICANACIONALDESALUD.pdf>
- (22) Organización de las Naciones Unidas. (2018) *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible: una oportunidad para América Latina y el Caribe* (LC/G.2681-P/Rev.3).
- (23) Paraguay. MSPBS. Indicadores de Nacimiento 2018. DIGIES. SSIEV.
- (24) OMS. Declaración sobre tasas de cesáreas 2015. Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161444/WHO_RHR_15.02_spa.pdf;jsessionid=87B256EBEB23D93196E97396FD90D613?sequence=1
- (25) Paraguay. INE. Proyección de la población por edad y sexo 2018. Concepción. Disponible en: https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Proyecciones%20departamentos/01_Concepcion_Calculo_Triptico2018.pdf
- (26) Paraguay. INE. Resultados de la EPH a nivel departamental 2017. Concepción. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/Publicaciones/resultados%20de%20la%20EPH/1.%20CONCEPCION/1.%20Condiciones%20de%20Vida.pdf>
- (27) Paraguay. INE. Indicadores por temas. Ingresos. Pobreza. Por departamentos. 2017-2019. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/microdatos/microdatos.php>
- (28) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores básicos de salud 2019. Disponible en: <http://portal.mspbs.gov.py/digies/wp-content/uploads/2020/01/Indicadores-Basicos-de-Salud-IBS-2019.pdf>
- (29) Paraguay. INE. *Proyección de la población por sexo y edad, según distrito, 2000-2025*. C4. <https://www.ine.gov.py/default.php?publicacion=2>
- (30) Paraguay. INE. *Resultados de la EPH a nivel departamental 2017. Departamento de San Pedro*. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/Publicaciones/resultados%20de%20la%20EPH/2.%20SAN%20PEDRO/1.%20Condiciones%20de%20Vida.pdf>
- (31) Paraguay. INE. *Población por año de la encuesta, según departamento y principales indicadores de pobreza, 1997/98 al 2020. Serie comparable*. Disponible en: https://www.ine.gov.py/assets/documento/1e7f6Pobreza_dpto_EPH%201997-98_2020.xls
- (32) Paraguay. INE. *Proyecciones de población por sexo y edad*. Itapúa 2021. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Proyecciones%20por%20Departamento%202021/07_Itapua_2021.pdf
- (33) Paraguay. INE. *Porcentaje de tenencia de seguro médico 2017-2019*. Disponible en: https://atlasgenero.ine.gov.py/administrador/archivos/16-tab_1612876034.xls
- (34) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores de Mortalidad 2015-

EL GASTO DE BOLSILLO ANTE LA HEMODIÁLISIS EN LA REGIÓN SANITARIA DE CONCEPCIÓN EN 2020

Elena Schupp,
Liliana Lesmo y
Edgar Giménez Caballero

1. INTRODUCCIÓN

En Paraguay se acumulan anualmente enfermedad, discapacidad y mortalidad prematura asociada a las Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), siendo este grupo de enfermedades la principal causa de muerte en todas las edades, entre ellas las enfermedades renales. En el quinquenio 2015 2019 se registró en Paraguay 4.670 defunciones causadas por enfermedades renales, lo que representó el 3% del total de fallecidos en ese periodo de tiempo. La Enfermedad Renal Crónica (ERC) se asocia con la diabetes y la hipertensión arterial. En el mismo quinquenio los fallecidos a causa de la diabetes sumaron 11.799, el 8% de los fallecidos registrados⁽¹⁾. Además, se estima que el 32% de la población paraguaya entre 15 y 74 años tiene hipertensión arterial y el 10% diabetes mellitus⁽²⁾.

El tratamiento de la ERC es costoso y cuando el sistema de salud no cuenta con arreglos efectivos de protección financiera para los enfermos que la padecen, se pueden producir gastos catastróficos o afectar el acceso o a la integralidad o la calidad de los servicios. En el sistema de salud paraguayo, hay exposición a penurias financieras ante la enfermedad ya que la inversión pública es reducida y la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario es elevada⁽³⁻⁴⁾.

Fue por eso por lo que en 2011 se promulgó la Ley del Fondo Nacional de Recursos Solidarios para la Salud (FONARESS), que estableció la cobertura de *"Insuficiencia Renal Aguda y Crónica: Incluyen diálisis peritoneal y hemodiálisis"*, entre otras enfermedades. Pero, a una década de la vigencia de la ley el fondo nunca fue conformado⁽⁵⁾.

Los antecedentes señalan que la incidencia de gasto catastrófico en Paraguay está entre el 1,9% y 2,8% de los hogares⁽⁶⁻⁷⁾, sobre todo para comprar medicamentos⁽⁸⁻⁹⁾. En la revisión de publicaciones no se identificó estudios sobre gasto de bolsillo ante la ERC en el Paraguay.

En cuanto a los antecedentes regionales, se encontró que, en México, Estado de Chiapas, las familias afrontan un gasto que va de 309 USD a 1.500 USD mensuales ante la hemodiálisis, dependiendo del tipo de cobertura⁽¹⁰⁾. En la web pueden encontrarse reportes periodísticos sobre dificultades financieras de la población no cubierta para acceder a la hemodiálisis. Pero no se encontró estudios sistemáticos, específicamente sobre gasto de bolsillo ante la hemodiálisis, que puedan ser comparables en América Latina.

Este trabajo tiene el propósito de estudiar las características del gasto de bolsillo de salud (GBS) ante la hemodiálisis en una región sanitaria específica del Paraguay: el departamento de Concepción.

En Concepción los pacientes renales crónicos en tratamiento de hemodiálisis cuentan con cobertura nacional de la terapia de sustitución renal pero no con cobertura financiera completa, pues frecuentemente faltan insumos que deben ser adquiridos por los enfermos o sus familiares. La oferta de servicios en el departamento es reducida y se otorga tanto en el sector público como privado. La seguridad social (IPS) y el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) contratan servicios del sector privado para incluir a pacientes que no pueden atender con la oferta pública disponible.

En el contexto del departamento resalta que solo 14% de la población cuenta con seguro médico, que el promedio de ingreso familiar mensual en el departamento es de 3,1 millones de ₡ y que la proporción de pobres es de 44%⁽¹¹⁻¹²⁻¹³⁾.

Ante esta situación, se plantea la siguiente pregunta: ¿Cuáles son las características del gasto de bolsillo en salud de pacientes renales crónicos en etapa hemodialítica y cómo incide económicamente sobre el ingreso monetario de los hogares, en la ciudad de Concepción en 2020? El área de estudio corresponde a las entidades de salud encargadas de asistir a pacientes renales crónicos en estadio 5 D (D: etapa de diálisis)

Los objetivos a ser alcanzados: describir las características socioeconómicas de los pacientes renales crónicos hemodializados y sus hogares, determinar el ingreso monetario mensual de los hogares de pacientes renales crónicos hemodializados, la magnitud de los gastos de bolsillo en salud por cobertura de hemodiálisis; evaluar los componentes de los gastos de bolsillo en salud del tratamiento hemodialítico; identificar otros gastos concurrentes durante la utilización de servicios de hemodiálisis; relacionar gastos e ingresos monetarios de los hogares de personas hemodializadas; caracterizar los servicios de hemodiálisis;

identificar diferencias de los resultados entre servicios de hemodiálisis público y privado.

2. SÍNTESIS METODOLÓGICA

El diseño del estudio fue no experimental, cuantitativo, transversal, descriptivo. La población de estudio constituye todos los pacientes renales hemodializados en la ciudad de Concepción, la cual estaba constituida por un total de 102 pacientes renales, de los cuales 42 hemodializados concurrían al servicio correspondiente del Hospital Regional de Concepción del MSPBS y 60 pacientes concurrían a un centro privado de la ciudad de Concepción.

Los criterios de inclusión fueron: pacientes de todas las edades que recibían tratamiento de hemodiálisis en los servicios de hemodiálisis de la ciudad de Concepción desde al menos un mes antes del inicio del estudio y que aceptaron participar bajo consentimiento informado. Con estos criterios, se constituyó una muestra de 90 personas, lo que representa el 88% de la población total de los hemodializados en el mes de octubre de 2020. Entre los casos incluidos al estudio, 39 realizaban la hemodiálisis en el Hospital Regional de Concepción (MSPBS) y 51 en un centro privado de hemodiálisis de la ciudad de Concepción.

Para el estudio cuantitativo se utilizó la técnica de la encuesta, y como instrumento el cuestionario Google por considerar apropiado al enfoque, al diseño de la investigación y al estado de emergencia sanitaria mundial por la COVID 19 evitando así el uso de documentos impresos. Se elaboró notas dirigidas a los directores de las entidades sanitarias solicitando autorización para realizar la investigación. Para la validación del cuestionario se adoptó la técnica del juicio de experto sometiéndolo a una evaluación por dos profesionales del área de salud del servicio de hemodiálisis. Se recogieron observaciones y sugerencias para ajustar el instrumento, volviéndolo a someter a una segunda evaluación.

Se realizó una prueba piloto con 15 participantes. El cuestionario fue leído y explicado por un entrevistador quien fue el encargado de asentar las respuestas. La tarea se desarrolló en un clima favorable, con una hora de duración aclarando las dudas surgidas de los pacientes colaboradores. Mediante la prueba piloto se verificó la comprensión de cada uno de los elementos del instrumento como sus enunciados, formas de redacción y vocabulario empleado. Esta prueba permitió con-

tar con un instrumento revisado y útil antes de la administración de la muestra seleccionada.

La recolección de la información fue planificada para relevar datos sobre 13 al 14 sesiones de hemodiálisis por paciente durante el tiempo de estudio, conforme al esquema de hemodiálisis trisemanal. La recolección de datos se realizó con ayuda de dos profesionales del área de salud del servicio de hemodiálisis, con la orientación de las investigadoras.

Las variables de estudio se agruparon en características de la población, características de la utilización de servicios de diálisis y características del gasto de bolsillo de salud (GBS).

Para caracterizar a la población de estudio se utilizaron las siguientes variables: edad, sexo, procedencia, nacionalidad, estado civil, años de estudio, profesión, condición de empleo, tenencia de seguro, jefe de hogar, cantidad de integrantes del hogar e ingreso del hogar en el mes previo a la encuesta. Para las características de utilización del servicio de hemodiálisis se adoptaron las siguientes variables: enfermedad asociada a la ERC, servicio donde recibe tratamiento de hemodiálisis, tiempo de inicio de hemodiálisis en meses, cantidad de sesiones de hemodiálisis durante el mes de seguimiento, cantidad de horas de hemodiálisis durante el mes de seguimiento y motivos de reducción de cantidad de sesiones y horas de hemodiálisis.

El gasto de bolsillo de salud (GBS) incluyó gastos directos para el tratamiento del enfermo, tales como: dieta especial para enfermos renales; medicamentos, hemoglucotest, esparadrapos y otros descartables; estudios auxiliares de diagnóstico; gastos por consultas y hospitalizaciones. El GBS resultante fue la sumatoria considerando todos los motivos durante el periodo de estudio. Se consideró por separado gastos concurrentes que están indirectamente relacionados con el tratamiento como transporte, viáticos y comidas. Se calculó el GBS en relación con el número de sesiones y horas de hemodiálisis. Se calculó la razón de GBS con el ingreso del hogar para cada caso. Se consideró GBS excesivo cuando la razón GBS/ingreso fue mayor a 0,1 y GBS catastrófico cuando esta razón fue mayor a 0,25.

Los datos fueron codificados y cargados en una base digital EXCEL. El tratamiento de los datos fue univariado para describir medidas de tendencia central (promedios y medianas) y de dispersión (desviación estándar o DE) o bien proporciones y sus respectivos intervalos de confianza. Se buscó asociación estadística entre las principales variables de resultado del GBS con el tipo de establecimiento y la tenencia de

seguro. Las pruebas utilizadas fueron de Mann-Whitney y de Chi², considerándose significativo con $p < 0,05$. Para el procesamiento de datos se utilizó un paquete de software estadístico STATA 16.1.

3. RESULTADOS

Características de la población de estudio

De las 90 personas incluidas en el estudio, 68% fue de sexo masculino y 32% de sexo femenino. La edad estuvo comprendida entre 21 y 83 años, siendo el promedio de 53,3 años (DE 14,5). Todos eran de nacionalidad paraguaya. El 43% residía en la ciudad de Concepción y el 57% provenía de otros distritos del departamento como Loreto, Belén, Paso Horqueta e Yby Yaú.

El estado civil de los pacientes fue: 51% casado, 30% soltero, 12% unión libre, 4% viudo y 3% separado. Tenían en promedio 6,8 años de estudio (DE 3,9). La ocupación de los pacientes fue: 40% obreros, 22% trabajo doméstico, 6% comerciantes, 6% profesionales, 6% otras ocupaciones. El 20% refirió no tener un oficio o profesión definido. La condición de empleo fue: 57% desempleado 39% con empleo y 4% jubilado. Entre los desempleados (51 personas) el 98% refiere que no trabaja porque la enfermedad se lo impide y el 2% porque no consigue trabajo.

El 26% tenía seguro médico del Instituto de Previsión Social (IPS), 1% seguro privado y 73% no tenía seguro médico.

En promedio, los hogares de todos los pacientes estaban integrados por 4,4 personas (DE 2,0). El 53% de los pacientes dializados son jefes del hogar. El ingreso promedio del último mes fue 2,64 millones de Gs (DE 1,97). El 2,2% de los hogares no tuvo ingresos en el último mes y el 48,9% de los hogares tuvo un ingreso inferior al salario mínimo.

Características de la utilización del servicio de diálisis

Las principales etiologías de la enfermedad renal crónica fueron: 57% hipertensión arterial, 29% diabetes mellitus y 14% otras causas.

El 43% utilizaba el servicio de diálisis del Hospital Regional de Concepción (servicio público) mientras que el 57% el de un Centro Privado.

El tiempo desde el inicio de la hemodiálisis fue en promedio de 26,9 meses (DE 26,6). El 52% de los casos llevaba de 1 a 20 meses de diálisis,

22% de 21 a 40 meses, 11% de 41 a 60 meses, 9% de 61 a 80 meses y el 6% restante 81 y más meses.

En el último mes, los pacientes tuvieron 11,06 sesiones de hemodiálisis en promedio (DE 2,68), que sumaron 44,2 horas en promedio (DE 10,7). La cantidad de sesiones y horas de diálisis en el mes se asoció de forma significativa con la tenencia de seguro (Mann-Whitney $p=0,0011$) y con el centro de diálisis (Mann-Whitney $p=0,0000$): los que tenían seguro y acudían al servicio privado tuvieron más sesiones y horas de diálisis en el mes.

En 44 casos, los motivos relacionados con una menor cantidad de sesiones y de horas de diálisis fueron: razones médicas 11% (cardiopatía y gastroenteritis) y 89% razones no médicas. Estos motivos se asociaron significativamente con la tenencia de seguro y el centro de diálisis (χ^2 $p=0,009$ y $p=0,000$) siendo las razones no médicas más frecuentes en el servicio público y en quienes no cuentan con seguro.

Características del gasto de bolsillo

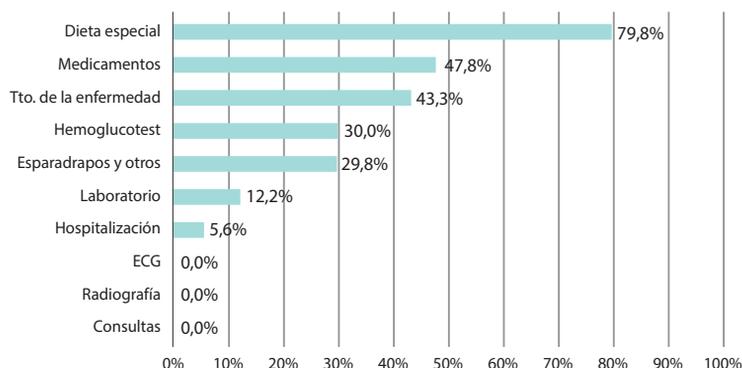
El 80,2% de los pacientes refirió que tuvo algún gasto de bolsillo directamente relacionado con el tratamiento (GBS), en cambio, el 19,8% restante refirió que no lo tuvo (Gráfico 1). La dieta especial que deben consumir los enfermos renales fue el concepto que generó más gasto de bolsillo, seguido de compras en farmacia de medicamentos, hemoglucotest, esparadrapo, seguido de estudios de laboratorio y hospitalización. El GBS fue en promedio 793,5 mil Gs (DE 1.094,7), siendo el máximo registrado 6,35 millones de ₡ El GBS por sesión de hemodiálisis fue en promedio 84,8 mil Gs (134,8). Además, hubo otros gastos concurrentes de transporte, alimentación, viáticos de acompañante y otros que sumado a los gastos directamente relacionados con el tratamiento dio un promedio de gasto total (GBST) de 1,3 millones Gs (DE 1,3).

La razón GBS con el ingreso del hogar fue 0,41 (DE 0,80) y del GBST 0,71 (DE 0,99). Para las personas que no tenían seguro médico y para las que realizaron hemodiálisis en el servicio público el gasto de bolsillo y la incidencia sobre el ingreso del hogar fue mayor. Con excepción de la razón del GBST con ingresos del hogar, todas las demás variables descriptas se asociaron de forma significativa con el lugar de la diálisis (público o privado), no así la tenencia de seguro.

En el 64,84% de los casos el GBS fue mayor al 10% del ingreso del hogar y en el 40,66% fue mayor a 25% del ingreso (gastos catastróficos). Al considerar el GBST, estas proporciones aumentaron a 95,70%

y 73,63% respectivamente. El gasto excesivo y catastrófico fue mayor para las personas sin seguro médico y que realizaron hemodiálisis en el sector público. Hubo asociación estadística entre el indicador gasto de bolsillo/ingreso mayor a 10% con el centro de diálisis (servicio público o privado) no así con la tenencia de seguro.

Gráfico 1
Gasto de bolsillo de pacientes hemodializados en Concepción. Año 2020.
Proporción de casos que tuvo gasto por componentes directamente relacionados con el tratamiento (n=90).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Observación: El % debe considerarse para cada barra de forma independiente, pues se refiere al % de casos que tuvo gasto en ese componente. En cada barra el denominador es 90.

Tabla N° 1
Gasto de bolsillo de pacientes hemodializados en Concepción. Año 2020.
Descripción del gasto de bolsillo por componente (n=90).

Variables	Promedio en ₡	DE
Medicamentos	81.833,33	108100.2
Tira de control de glicemia	9.066,667	14649,49
Esparadrapo	9.755,556	18791.77
Laboratorio	25.333,33	81918,02
Internación	133.333,3	702323.6
Dieta para el paciente	333.888,9	263706.1
Otros	13.888,89	98593.42

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

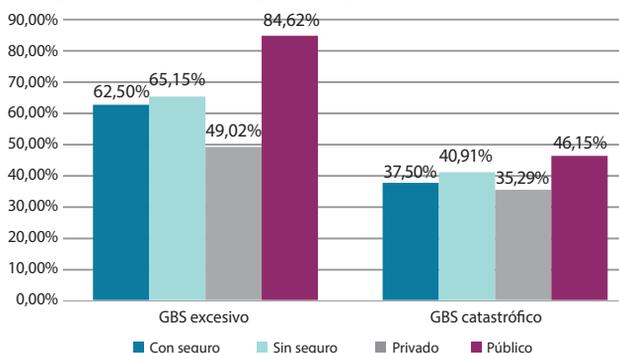
Observación: para el cálculo de los promedios se incluyó a los 90 casos, haya o no realizado gasto. Se incluyó solo los componentes directamente relacionados con la hemodiálisis y no se incluyó los gastos para otros tratamientos de la enfermedad.

Tabla N° 2
Gasto de bolsillo de pacientes hemodializados en Concepción. Año 2020.
Promedios y razones sobre ingresos (n=90).

Centro y seguro	Gasto de bolsillo directos en miles de Gs		Gasto de bolsillo total En miles de Gs		Gasto de bolsillo directos/ sesiones de hemodiálisis en miles Gs		Gastos de bolsillo directos/ ingresos		Gasto total/ ingresos	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Total (n=100)	793,5	1.094,7	1.277,7	1.293,3	84,8	134,8	0.41	0.80	0.71	0.99
Publico (n=39)	1.229,6	1.433,3	1.722,2	1.65,8	151,3	179,9	0,61	1.12	0,84	1,26
Privado (n=51)	460.1	557,1	937,9	786,9	33,9	40,7	0,26	0,38	0,61	0,74
Mann-Whitney	0,0000		0,0029		0,0000		0,0029		0,3978	
Sin Seguro (n=66)	748,9	687,9	1.283,9	990,8	92,3	152,2	0.31	0.44	0.55	0.53
Con seguro (n=24)	809,8	1.213,5	1.275,5	1.393,8	64.3	65,6	0.45	0.90	0.77	1.12
Mann-Whitney	0,6998		0.5786		0.8116		0,5347		0,6292	

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

Gráfico 2
Gasto de bolsillo de pacientes hemodializados en Concepción. Año 2020.
Proporción de casos que tuvo gasto de bolsillo excesivo y catastrófico según tenencia de seguro y lugar del servicio (n=90).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo de financiamiento del sistema de salud paraguayo, donde predomina el gasto de bolsillo, expone a la población a tener que afrontar gastos excesivos y catastróficos para utilizar servicios de salud que necesita ante una enfermedad. Algunos son más vulnerables de padecer penurias económicas de este tipo, ya sea por las características de la enfermedad y tratamiento requerido o por las características del hogar que determinan su capacidad de pago. El presente estudio señala que ante la hemodiálisis en Concepción, confluyen estas características. Varias consecuencias se derivan de esto: las personas, además de enfrentar la enfermedad, tienen que afrontar las penurias financieras para lograr atención y tratamiento; hay deterioro de la calidad debido a una menor cantidad de horas de hemodiálisis; también hay inequidad, pues el acceso y beneficios depende del tipo de cobertura y tercerización, lo cual es un arreglo injusto.

Estudios realizados en Paraguay por Giménez E. y colaboradores señalan que la mayor parte de la gente pobre no tiene la posibilidad de acceder a la seguridad social ni a los subsidios o permisos por enfermedad, ni a la protección de las leyes laborales en cuanto a remuneración durante la enfermedad. Para las personas pobres el gasto en salud puede representar la totalidad de su ingreso diario y en muchas ocasiones significa elegir entre servicios de salud o comida.

Aunque se hayan eliminado los aranceles en el sector público, no se ha logrado establecer un sistema con garantías explícitas de prestaciones, y consecuentemente, cuando hay déficits de oferta, la población se adapta ya sea a través del gasto de bolsillo o resignándose a la exclusión. Una parte de esta adaptación es lo que se ha visto en este estudio. En efecto, la población que pertenece a los estratos de menor ingreso busca atención en el sector público o está cubierto por la seguridad social cuando tienen un trabajo formal. Pero, como en el sector público de salud la oferta es insuficiente, entonces no es infrecuente que la capacidad de atención se vea superada o la calidad del servicio quede comprometida.

En este estudio, más de la mitad de los pacientes en hemodiálisis se encontraba sin trabajo, sobre todo porque la enfermedad se los impedía y por tanto no podían tener cobertura de la seguridad social. La proporción de asegurados al IPS de la muestra fue superior a la media de cobertura para el departamento y para el nivel nacional, lo que puede deberse a un esfuerzo de la población para ser incorporada a la seguridad social, precisamente por la cobertura que ofrece a través de la tercerización.

El ingreso promedio del hogar en la muestra señala que los servicios públicos dependientes del MSPBS y del IPS son utilizados predominantemente por pacientes cuyos ingresos se ubican en los estratos inferiores. Otro aspecto clave a destacar entre las características de la población estudiada es que prácticamente 6 de cada 10 residían en distritos diferentes a la capital del departamento, donde asientan los servicios de hemodiálisis. Por tanto es esperable que estas personas tengan un gasto adicional por traslado de mayor magnitud.

El hecho que los asegurados al IPS y quienes utilizan servicios privados tengan un menor gasto y menor incidencia de gastos excesivos y catastróficos se debe a las características de los arreglos institucionales de tercerización para la cobertura. Habrá que estudiar en nuevas investigaciones las características de los criterios de selección de los pacientes para ser tratados en uno u otro centro. Estas características ayudarán a comprender los determinantes de los costos y del gasto de bolsillo que se asocian con la ERC. Con este conocimiento se puede establecer grupos relacionados de diagnóstico para gestionar mejor los recursos en el sistema nacional de salud paraguayo.

Otra razón para que la población utilice servicios en el sector privado, además de la privatización, es la menor burocracia y atención más rápida que es percibida tanto por profesionales como por los pacientes. Pero, a veces, esta decisión no es por elección, sino que es la única alternativa cuando no hay lugar en el sector público, siempre que se pueda pagar por ello.

Los pacientes dializados en el centro privado cumplen con un promedio de 52.39 horas de terapia de sustitución, completando el esquema trisemanal indicado de tratamiento de sustitución renal. Se observa que hay mayor cantidad de pacientes que reciben la terapia de sustitución y mayor cantidad de horas en los centros privados.

La Ley del FONARESS tenía prevista la cobertura financiera de la hemodiálisis, pero como no pudo constituirse por diferentes motivos, en la práctica los pacientes que requieren este tipo de servicio no tienen garantías de prestación, sino que dependen de la oferta pública, de la cobertura de su seguro o de ser beneficiario de un programa privatizado si consiguen un lugar.

Las deficiencias de cobertura y oferta del sistema de salud explican que los pacientes hemodializados presenten una elevada proporción de gastos excesivos y catastróficos: 64,84% de los casos el GBS fue mayor al 10% del ingreso del hogar y en el 40,66% fue mayor a 25% del ingreso del hogar. Habrá que ajustar las políticas y programas de acceso

para lograr cobertura universal de salud en 2030 ante los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

5. REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Indicadores de mortalidad 2015-2019. DIGIES/DES. Subsistema de Información de Estadísticas Vitales (SSIEV).
- (2) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Primera Encuesta Nacional de factores de riesgo de enfermedades no transmisibles. Paraguay, 2011.
- (3) Gaete R. Financiamiento y Gasto en Salud. Fundación CIRD. 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rubengaete3/financiamiento-y-gasto-en-salud-en-el-paraguay>
- (4) Dalal K. Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*. 2017. 10.1016/S0140-6736(17)30874-7
- (5) Paraguay. Ley N° 4392 / CREA EL FONDO NACIONAL DE RECURSOS SOLIDARIOS PARA LA SALUD (FONARES)
- (6) Giménez E, Amarilla M, Brítez A, Rodríguez J.C., Flores L, Peralta N. *Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2021; 19(1): 18-30
- (7) Giménez E, Rodríguez JC, Ocampos G. Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: análisis en el sistema nacional de salud del Paraguay. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)* / 2018; 51(3).
- (8) Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; 15(3): 64-72.
- (9) Benítez G. (2017). Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. Asunción Paraguay. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
- (10) Francisco Emmanuel, Arce-Moguel, Benito, Salvatierra-Izaba, Austreberta, Nazar Beutelspacher, Emma, Zapata Martelo, Georgina, Sánchez Ramírez, & Ramón, Mariaca Méndez, (2018). Gasto familiar del tratamiento con hemodiálisis en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, para población abierta y afiliada a los servicios de salud. *Población y Salud en Mesoamérica*, 16(1), 21-43. <https://dx.doi.org/10.15517/psm.v1i1.30937>
- (11) Paraguay. INE. Resultados de la EPH a nivel departamental 2017. Concepción. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/Publicaciones/resultados%20de%20la%20EPH/1.%20CONCEPCION/1.%20Condiciones%20de%20Vida.pdf>
- (12) Paraguay. INE. Indicadores por temas. Ingresos. Pobreza. Por departamentos. 2017-2019. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/microdatos/microdatos.php>
- (13) Paraguay. INE. *Población por año de la encuesta, según departamento y principales indicadores de pobreza, 1997/98 al 2020. Serie comparable*. Disponible en: https://www.ine.gov.py/assets/documento/1e7f6Pobreza_dpto_EPH%201997-98_2020.xls

EL GASTO DE BOLSILLO DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN EN TRES HOSPITALES PÚBLICOS SELECCIONADOS EN 2020-2021

Edgar Giménez C.
Juan María Martínez
José Carlos Acosta
Laura Patricia Benítez
Miriam Karina Giménez
Beatriz Ortiz
Elena Schupp
Liliana Lesmo
Nilda Recalde
Raúl Desvars
José Modesto Araujo
Doralice Quevedo
María Concepción Araujo Q.

1. INTRODUCCIÓN

En este apartado se describen los resultados de tres estudios sobre gasto de bolsillo de salud (GBS) durante la estancia en tres hospitales públicos seleccionados durante el 2020 y 2021: El Hospital Regional del IPS de Concepción (Concepción), el Hospital Regional del MSPBS de Concepción (Concepción) y el Hospital Regional del IPS de Encarnación (Itapúa). La selección de estos establecimientos se realizó a partir de acuerdos con estudiantes de posgrado de salud pública y gestión sanitaria de esas localidades para formar nuevos investigadores, en el marco del proyecto PINV18-672 *“Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay”*, cofinanciado por CONACYT con recursos del FEEL.

Los trabajos fueron realizados en un contexto excepcional de pandemia de COVID-19. Ante esta situación, el Estado paraguayo constituyó un fondo de emergencia sanitaria para solventar los gastos adicionales en el sistema de salud y para financiar programas de mitigación social y económica⁽¹⁾. La autoridad sanitaria implementó medidas preventivas de salud pública^(2,3,4,5), reorganizó la red asistencial en todas las regiones sanitarias, integró las instituciones del sector público para aumentar la utilización eficiente de los recursos^(6,7) y aumentó la oferta de servicios de hospitalización y cuidados intensivos⁽⁸⁾.

En el departamento de Concepción, que corresponde a la Primera Región Sanitaria, el Hospital Regional del Instituto de Previsión Social (IPS) fue designado como *polivalente*, para atender a la población asegurada y no asegurada mientras que el Hospital Regional del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) pasó a funcionar como *hospital integrado respiratorio*. Esta región sanitaria contaba en ese momento con una población estimada de 254.976 habitantes, lo que representaba el 3,5% de la población total del país. Del total de esta población, el 14,7% tenía un seguro médico, sobre todo del IPS^(9,10).

En Itapúa, que corresponde a la Séptima Región Sanitaria, el Hospital Regional del IPS de Encarnación pasó a funcionar como un *hospital integrado respiratorio* para el sector público con cobertura departamental, mientras que el Hospital Regional del MSPBS pasó a funcionar como *polivalente*. En 2020, esta región sanitaria contaba con una población estimada de 616.565 habitantes, lo que representaba el 8,5% de la población del país, de los cuales 24,2% contaba con seguro médico^(9,10).

Pero, aunque la agenda dominante lo marcó el avance del COVID-19, persistieron los problemas habituales de salud en un sistema segmentado⁽¹¹⁾, financiado predominantemente con fuentes privadas⁽¹²⁾, sobre todo mediante GBS para comprar medicamentos^(13,14) causando gastos catastróficos^(15,16) y empobrecedores⁽¹⁷⁾ en los hogares paraguayos.

Estos estudios plantean el problema de la insuficiente *protección financiera* del sistema nacional de salud paraguayo. Esta situación es analizada a través de la distribución y características del GBS en los hospitales públicos “integrados” con cobertura departamental en Concepción e Itapúa, para pacientes con seguro y sin seguro.

Cuando se diseñaron estos trabajos en 2020, Paraguay acababa de salir de una cuarentena estricta, pasando a una flexibilización por etapas que se denominó “cuarentena inteligente”. Los casos atendidos por COVID-19 en estas regiones sanitarias eran aún escasos. Se planteó entonces realizar los estudios en dos etapas: en la primera, el objetivo fue analizar el GBS ante la hospitalización en general, en el contexto de reorganización e integración de servicios públicos en estas regiones sanitarias, en tanto que en la segunda etapa, el objetivo fue analizar el GBS ante el COVID-19 en los mismos hospitales. Los trabajos realizados en el Hospital Regional del IPS de Concepción y de Encarnación corresponden a esa primera etapa, mientras que el realizado en el Hospital

Regional del MSPBS en Concepción durante el 2021 corresponde a la segunda etapa¹.

En la revisión de antecedentes bibliográficos, se identificaron varios estudios que señalan la relación entre GBS excesivos y hospitalizaciones, con incidencias de gastos catastróficos que están entre 15% y 28%^(18,19,20). En América Latina, Peticara encontró asociación entre gastos catastróficos y hospitalizaciones en 7 países⁽²¹⁾.

Otros estudios plantean que en el contexto pandémico, los países con menos desarrollo y con mayor participación del GBS en el financiamiento sanitario enfrentarán una mayor incidencia de casos⁽²²⁾, mayor mortalidad⁽²³⁾ y menor capacidad de respuesta ante la sobredemanda en el sistema de salud⁽²⁴⁾.

En Paraguay, se puede encontrar referencias sobre GBS antes de la pandemia. Benítez encontró un mayor riesgo de gasto catastrófico en hospitalizaciones con procedimientos quirúrgicos⁽¹³⁾. También Giménez y colaboradores concluyeron que el promedio de GBS ante hospitalizaciones era superior al promedio en general, con notables variaciones según la condición de pobreza⁽¹⁴⁾.

Cuanto mayor es la participación del GBS en el financiamiento sanitario menor es la equidad y menor la protección financiera del sistema de salud⁽²⁵⁾. Lograr equidad en el financiamiento y evitar penurias financieras por motivos de salud es parte de la Cobertura Universal de la Salud (CUS) que pretende ser alcanzada en 2030 como uno de los desafíos de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas^(26,27).

Antes de la pandemia varios instrumentos de política establecían mecanismos para superar barreras económicas para el acceso de servicios en el sector público, como son la ley de gratuidad de aranceles⁽²⁸⁾ y las prestaciones explicitadas para los asegurados en la previsual⁽²⁹⁾. Pero estos mecanismos han operado en el marco de un reducido gasto público y consecuentemente no han evitado GBS para la población cubierta. Varios sectores plantean la necesidad de reformas en el modelo de financiamiento del sistema nacional de salud paraguayo, ya sea me-

1 Estos estudios fueron realizados mediante una cooperación entre *Investigación para el Desarrollo* y la *Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción* dejando abierto el proyecto para jóvenes investigadores de otras instituciones.

Aunque en la primera etapa en Encarnación ya fueron incluidos algunos pacientes que ingresaron con COVID-19, un estudio específico está siendo desarrollado por el Departamento de Investigación de la Universidad Nacional de Itapúa cuyos resultados serán publicados en el último trimestre de 2021.

dian­te re­for­mas tri­bu­ta­rias am­plias, con­sti­tu­ción de fon­dos es­pe­ciales, ase­gu­ra­mien­to de los fun­cio­na­rios pú­bli­cos o am­pliación del mo­de­lo de se­gu­ri­dad so­cial ^(11,30,31,32,33).

Esta agenda de ajustes o reformas posibles adquieren un nuevo significado ante los retos que ha planteado el COVID-19 en Paraguay. Los investigadores de los trabajos aquí presentados tienen la intención de que los resultados obtenidos contribuirán a los debates para definir una agenda de mediano plazo para estas reformas necesarias.

2 SÍNTESIS METODOLÓGICA

Los estudios aquí presentados tuvieron un diseño no experimental, cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo. La población estudiada fue de personas de ambos sexos de todas las edades que ingresaron a los hospitales seleccionados durante el periodo de estudio de cada uno.

Los criterios de inclusión fueron: hospitalización de al menos un día en una sala del hospital o en la unidad de cuidados intensivos, la identificación de al menos un informante clave (familiar o responsable) que tenga información sobre los gastos durante la hospitalización e ingresos del hogar y que hayan aceptado participar en el estudio proveyendo estos datos hasta el egreso del paciente. En el Hospital Regional de Concepción del MSPBS realizado en 2021, otro criterio de inclusión fue el diagnóstico confirmado de COVID-19, de tal modo que este estudio en particular es específico para el GBS ante la hospitalización por COVID-19.

Al menos tres profesionales en cada hospital, fueron capacitados para los trabajos del proyecto, identificaron los casos posibles y conversaron con los familiares o responsables de los pacientes. Evaluaron quiénes podían actuar como informantes claves de cada caso y según esta evaluación explicaron a cada uno de ellos los objetivos de la investigación, obteniendo sus datos para que posteriormente fueran contactados por entrevistadores por vía telefónica. Los entrevistadores fueron capacitados para recoger la información aplicando un cuestionario estructurado, dando seguimiento a cada caso cada 48 horas hasta el egreso del paciente. Los entrevistadores consignaron los datos en fichas por paciente y luego los registros fueron cargados en una base digital en formato Excel. El llenado de fichas y base de datos fueron supervisados por el equipo de investigadores.

En los tres hospitales, la muestra fue por conveniencia, no aleatoria, según la cantidad de casos que aceptaron participar en los estudios durante el periodo establecido para la recolección de la información.

En el Hospital Regional de IPS de Encarnación se incluyó a 95 pacientes. La recolección de la información se realizó entre agosto de 2020 y febrero de 2021 en diferentes servicios de hospitalización y en la unidad de cuidados intensivos. La muestra representó el 10% de los egresos de ese periodo.

En el Hospital Regional de IPS de Concepción se incluyó a 48 pacientes. La recolección de la información se realizó durante 30 días entre los meses de octubre y noviembre de 2020. Los pacientes incluidos estuvieron hospitalizados en los servicios de clínica médica y cirugía. La muestra representa el 70,6% de los egresos de ese periodo.

En el Hospital Regional de Concepción dependiente del MSPBS se incluyó a 92 pacientes. Los trabajos de recolección de la información se realizó entre abril y julio de 2021. La muestra representa al 37% de los egresos de pacientes que habían sido hospitalizados por COVID-19 durante ese tiempo.

Las variables de caracterización de la población de estudio fueron: edad, sexo, tenencia de seguro médico, número de integrantes del hogar, ingreso total del hogar del último mes. Las variables sobre la enfermedad fueron: días de internación en sala, días de internación en unidad de cuidados intensivos (UTI), motivo principal de ingreso (tratamiento médico o quirúrgico), diagnóstico de COVID-19.

Las variables de gastos de bolsillo fueron categorizadas como gastos por medicamentos, insumos descartables, estudios de laboratorio, estudio de imágenes, otros estudios de diagnóstico, procedimientos, traslados en ambulancias, otros gastos.

Las variables dependientes fueron: a) *gasto de bolsillo en salud (GBS)*: sumatoria de todos los gastos directos para recibir tratamiento o diagnóstico durante la hospitalización desde el ingreso hasta el egreso. Se expresó en moneda local, guaraníes corrientes, y su equivalente a salarios mínimos. b) *razón gasto/ingreso*: razón entre el GBS y la sumatoria de todos los ingresos monetarios mensuales del hogar del último mes. Adicionalmente se calculó la razón del gasto con un salario mínimo oficial. c) *gasto excesivo de salud*: correspondió a la proporción de casos cuyo GBS superó el 10% de los ingresos (razón ingreso/gasto mayor a 0,10). Entre estos, se calculó el *gasto catastrófico de salud (GCS)*, como la proporción de casos cuyo GBS superó el 25% del ingreso del hogar (ra-

zón gasto/ingreso mayor a 0,25). Se calculó además un indicador denominado *gasto de bolsillo exorbitante* (GBS exorbitante) cuando el gasto fue mayor al 250% del ingreso del hogar (10 veces el umbral del gasto catastrófico). d) *GBS por día de internación*: razón entre la sumatoria del GBS y los días de internación de cada uno de los casos. Las variables independientes fueron: sexo, edad de 60 o más años, tenencia de seguro, internación en UTI y diagnóstico de COVID-19 por PCR. Se aplicaron pruebas de significancia estadística mediante la prueba de CHI² y de Mann-Whitney. Para procesar los datos se utilizó Stata 16.1.

3 RESULTADOS

GASTO DE BOLSILLO EN EL HOSPITAL REGIONAL POLIVALENTE IPS ENCARNACIÓN (2020/2021)

Características de la población de estudio

Entre los 95 casos incluidos, el 65,26% era de sexo femenino y 34,74% de sexo masculino. La edad promedio fue de 42,3 años (DE 29,1): 36% eran mayores de 60 años.

El 68,42% no tenía cobertura de seguro médico, 30,53% contaba con seguro del IPS y 1,05% de un seguro médico privado.

En promedio, los hogares estaban integrados por 4,1 personas (DE 1,43) y en el último mes tuvieron un ingreso monetario de 2,21 millones de ¢ (DE 1,43).

Características del evento de estudio

El 22,11% (21 casos) estuvo en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) mientras que los demás 77,89% fueron hospitalizados en diferentes salas del hospital sin ingresar a UTI. El 47,37% (45 casos) había ingresado con diagnóstico de COVID-19 confirmado por PCR.

El 95,24% de los que ingresaron a UTI tuvieron diagnóstico de COVID-19 por PCR. El 52,4% de los que ingresaron a UTI eran mayores de 60 años y 71,4% eran de sexo masculino. El ingreso a UTI se asoció de forma estadísticamente significativa con el diagnóstico de COVID-19 no así con la edad ni con el sexo (prueba de Chi²).

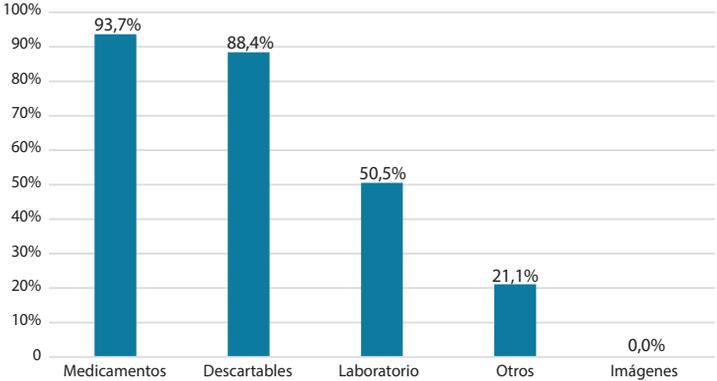
En promedio, la hospitalización fue de 8,89 días (DE 7,05): 6,85 días (DE 4,97) para los pacientes que no ingresaron a UTI y 16,10 días (DE

8,56) para los que sí ingresaron a UTI durante la hospitalización. Hubo asociación estadísticamente significativa entre los días de internación con la sala, UTI o no UTI (prueba de Mann-Whitney).

Características del gasto de bolsillo

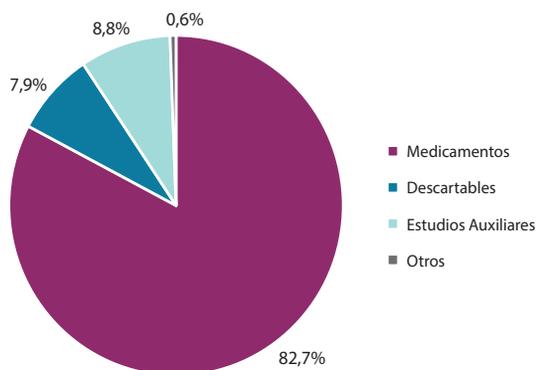
Solo 2,11% (2 casos) declaró no haber tenido GBS durante la hospitalización. En cambio, el 97,89% de los casos sí tuvo GBS durante la hospitalización, sobre todo para la compra de medicamentos e insumos descartables (Gráfico1). El gasto en farmacia privada para comprar medicamentos y descartables no disponibles en el hospital representó el 90,83% del GBS total, el resto se gastó para pagar estudios auxiliares de diagnóstico y otros gastos (Gráfico 2).

Gráfico N° 1
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Proporción de casos con gasto de bolsillo por tipo de gasto.(n=95)



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

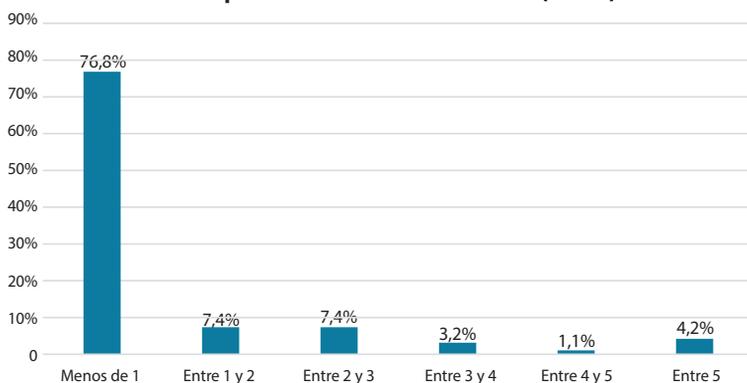
Gráfico N° 2
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Distribución del gasto de bolsillo directamente relacionado
con la atención por tipo de gasto. (n=95)



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

El GBS promedio fue 1,98 millones de ₡ (DE 3,38): el mayor gasto registrado fue de 18,40 millones de ₡ El GBS promedio fue equivalente a 0,90 salarios mínimos (DE 1,54 y máximo 8,40). En el 76.84% de los casos el GBS fue menor a un salario mínimo, pero, hubo un 4,20% de casos con GBS superior a cinco salarios mínimos (Gráfico 3).

Gráfico N° 3
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Proporción de casos con gasto de bolsillo
como equivalente a salarios mínimos. (n=95)



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

En promedio, el GBS fue superior a los ingresos con una razón de gasto/ingreso de 1,13. El gasto diario promedio fue 215,4 mil ₡ (DE 392,4): el mayor gasto diario fue de 2,85 millones ₡ El promedio del GBS, la razón gasto/ingreso y el gasto diario promedio se asociaron significativamente con el ingreso a UTI (prueba de Mann-Whitney). La tenencia de seguro médico no tuvo una asociación estadísticamente significativa con estos indicadores (Tabla 1).

El GBS durante la hospitalización fue excesivo para el 87% de los hogares (razón gasto/ingreso mayor a 0,10) y catastrófico (GCS) para el 51,8% de los hogares (razón gasto/ingreso mayor a 0,25). El GBS excesivo y GCS se asociaron significativamente con haber estado hospitalizado en UTI (prueba de Chi²). La tenencia de seguro no se asoció significativamente con el gasto de bolsillo excesivo (Tabla 2).

Para cubrir el gasto de bolsillo, el mecanismo mayoritariamente utilizado fue el uso de ahorros, seguido de préstamos familiares. Algunos hogares realizaron venta de sus bienes, recurrieron a préstamos formales o empeños (Gráfico 4).

Tabla N° 1
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Descripción del gasto de bolsillo y de la razón del gasto/ingresos del hogar.
(n=95)

Variables de hospitalización	Gasto de bolsillo en ¢		Gasto de bolsillo / ingreso		Gasto de bolsillo/ salario mínimo		Gasto de bolsillo/ días de internación	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Total (n=95)	1.983.728	3.375.505	1,13	1,96	0,90	1,54	215.361,3	392.429,6
Masculino (n=33)	1.333.939	1.813.045	0,73	1,23	0,61	0,83	161.706,9	312.716,7
Femenino (n=62)	2.329.583	3.934.925	1,34	2,23	1,06	1,8	243.919,3	428.516,1
Mann-Whitney	0,8902		0,5172		0,8902		0,3592	
Mayor a 60 años (n=34)	2.984.026	4.273.270	1,676	2,575	1,36	1,95	37.416,1	559.592,1
Hasta 60 años (n=61)	1.426.185	2.631.379	0,829	1,446	0,65	1,20	47.330,8	236.415,4
Mann-Whitney	0,0001		0,0009		0,0001		0,0000	
Sin Seguro (n=65)	2.059.978	3.662.465	1,27	2,13	0,94	1,67	236.668,4	456.544,4
Con Seguro (n=30)	1.818.520	2.699.739	0,84	1,50	0,83	1,23	169.195,9	189.641,1
Mann-Whitney	0,0531		0,6571		0,0531		0,6890	
UTI (n=21)	7.177.960	4.073.897	3,83	2,73	3,27	1,86	666.826,4	659.074,2
No UTI (n=74)	509.689	401.009	0,37	0,44	0,23	0,18	87.242,8	63.420,35
Mann-Whitney	0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
PCR (+) SARS-CoV-2 (n=45)	3.637.670	4.317.499	1,97	2,55	1,66	1,97	872.87,43	76.585,8
PCR (-) SARS-CoV-2 (n=50)	495.180	588.264,6	0,373	0,505	0,23	0,27	357.665,6	532,090
Mann-Whitney	0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Observaciones: (a) incluye gastos directos para la atención como medicamentos, descartables, estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imágenes y otros); (b) se considera el ingreso del hogar, de todas las fuentes en el último mes.

Tabla N° 2
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Distribución de gastos catastróficos y factores asociados (n=95).

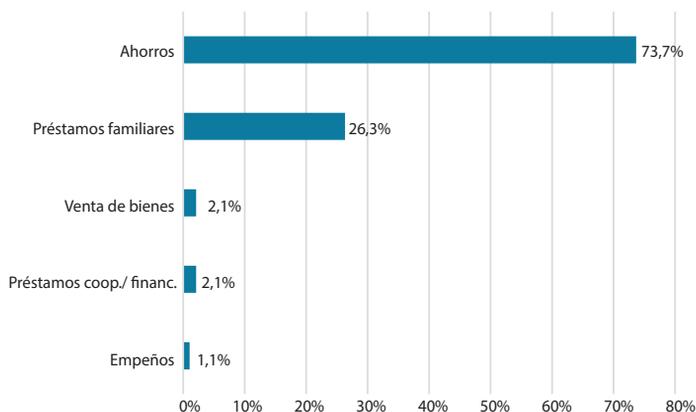
Variables de hospitalización	Gasto de bolsillo /ingreso			
	% Mayor a 0,1	Prueba de Chi ² P=	% Mayor a 0,25	Prueba de Chi ² P=
Total (n=95)	87,37		51,58	
Masculino (n=33)	90,91	0,449	48,48	0.660
Femenino (n=62)	85,48		53,23	
60 y más años (n=34)	100	0,006	73,53	0.001
Menos de 60 años (n=61)	80,33		39,34	
Sin Seguro (n=65)	84,62	0,234	53,85	0.515
Con Seguro (n=30)	93,33		46,67	
UTI (n=21)	100	0.048	100	0,000
No UTI (n=74)	83,78		37,84	
PCR (+) (n=45)	97,78	0,004	71,11	0,000
PCR (-) (n=50)	78,00		34,00	

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Observaciones: (a) incluye gastos directos para la atención como medicamentos, descartables, estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imágenes y otros); (b) se considera el ingreso del hogar, de todas las fuentes en el último mes.

Gráfico N° 4
Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21.
Proporción de casos según el mecanismo utilizado
para cubrir el gasto de bolsillo.

(n=95)



GASTO DE BOLSILLO EN EL HOSPITAL REGIONAL POLIVALENTE IPS CONCEPCIÓN (2020)

Características de la población

Se incluyó en el estudio a 48 pacientes que estuvieron hospitalizados en el Hospital Polivalente de Concepción, dependiente del Instituto de Previsión Social (IPS). El 58% de los pacientes fueron de sexo masculino y el 42%, de sexo femenino.

La edad mediana de los pacientes fue 57,5 años, el promedio de edad fue 51,97 años (DE 21,5). El 8% eran menores de 20 años y el 46%, mayores de 60 años. Con área de residencia, el 50% vivían en área urbana y 50%, en área rural. Tenían en promedio 6,9 años de estudio (DE 5,5). La situación laboral era la siguiente: 61% tenía empleo, en tanto que 39% se encontraba desempleado. La enfermedad fue la causa del desempleo en el 81% de los casos. El 75% de los pacientes no contaba con seguro médico mientras que el 25% tenía seguro del IPS.

Los hogares estaban integrados por 4,6 personas en promedio (DE 1,9). La jefatura de hogar se distribuyó de la siguiente manera: 61% era

un familiar directo ya sean padres, madres, hijos, hermanos/as, nueras y yernos, 33% era uno de los cónyuges y 6% fueron otros familiares. El 23% de los hogares recibía transferencias para combatir la pobreza (Programas Tekoporã y de subsidio alimentario a la tercera edad). El ingreso promedio del hogar fue 3,7 millones de ¢ (DE 2,8). En el 39,6% de los hogares el ingreso era inferior a un salario mínimo.

Características del evento de estudio

El 70,83% (n=34) de los casos ingresó al hospital para un tratamiento médico, en tanto que 29,17% (n=14) para un tratamiento quirúrgico. En promedio, estuvieron hospitalizados 6,44 días.

No hubo diferencia estadísticamente significativa en los días de internación entre aquellos que ingresaron para tratamiento médico o quirúrgico (p de la prueba de Mann-Whitney=0,277).

Ninguno fue caso confirmado ni sospechoso de COVID-19.

Características del gasto de bolsillo

El estudio de GBS corresponde exclusivamente a la internación en sala y no incluye los gastos en la urgencia. Este establecimiento no cuenta con UTI.

El GBS fue en promedio de 720,1 mil ¢ (DE447,9), la mediana fue 647,3 mil ¢ y el gasto máximo fue de 3,2 millones de ¢. Cuando la hospitalización fue para tratamiento quirúrgico, el promedio de GBS fue 882,6 mil ¢ (DE 709,8) y cuando fue para tratamiento médico, la media fue 653,2 mil ¢ (DE 267,3).

El GBS por día de internación fue en promedio 143,6 mil ¢ (DE 93,1). Cuando fue para tratamiento quirúrgico el promedio de GBS diario fue 196,2 mil ¢ (DE157,9) y cuando fue para tratamiento médico, el GBS diario fue en promedio 121,9 mil ¢ (29,5).

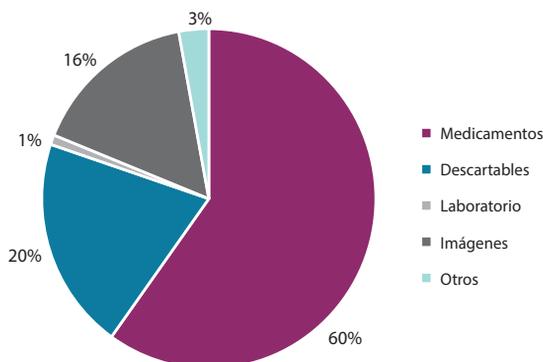
El GBS promedio fue equivalente al 40,4% de un salario mínimo vigente.

La magnitud del GBS no se asoció de forma estadísticamente significativa con el motivo de hospitalización para tratamiento médico o quirúrgico (Mann-Whitney $p=0,2953$). Tampoco se asoció de forma estadísticamente significativa con la tenencia de seguro (Mann-Whitney $p=0,8972$).

El principal componente del GBS fue la compra de medicamentos, seguido de la compra de descartables de uso hospitalario y estudio por imágenes. La compra en farmacia privada representó el 80% del gasto, los estudios de diagnóstico 17% del gasto y otros, el 3% restante (Gráfico 4).

Pero, además del gasto de bolsillo directo (GBS) también se realizaron gastos indirectamente relacionados con la atención para pagar alimentos y transporte. Los gastos complementarios o indirectos fueron en promedio 170,2 mil ₡ (DE 100,9). Al sumar estos gastos complementarios, el gasto de bolsillo total (GBST) fue en promedio 890,3 mil ₡ (DE 479,8), lo que representó un incremento de 23,6% del gasto. Los gastos indirectos representaron el 19% del GBST (Gráfico 5).

Gráfico N° 5
Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Polivalente del IPS, Concepción, año 2020. Distribución proporcional del gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención por tipo de gasto. (n=48).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Observación: Estas proporciones corresponden a la sumatoria de cada concepto de gasto sobre la sumatoria del total de gasto de bolsillo directamente relacionado con la atención durante la hospitalización.

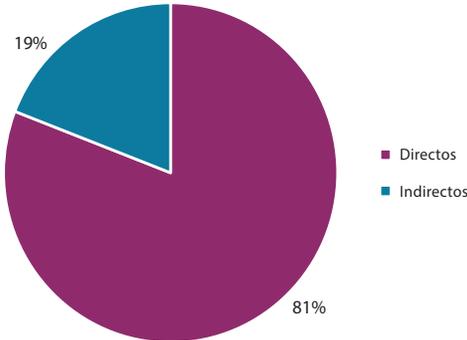
En promedio el GBS representó el 32,7% del ingreso mensual del último mes (DE 38,1). El GBS fue excesivo (GBS/ingreso mayor a 0,1) en el 81,3% de los casos y fue catastrófico o GCS (GBS/ingreso mayor a 0,25) en el 39,6 % de los casos.

El GBS excesivo ni el GCS se asociaron de forma estadísticamente significativa con la tenencia de seguro (χ^2 $p=0,135$ y $p=0,061$ respectivamente). Tampoco hubo asociación significativa del GBS excesivo con el motivo de ingreso (χ^2 $p=0,186$). El GCS sí se asoció de forma

estadísticamente significativa con el motivo de ingreso ($\text{Chi}^2 p=0,025$). Hubo más chance de GCS cuando la hospitalización fue para tratamiento quirúrgico con Odds Ratio= 4,3 (IC95% 1,2 a 16,2).

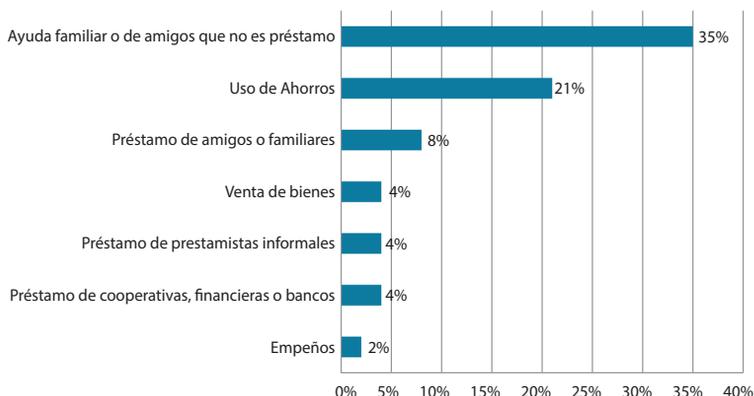
En el 52% de los casos de internación el responsable de pagar los gastos del hospital es el familiar directo de los pacientes, en el 25% de los casos lo paga uno de los cónyuges, en un 21% lo paga el mismo paciente y en el 2% de los casos lo pagan otros familiares. Diversos mecanismos fueron utilizados para hacer frente a los gastos (Gráfico 7).

Gráfico N° 6
Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Polivalente del IPS, Concepción, año 2020. Distribución proporcional del gasto de bolsillo directo e indirecto durante la hospitalización. (n=48).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Gráfico N° 7
Pacientes hospitalizados en el Hospital Regional Polivalente del IPS, Concepción, año 2020. Distribución de pacientes hospitalizados cirugía según mecanismos de pago de internación. (n=48).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

GASTO DE BOLSILLO ANTE EL COVID-19 EN EL HOSPITAL REGIONAL DE CONCEPCIÓN MSPBS (2021)

Características de la población de estudio

De los 92 casos incluidos en el estudio, 51% fueron de sexo masculino y 49% de sexo femenino. El rango de edad estuvo entre 21 años y 87 años. Tenían 56,09 años de edad en promedio (DE15,58). El 87% residía en áreas urbanas y el 13% en áreas rurales. El 58,70% carecía de seguro médico, el 35,87% tenía seguro de IPS y el 5,43% seguro privado.

Sus hogares estaban constituidos por 4,48 personas en promedio (DE 2,49) y tuvieron 4,73 millones de ₡ como ingreso del último mes, en promedio (DE 4,19).

Características del evento de estudio

El 30,43% de los casos tuvo ingreso a la unidad de terapia intensivos (UTI) mientras que el 60,57% estuvo hospitalizado en otras salas, incluida la sala de urgencias. Estuvieron hospitalizados 16,87 días en promedio (DE 9,61). Todos tuvieron diagnóstico confirmado de COVID-19, pues este fue un criterio de inclusión.

Características del gasto de bolsillo

El 100% de los pacientes tuvo gasto de bolsillo en salud (GBS) durante la estancia en el hospital. El GBS fue en promedio 12,9 millones de ₡ (DE 9,85). El GBS promedio se asoció significativamente con la condición de ingreso a UTI (Mann-Whitney $p=0.0206$). Los que ingresaron a UTI tuvieron mayor GBS, siendo en promedio 17,6 millones de ₡ (DE 12,8) mientras que para los que estuvieron en otras salas el GBS promedio fue 10,9 millones de ₡ (DE 7,5). El GBS no se asoció significativamente con la tenencia de seguro.

El GBS por día de hospitalización fue en promedio 988.911 ₡ (DE 1.024.757). No hubo asociación estadística significativa entre el GBS por día con la sala de hospitalización ni con la tenencia de seguro.

El cociente de la razón del GBS con los ingresos del hogar fue en promedio 4,62 (DE 4,51), siendo la mediana de esta razón, 2,74.

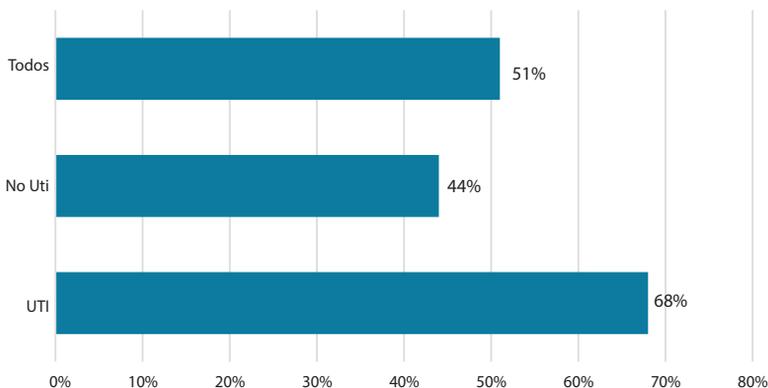
Tabla 3
Paraguay. Gasto de bolsillo de salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Concepción (n=92)

Servicios	GBS total promedio en millones de ₡	GBS diario promedio en millones de ₡	GBS/ ingresos
UTI	17,6	1,257	5,7
No UTI	10,9	0,871	4,1
Todos	12,9	0,989	4,6
Mann-Whitey	0.0206	0.1859	0.0619

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

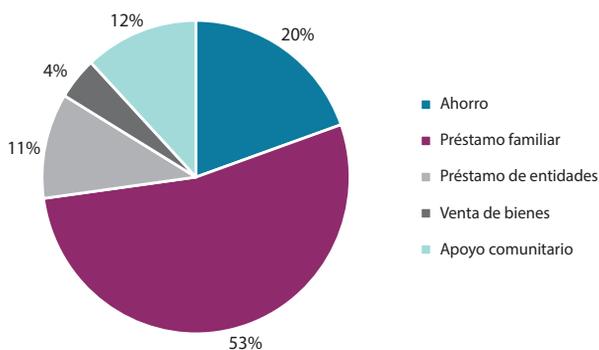
El 100% de los pacientes tuvo GBS excesivo y el 98,91% tuvo GBS catastrófico. Puesto que estos indicadores fueron insuficientes para describir la magnitud del GBS en relación con el ingreso se incluyó un indicador innovador denominado “exorbitante”. Los investigadores consideraron que podría ser la mediana de la razón GBS/ingresos, pero finalmente se adoptó un umbral arbitrario de 10 veces el umbral de GBS catastrófico. El umbral fue entonces un cociente mayor 2,5 o, dicho de otra forma, mayor a 250% del ingreso del hogar. El 51,09% de los casos tuvo GBS exorbitante. Hubo asociación estadísticamente significativa con la sala de hospitalización (Chi2 $p=0,033$). El 67,86% de los que ingresaron a UTI tuvo GBS exorbitante, mientras que para los que fueron hospitalizados en otras salas esta proporción fue 43,75%.

Gráfico 8
Paraguay. Gasto de bolsillo en salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Concepción. Distribución del gasto exorbitante (GBS/ingresos >2,5) según sala de hospitalización (n=92).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

Gráfico 9
Paraguay. Gasto de bolsillo en salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Concepción. Principales mecanismos para afrontar el gasto además de los ingresos (n=92).



Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

4. SÍNTESIS DE RESULTADOS

Los tres estudios presentan diferencias y similitudes. Lo más apropiado para su interpretación es considerarlos como estudios de casos independientes. Comparten el contexto de integración entre el IPS y el MSPBS ante la pandemia, pero las hospitalizaciones ocurrieron por motivos distintos, en regiones distintas y en momentos diferentes del contexto epidemiológico y social.

La selección diferente de casos y la temporalidad diferente implica distintos recursos necesarios y disponibilidad.

El estudio realizado en el Hospital Regional de IPS Encarnación entre agosto 2020 y febrero 2021 presenta aspectos semejantes al realizado en el Hospital Regional del MSPBS de Concepción durante 2021 pues ambos fueron designados para atender pacientes con diagnóstico de COVID-19 y en ambos casos se incluyó a pacientes que ingresaron a UTI. Además de la temporalidad la diferencia entre ambos radica en que la población de estudio en Concepción fue exclusivamente para pacientes con diagnóstico de COVID-19 mientras que en Encarnación también se incluyó a otros pacientes pues en ese momento la intensidad de la transmisión comunitaria todavía permitía el ingreso al hospital por otros motivos.

En la tabla siguiente se describen los principales resultados de estos trabajos.

Tabla 4
GBS de personas ingresadas en tres hospitales públicos seleccionados en 2020-2021. Principales indicadores de resultados de tres estudios realizados.

Indicadores	H.R. IPS Encarnación Agosto 2020 a febrero 2021	H.R. IPS Concepción Octubre 2020 a noviembre 2020	H.R. MSPBS Concepción (COVID-19) Abril 2021 a Junio 2021
Número de casos	95	48	92
Edad promedio	42,35	51,97	56,09
% con Seguro de IPS	30,53%	25,00%	35,87
Ingreso promedio en millones de ₡	2,21	3,78	4,73
Días de internación en promedio	8,89	6,44	16,87
% que ingresó a UTI	22,11%	0%	30,43
Diagnóstico COVID-19	47,37%	0%	100%
% que tuvo GBS	97,89%	100%	100%
% de gasto por medicamentos y descartables	90,83%	80%	96%*
% de gasto en estudios auxiliares	9%	17%	4%**
GBS promedio en millones de ₡	1,98	0,72	12,9
GBS diario promedio en millones de ₡	0,2	0,12	0,988
Razón GBS/ingreso	1,1	0,33	4,62
% GBS excesivo	87,37%	81,25%	100%
% GBS catastrófico	51,58%	39,58%	98,91%
% GBS exorbitante	22,12%	0%	51,09%
Asociaciones significativas con GBS	UTI	Cirugía	UTI

Fuente: Proyecto PINV18-672. Análisis de gastos catastróficos y empobrecedores en el sistema nacional de salud del Paraguay.

(*) Corresponde a la proporción de casos que refirió que el principal componente del gasto fue la compra en farmacias.

(**) Corresponde a la proporción de casos que refirió que el principal componente del gasto fue el pago por estudios auxiliares de diagnóstico.

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados señalan el predominio de GBS excesivos durante la estancia en hospitales públicos de referencia regional, sobre todo para comprar medicamentos y otros productos, durante el periodo de estudio y en un contexto de reorganización del sistema de salud para hacer frente a la pandemia de COVID-19. La mayor proporción de GBS catastróficos se asoció a la mayor complejidad de la atención: tratamiento

quirúrgico e ingreso a UTI. Ante el COVID-19 el GBS excesivo y catastrófico fue la regla, por lo que también se midió un nuevo indicador denominado GBS exorbitante.

El concepto de gasto exorbitante se aplicó para describir una situación que excede a los indicadores que usualmente describen el gasto de bolsillo elevado. Al igual que los umbrales para gastos excesivos y catastróficos, el umbral escogido para gasto exorbitante fue también arbitrario. Como alternativa pudo usarse la mediana del cociente de la razón entre el gasto de bolsillo y el ingreso o relacionar el gasto de bolsillo con la capacidad de pago. Para mantener la relación con el indicador 3.8.2. de los ODS se escogió un múltiplo de este que se aproximó a esta mediana, lo que resultó en un umbral diez veces superior al utilizado para gastos catastróficos ($0,25 \times 10$).

El seguro de salud no protegió a las personas para evitar gastos excesivos, catastróficos ni exorbitantes. El hecho de que la magnitud del GBS haya sido mayor cuanto mayor fue la complejidad de la atención (UTI), independientemente de la tenencia de seguro, puede interpretarse como la ausencia de un mecanismo efectivo de protección financiera ante esta situación. En efecto, para el caso de las personas no aseguradas existen disposiciones sobre gratuidad de aranceles, pero arancel cero sin la provisión de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención no fue suficiente. Por otra parte, los asegurados en el IPS tenían prestaciones y medicamentos cubiertos pero al no estar disponibles en ese momento generaron GBS y por consiguiente, esta cobertura tampoco los protegió contra gastos excesivos.

La magnitud del GBS de estos estudios puede compararse con los 2,7 millones de \$ corrientes en 2014 publicado por Benítez y con los 605 USD corrientes publicado por Giménez y col. para el mismo año^(21,22). Pero estos estudios se realizaron a partir de la EPH y no corresponden a estudios de casos. Sin embargo, aunque provengan de una fuente de información distinta, aquellos estudios nacionales pueden ser utilizados para orientar la interpretación sobre el GBS durante la hospitalización en estudios de casos como estos. Al respecto se mencionan dos aspectos sobre aquellos estudios nacionales: a) el GBS por hospitalización fue el 19% del GBS total de ese año; b) el gasto se distribuyó asimétricamente según los ingresos, al punto que el quintil más rico gastó 27% y el sector más pobre solo el 2,5% del total de GBS en hospitalizaciones. Con esos datos, los hallazgos del GBS durante la hospitalización deben considerarse como parte de otros gastos que enfrenta la población en un sistema con insuficiente protección financiera y, por otra parte, que

este gasto solamente refleja lo que ocurre con aquellos que lograron acceder al sistema de salud.

El promedio del GBS de los hospitalizados por causas distintas al COVID-19 en Concepción y Encarnación fue inferior al promedio estimado a partir de la EPH. Pero, notoriamente, el promedio de GBS para los pacientes hospitalizados por COVID-19 en ambos hospitales excedieron ampliamente aquellos parámetros nacionales y al gasto ante hospitalizaciones por otras causas.

El mayor gasto ante el COVID-19 no se dio únicamente debido a una mayor estancia en el hospital, sino también debido a un mayor gasto por día. En efecto, el gasto de bolsillo diario ante COVID-19 en Concepción fue 8 veces superior al gasto diario de los hospitalizados por otras patologías en la misma ciudad, en otro hospital integrado. En el caso de Encarnación el GBS diario de los pacientes con COVID-19 fue el doble que los ingresados por otros diagnósticos.

No hay antecedentes con una metodología similar para comparar estos resultados a nivel nacional, puesto que los trabajos previos sobre gastos excesivos y catastróficos consideran como denominador a todos los hogares o a toda la población^(9,31,32).

Comparados con la literatura sobre GCS y hospitalización, Saksena y Xu estudiaron 51 países, encontrando GCS en el 27,5% de los hogares por gastos de hospitalización⁽¹⁴⁾. Ghasvand y colaboradores reportaron 15% de GCS en 400 casos de 5 hospitales afiliados a la Universidad de Teherán⁽¹⁵⁾. Kastor y Mohanty encontraron 28% de GCS en la India, con diferencias según diferentes enfermedades⁽¹⁶⁾.

La mayor proporción de casos con GCS en estos tres estudios presentados en este apartado puede interpretarse como el efecto de una triple combinación que deriva en este impacto financiero para los hogares: a) la insuficiente protección financiera del sistema nacional de salud paraguayo desde antes de la pandemia, caracterizado como segmentado, con baja inversión pública, con financiamiento predominante del GBS, sobre todo para comprar medicamentos; b) las características del impacto de las epidemias sobre los sistemas de salud en países en desarrollo, como el Paraguay, donde el incremento de consumo de medicamentos y otros insumos hace que la insuficiente disponibilidad previa sea más notoria durante la sobrecarga en los hospitales; y c) la pandemia genera un impacto económico, siendo una de sus manifestaciones la disminución de los ingresos.

El GBS consumió recursos significativos de los hogares. Ante esta situación, los ingresos no fueron suficientes para hacer frente al GBS, sino

que los hogares tuvieron que recurrir a diferentes mecanismos: apoyo familiar, préstamos, uso de ahorros y venta de bienes.

Comprender mejor lo que sucede con el gasto de bolsillo ante una enfermedad mediante estudios de casos por tipo de establecimiento, por tipo de servicios, por tipo de enfermedades y otras categorías posibles de análisis, permitirá ajustar los diseños de políticas y programas de salud en el Paraguay, en el corto plazo, para hacer frente a la crisis que genera la pandemia de COVID-19 y, en el mediano plazo, para avanzar en el desafío de alcanzar CUS en 2030.

6. REFERENCIAS

- (1) Paraguay. Ley N° 6524/2020 Declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del Paraguay ante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la salud a causa del covid-19 o coronavirus y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9156/ley-n-6524-declara-estado-de-emergencia-en-todo-el-territorio-de-la-republica-del-paraguay-ante-la-pandemia-declarada-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-a-causa-del-covid-19-o-coronavirus-y-se-establecen-medidas-administrativas-fiscales-y-financieras>
- (2) Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3442/2020.
- (3) Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3456/2020.
- (4) Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3478/2020.
- (5) Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3835/2020.
- (6) Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3475/2020.
- (7) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 136/2020. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/resoluciones-covid19.html>
- (8) Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sitio web Covid-19. Monitoreo por Fases. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/monitoreo-fases-covid19.html>
- (9) Paraguay. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Paraguay. Población total, estimada y proyectada, por sexo y grupos de edad, por departamentos 2000-2025
- (10) Paraguay. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). Población total por año, según departamento, sexo y tipo de seguro médico (%), 2017 al 2019. Promedio anual.
- (11) Gaete R. Financiamiento y Gasto en Salud. Fundación CIRD. 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rubengaete3/financiamiento-y-gasto-en-salud-en-el-paraguay>
- (12) Dalal, K. (2017). Evolution and patterns of global health financing 1995-2014: development assistance for health, and government, prepaid private, and out-of-pocket health spending in 184 countries. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30874-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30874-7)

- (13) Benítez G. (2017). Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. Asunción Paraguay. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
- (14) Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2017; 15(3): 64-72
- (15) Giménez E, Flores L, Rodríguez JC, Ocampos G, Peralta N. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018;16(2): 38-48
- (16) Giménez E.; Rodríguez, JC.; Ocampos G.; Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: análisis en el sistema nacional de salud del Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 51 - No 3, 2018
- (17) Giménez E, Ocampos G.; Araujo J.M. Peralta, N. Rodríguez, JC. Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay, Anales EFACIM, v. 52 f: 1, p. 33-42, 2019
- (18) Saksena P, Xu K, Durairaj V: The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines? In World Health Report (2010) Background Paper, No 21. Geneva: World Health Organization; 2010.
- (19) Ghasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. Hospitalization and catastrophic medical payment: Evidence from hospitals located in Tehran. Arch Iran Med. 2014; **17(7)**: 507 – 513.
- (20) Kastor A, Mohanty SK (2018) Disease- specific out-of-pocket and catastrophic health expenditure on hospitalization in India: Do Indian households face distress health financing? PLoS ONE 13(5): e0196106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196106>
- (21) Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie Políticas Sociales 141. Santiago, Chile: CEPAL; 2008.
- (22) Wang, Z., Tang, K. Combating COVID-19: health equity matters. *Nat Med* 26, 458 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0823-6>
- (23) Ayodeji Emmanuel Iyanda, Richard Adeleke, Yongmei Lu, Tolulope Osayomi, Adeleye Adaralegbe, Mayowa Lasode, Ngozi J. Chima-Adaralegbe, Adedoyin M. Osundina, A retrospective cross-national examination of COVID-19 outbreak in 175 countries: a multiscale geographically weighted regression analysis (January 11-June 28, 2020), *Journal of Infection and Public Health*, Volume 13, Issue 10,2020, Pages 1438-1445ISSN 1876-0341, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.006>.
- (24) El-Khatib, Z., Otu, A., Neogi, U., & Yaya, S. (2020). The Association between Out-of-Pocket Expenditure and COVID-19 Mortality Globally. *Journal of epidemiology and global health*, 10(3), 192–193. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200725.001>
- (25) OMS (2010). Financiación 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. Disponible en : http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
- (26) World Health Organization (2015). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra, 2015.

- (27) World Health Organization. The World Bank (2015). Tracking universal health coverage first global monitoring report. France. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf;jsessionid=97710DC-F0E77797D32B8B1F6E8CD58F1?sequence=1
- (28) Paraguay. Poder Legislativo (2013). Ley N° 5099 / de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
- (29) Paraguay. Instituto de Previsión Social. Digesto normativo. Disponible en: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1617893656.pdf>
- (30) 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.
- (31) Giménez, E. (2014) Desafíos para la cobertura universal de salud en Paraguay. 7 propuestas para encender el debate sanitario. Paraguay Debate. Instituto Desarrollo. Asunción. Disponible en: <http://desarrollo.edu.py/uploads/2015/03/Nota-de-Pol%C3%ADtica-N%C2%B014.pdf>
- (32) OCDE (2018), *Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones*, Caminos de Desarrollo, Éditions OCDE, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264306226-es>
- (33) Banco Mundial. 2018, Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.



El gasto de bolsillo en salud actúa como una barrera entre el derecho a la salud y la utilización de los servicios del sistema de salud y no debería considerarse como un factor de mediación. Esta forma de financiamiento afecta desproporcionadamente a los más vulnerables, es un obstáculo para el acceso, genera angustias económicas adicionales a la enfermedad, es causa de exclusión, de discontinuidad en la atención, de interrupción del tratamiento y de desigualdad en la calidad de los servicios.

Hay varias lecciones aprendidas en corto tiempo ante el COVID-19. Destacamos tres de ellas: a) el sistema público de salud es un bien social que ha sido revalorizado. La sociedad ha comprendido que el sistema de salud es de todos y las capacidades hay que construirlas de manera sostenida y sostenible. Lo que se posterga hoy, tendrá graves consecuencias mañana. b) Nadie puede salvarse solo. Somos comunidad y sociedad. Sin solidaridad el derecho a la salud de cada uno está en riesgo. c) El gasto de bolsillo como medio de financiamiento y acceso es injusto, inequitativo e insuficiente para lograr un sistema público de salud que incluya a toda la población.

El Proyecto PINV18-672 es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONACYT con recursos del FEEI