

Doi:10.8004/rspp.2020.enero.44-51

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de menores de 5 años según su condición de pobreza en Paraguay**Analysis of out-of-pocket expenses in the face of the disease of children under 5 according to their poverty status in Paraguay**Giménez E¹, Caballero R², Araujo JM¹, Quevedo D¹¹Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina, Concepción, Paraguay²Investigación para el Desarrollo, Asunción, Paraguay**Autor Correspondiente:** Edgar Giménez Caballero **email:**edgica@gmail.com**Editor responsable:** Ángel R. Rolón Ruíz Díaz.**Cómo referenciar este artículo:** 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 publica Parag. 2020; 10(1): 44-51

Recibido el 29/11/2019, aprobado para publicación el 28/01/2020

RESUMEN**Introducción:** Reducir la pobreza, reducir la mortalidad de menores de 5 años (< 5 años) y lograr cobertura universal de salud son parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS).**Objetivo:** determinar el gasto de bolsillo de salud (GBS) ante la enfermedad de < 5 años y su incidencia económica en los hogares según su condición de pobreza en Paraguay.**Material y Método:** Se analizó la Encuesta Permanente de Hogares del 2014, considerando la definición oficial de pobreza y la referencia de enfermedad o accidente en un trimestre. Se calculó el promedio de GBS por hogar, la incidencia sobre el ingreso monetario trimestral (IM), sobre los subsidios estatales por pobreza (IS) y el equivalente de subsistencia o alimentación (EA).**Resultados:** Entre los *hogares no pobres*: 41,1% (IC 37,3 a 45,0) tuvo al menos 1 enfermo < 5 años, de los cuales 76,6% (IC 71,5 a 81,0) tuvo GBS, siendo en promedio 223.455 Gs. (DE 37.445). Los medicamentos fueron 68,9% (IC 61,7 a 76,1) del total. La IM fue 1,7% (IC 1,1 a2,3). Entre los *hogares pobres*: 50,0% (IC 44,7 a 52,2) tuvo al menos 1 enfermo < 5 años, de los cuales 71,2% (IC 64,7 a 76,9) tuvo GBS, siendo en promedio 125.545 Gs. (DE 14.749). Los medicamentos fueron 77,5% (IC 69,2 a 85,7) del total. La IM fue 4,0% (IC 2,3 a 5,8). La IS fue 54,6% (IC 13,0 a 96,2) y el EA fue el equivalente a 7 días de alimentación en promedio (DE 1,5).**Conclusión:** Ante los retos de los ODS, Paraguay requiere de mayor protección financiera en salud para niñas y niños < 5 años, mediante sinergias de las políticas de reducción de pobreza y de salud.**Palabras Clave:** Gasto de bolsillo de salud, cobertura universal de salud, derecho a la salud, pobreza, menores de 5 años.

ABSTRACT

Introduction: Reducing poverty, reducing the mortality of children under 5 years (<5 years) and achieving universal health coverage are part of the Sustainable Development Goals (SDGs).

Objective: To determine the out-of-pocket health expenditure (GBS) for the disease of <5 years and its economic impact on households according to their poverty status in Paraguay.

Material and Method: the 2014 Permanent Household Survey was analyzed, considering the official definition of poverty and the reference of illness or accident in a quarter. The average of GBS per household, the incidence on quarterly monetary income (IM), on state subsidies for poverty (IS) and the equivalent of feeding (EA) were calculated.

Results: Among non-poor households: 41.1% (CI 37.3 to 45.0) had at least 1 <5 years ill or injured, of which 76.6%

(CI 71.5 to 81.0) had GBS, being on average 223,455 Gs. (DE 37,445). The medications were 68.9% (CI 61.7 to 76.1) of the total. The IM was 1.7% (CI 1.1 to 2.3). Among poor households: 50.0% (CI 44.7 to 52.2) had at least 1 <5 years ill or injured, of which 71.2% (CI 64.7 to 76.9) had GBS, being in average 125,545 Gs. (DE 14,749). The medications were 77.5% (CI 69.2 to 85.7) of the total. The IM was 4.0% (CI 2.3 to 5.8). The IS was 54,6% (IC 13,0 a 96,2) and the EA was the equivalent of 7 days of feeding on average (SD 1.5).

Conclusion: Given the challenges of the SDGs, Paraguay requires greater financial protection in health for children under 5 years, through synergies of poverty reduction and health policies.

Keywords: Out-of-pocket health expenditure, universal health coverage, right to health, poverty, children under 5 years.

INTRODUCCIÓN

Reducir la pobreza, reducir la mortalidad de menores de 5 años y alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) son metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) al 2030⁽¹⁾. Un paso clave para afrontar estos retos es eliminar las barreras económicas de acceso al sistema de salud mediante políticas de financiamiento equitativos que brinden protección financiera a la población como parte del derecho a la salud⁽²⁾. Una forma eficaz de hacerlo es evitar que los enfermos, o sus familiares, tengan que realizar pagos por atención médica o medicamentos al momento de utilizar servicios de salud⁽³⁾, lo que se conoce como *gastos de bolsillo de salud* (GBS)⁽⁴⁾. Cuando el GBS es excesivo puede ser *catastrófico o empobrecedor* para los hogares⁽⁵⁻⁶⁾. Es catastrófico cuando supera un límite de capacidad de pago del hogar (CPH), o de los ingresos del hogar (IH). La definición encontrada en la literatura es variable: $GBS/CPH \geq 40\%$ ⁽⁷⁾, $\geq 50\%$ ⁽⁸⁾, $\geq 30\%$ ⁽⁹⁾, $\geq 20\%$ ⁽¹⁰⁾, $GBS/IH > 10\%$ o $> 25\%$ ⁽¹¹⁾. Es empobrecedor cuando empuja al hogar por debajo de la línea de pobreza^(12,13).

En un sistema de salud basado en el derecho a la salud como derecho humano, el acceso debe estar garantizado mediante la disponibilidad suficiente y la eliminación de barreras económicas, de tal forma que la utilización de los servicios necesarios sean asequibles⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

En Paraguay, el derecho a la salud está reconocido en la *Constitución Nacional*⁽¹⁶⁾ y, basado en este derecho, la *Ley Que Crea el Sistema Nacional de Salud* establece como

principio la distribución equitativa de los recursos⁽¹⁷⁾.

Además, para evitar barreras económicas de acceso, se cuenta con una *Ley de Gratuidad de Aranceles de las Prestaciones de Salud de los Establecimientos dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social*⁽¹⁸⁾. Para la población de niños, niñas y adolescentes, el *Código de la Niñez y Adolescencia* expresa las garantías de derechos en esta etapa de la vida, incluido el derecho a la salud⁽¹⁹⁾ en concordancia con la *Convención sobre los Derechos del Niño*⁽²⁰⁾. Sin embargo, se ha demostrado que el modelo de financiamiento del sistema de salud paraguayo es predominantemente privado y no público. El GBS representa el 49,3% del financiamiento total⁽²¹⁾, con una incidencia de gastos catastróficos que va de 2,8%⁽²²⁾ a 9,9%⁽²³⁾, gastos empobrecedores en el 3,1% de los hogares⁽²³⁾ y profundización de pobreza por motivos de salud del 61.9% de los hogares pobres⁽²⁴⁾. Varios estudios indican que el principal componente del GBS es la compra de medicamentos y que afecta principalmente a los hogares de menores ingresos, rurales y pobres^(25,26).

En el ámbito de políticas, Paraguay ha adoptado *Políticas Nacionales de Salud* sucesivas que adoptan como valor el derecho a la salud^(27,28), un *Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez*⁽²⁹⁾, además, el país cuenta con una *Política Nacional de Niñez y Adolescencia* y un *Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia*⁽³⁰⁻³¹⁾.

Además cuenta con políticas de combate a la pobreza, entre ellas un programa de transferencia monetaria denominado *Programa Tekoporá*⁽³²⁾, con mediciones periódicas de pobreza y pobreza extrema⁽³³⁾.

Este artículo explora la protección financiera del sistema de salud paraguayo a partir del análisis del GBS durante la primera infancia, como un reflejo de las garantías del derecho a la salud.

MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de este estudio fue determinar el gasto de bolsillo de salud (GBS) ante la enfermedad de niñas y niños menores de cinco años (<5 años) y su incidencia económica en los hogares según su condición de pobreza en Paraguay. A tal efecto, se analizaron los módulos de ingresos y de salud de la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) del Paraguay correspondiente al año 2014. La EPH registró los ingresos económicos de todos los integrantes del hogar y los gastos ante una enfermedad o accidente durante los últimos 90 días. La muestra fue probabilística, por conglomerados, con probabilidad proporcional al tamaño, bietápico y estratificado. El tamaño de la muestra fue de 6.024 hogares. La cobertura fue en todos los Departamentos de la Región Oriental y en el departamento de Pte. Hayes. La unidad de análisis fue el hogar, con el criterio de inclusión de contar con al menos un integrante <5 años. El número de hogares que representa la muestra se calculó con las ponderaciones de ajuste de Proyecciones de Población-Revisión 2015. Asimismo, se aplicaron técnicas de calibración para que la muestra de la encuesta, una vez ponderada, expanda a la población proyectada para el año de referencia.

Se calcularon las siguientes variables:

Número y % de hogares con al menos un integrante enfermo o accidentado: Frecuencia absoluta y relativa de todos los hogares con al menos 1 enfermo o accidentado <5 años.

Número y % de hogares que realizaron gastos de bolsillo ante una enfermedad o accidente: Frecuencia absoluta y relativa de todos los hogares donde hubo al menos 1 enfermo o accidentado <5 y que tuvieron GBS.

Número y % de hogares que reciben transferencias estatales: Frecuencia absoluta y relativa de todos los hogares con <5 años que reciben transferencias del Programa Tekoporá.

Promedio de Gasto de bolsillo de salud (GBS): Para cada hogar se calculó la suma de GBS durante 90 días,

incluyendo a todos sus <5 años que estuvieron enfermos o accidentados, considerando los gastos por consultas, medicamentos, estudios de diagnóstico y hospitalizaciones. Se excluyó los gastos por transporte y alimentación. Luego se calculó el promedio de la variable y la desviación estándar (DE)⁽⁴⁾.

Composición del Gasto de Bolsillo de salud: se calculó la proporción que representa cada componente del GBS. Se expresó como % y su intervalo de confianza (IC).

Ingreso del hogar (IH): Se calculó como la suma de los ingresos de todos los miembros del hogar. Dado que los gastos de bolsillo correspondían a 90 días, se calculó el IH trimestral. Los ingresos incluyen los subsidios estatales por pobreza. Posteriormente se calculó el promedio y desviación estándar (DE) de todos los ingresos del hogar y el de transferencia del Programa Tekoporá por separado.

Incidencia Monetaria del GBS (IM): se calculó como la relación entre el GBS y el IH trimestral expresado en %.

Gasto de Bolsillo de Salud excesivo (GBSexc): Se definió gasto catastrófico de salud (GCS) según que la $IM/IH_{trimestral}$ fuera > 10% o > 25%.

Gasto de Bolsillo de Salud equivalente a gastos para subsistencia o alimentación (EA): Como innovación se calculó el equivalente del GBS a gastos de alimentación. Se definieron dos indicadores: a) GBS que equivale a 1 o más días de alimentación del hogar en situación de pobreza y b) GBS equivalente a días de alimentación de hogares pobres. El gasto para alimentación se estimó a partir de una estructura de gastos conocida a partir de la Encuesta de Ingresos y Gastos del año 2012.

Incidencia del GBS sobre el Programa Tekoporá o incidencia sobre subsidios estatales (IS): Se calculó como la relación entre el GBS y el ingreso proveniente de la transferencia del Programa Tekoporá.

Pobreza: Se utilizó la definición oficial de pobreza como aquel conjunto de personas residentes en hogares cuyo nivel de bienestar (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, en 447.758 guaraníes para el resto urbano y en 386.388 guaraníes para el área rural⁽³³⁾.

RESULTADOS

Se calculó un total de 1.621.525 hogares, de los cuales 351.914 se encontraban en situación de pobreza. Del total de hogares 556.070 contaban con al menos 1 persona <5 años; 183.280 entre los hogares pobres y 372.790 entre los no pobres. Se calculó que 37.118 hogares con <5 años recibían transferencia del Programa Tekoporá; 24.106 hogares pobres y 13.012 no pobres. Los subsidios descriptos en los hogares no pobres se explican, al menos en parte, porque estos ingresos pueden poner al hogar por encima de la línea de pobreza (Tabla 1).

Tabla 1: Número y % de hogares estimados según su condición de pobreza. Paraguay 2014.

Hogares	No pobres				Pobres		Total
	N	%	N	%	N	%	
Todos los hogares	1.269.611	78,3	351.914	21,7	1.621.525	100,0	
Hogares con al menos 1 persona < 5 años	372.790	67,0	183.280	33,0	556.070	100,0	
Hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada	153.243	62,6	91.605	37,4	244.848	100,0	
Hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada con GBS	117.381	64,3	65.223	35,7	182.604	100,0	
Hogares con al menos 1 persona <5 años que reciben transferencia del Programa Tekoporá	13.012	35,1	24.106	64,9	37.118	100,0	

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.

Considerando el total de hogares: 15,1% (IC 13,8 a 16,4) tenía al menos 1 enfermo o accidentado <5 años; 26,0% (IC 22,6 a 29,5) entre los hogares pobres y 12,1% (IC 10,8 a 13,3) entre los no pobres. La proporción de hogares con integrantes <5 años, enfermos o accidentados y con GBS fue 11,3% (IC 10,2 a 12,3); 18,5% (IC 15,8 a 21,3) entre los hogares pobres y 9,2% (IC 8,1 a 10,4) entre los no pobres.

Considerando sólo los hogares con integrantes <5 años: 44,0% (IC 41,0 a 47,1) tenía al menos uno de ellos enfermo o accidentado; 50,0% (IC 44,7 a 55,2) entre los hogares pobres y 41,1% (IC 37,3 a 45,0) entre los no pobres.

Considerando sólo los hogares con integrantes <5 años enfermos o accidentados: 74,6% (IC 70,6 a 78,2) tuvo GBS; 71,2% (IC 64,7 a 76,9) entre los hogares pobres y 76,6% (IC 71,5 a 81,0) entre los no pobres.

A continuación se describen los promedios de ingresos monetarios en un trimestre, expresados en guaraníes corrientes (Gs.) para el año 2014, con sus respectivas

desviaciones estándar (DE). Por una parte, se describe la variable “todos los ingresos trimestrales” la cual incluye todas las fuentes monetarias de todos los integrantes del hogar, incluidos los subsidios estatales. Por separado se describen los promedios de ingresos que corresponden específicamente a las transferencias del Programa Tekoporá (Tabla 2).

Tabla 2: Promedio de ingresos trimestrales en Guaraníes Corrientes de los hogares con al menos 1 persona <5 años según su condición de pobreza. Paraguay 2014.

Indicadores de ingresos	No pobres		Pobres		Total	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Todos los ingresos trimestrales	19.344.555	727.338	5.419.265	195.809	14.754.796	577.504
Ingresos trimestrales por el Programa Tekoporá	538.446	25.621	599.104	34.462	577.840	25.336

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.

El promedio de GBS en guaraníes se presenta en la (Tabla 3)

Tabla 3: Promedio de Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) en Guaraníes Corrientes de los hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada con GBS, según su condición de pobreza. Paraguay 2014.

Indicadores de ingresos	No pobres		Pobres		Total	
	Promedio	DE	Promedio	DE	Promedio	DE
Hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada con GBS	223.455	37.445	125.545	14.749	188.483	24.771
Hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada con GBS y que reciben transferencia del Programa Tekoporá	(*)	(*)	(*)	(*)	304.369	110.109

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.
(*) Número insuficiente de casos en la muestra

Como puede verificarse, el promedio de GBS es menor para los hogares pobres. Pero, estos gastos que se realizan ante la enfermedad o accidente de uno de sus integrantes <5 años, tiene un mayor impacto económico entre los pobres. En efecto, cuando se calculó la incidencia monetaria (IM) sobre todos los ingresos del hogar, se pudo verificar que la IM es más que el doble para los hogares pobres en comparación con los no pobres. También se calculó que el GBS representa el 54,6% (IC 13,0 a 96,2) de las transferencias del Programa Tekoporá (Tabla 4).

Tabla 4: Incidencia Monetaria (IM) del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) sobre el ingreso trimestral de los hogares (IH) con al menos 1 <5 años enferma o accidentada con GBS, según su condición de pobreza en %. Paraguay 2014.

Hogares con al menos 1 persona < 5 años enferma o accidentada con GBS	No pobres		Pobres		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
Sobre Todos los ingresos trimestrales (IM)	1,7	[1,1; 2,3]	4,0	[2,3; 5,8]	2,5	[1,8; 3,3]
Sobre las transferencias del Programa Tekoporá (IS)		(*)		(*)	54,6	[13,0; 96,0]

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.

Los indicadores de gastos excesivos GBS/IH trimestral mayor a 10% y a 25% no se calcularon por insuficiencia de casos para el procesamiento de los datos. Pero, para los hogares pobres, cualquier gasto compromete su situación de pobreza, por lo que puede afirmarse que 18,5% (IC 15,8 a 21,3) de hogares pobres profundizaron su situación de pobreza por haber tenido GBS, es decir tuvieron gastos excesivos.

En cuanto a los equivalentes de GBS a gastos de alimentación (EA) se calculó que para los pobres los pagos directos que realizan ante la enfermedad niños y niñas equivale a 7 días de alimentación en promedio y que para el 85% de estos hogares el GBS equivale a 1 o más días de alimentación (**Tabla 5**).

Tabla 5: Gasto de Bolsillo en Salud Excesivos (GBSexc) considerando equivalentes a gastos por alimentos en hogares con al menos 1 persona <5 años enferma o accidentada. Paraguay 2014.

Hogares con al menos 1 persona < 5 años enferma o accidentada con GBS.	No pobres		Pobres		Todos	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hogares cuyo GBS ≥ 1 día de alimentación	63,7	[57,6; 69,3]	84,7	[78,0; 89,6]	71,2	[66,6; 75,4]
	Prom	DE	Prom	DE	Prom	DE
Equivalente del GBS a días de alimentación del hogar	3,4	0,6	6,8	1,5	4,6	0,7

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC

El principal componente del GBS fue la compra de medicamentos, 79,9% del total considerando todos los hogares con enfermos o accidentados <5 años; 77,5% entre hogares pobres y 68,9% entre hogares no pobres (**Tabla 6**).

Tabla 6: Composición del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) de los hogares con al menos 1 persona <5 años. Paraguay 2014.

Componentes del GBS	No pobres		Pobres		Todos	
	%	IC	%	IC	%	IC
Medicamentos	68,9	[61,7; 76,1]	77,5	[69,2; 85,7]	70,9	[64,9; 76,9]
Estudios de Diagnóstico	13,6	[8,8; 18,5]	11,4	[3,4; 19,5]	13,1	[9,0; 17,3]
Hospitalización	8,0	[0; 15,9]	5,0	[0; 10,0]	7,3	[1,0; 13,6]
Consultas	9,5	[5,7; 13,3]	6,1	[2,5; 9,8]	8,7	[5,8; 11,6]

Fuente: Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.

DISCUSIÓN

El derecho a la salud como derecho humano está expresado en diferentes instrumentos del Sistema de Derechos Humanos de las Naciones Unidas⁽¹⁵⁾. Sobre el alcance de este derecho se ha observado que no es sólo el derecho a estar sanos sino que además se refiere a la atención oportuna de enfermos mediante servicios disponibles, de calidad y accesibles. Una de las dimensiones de esta accesibilidad es la “asequibilidad” mediante un financiamiento equitativo de tal forma que no recaiga desproporcionadamente en los hogares pobres⁽¹⁴⁾. La Convención sobre los Derechos del Niño reconoce el derecho al “más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades” y que ningún niño sea privado de esos servicios sanitarios⁽²⁰⁾.

Con base al derecho a la salud, la Asamblea General de las Naciones Unidas ha adoptado la meta de alcanzar la CUS en el 2030 como parte de los ODS, es decir, que todas las personas accedan a servicios y medicamentos esenciales de calidad de forma oportuna sin que tengan que realizar pagos excesivos^(1-3,5). Al respecto, se ha señalado que una forma de lograr la protección financiera para la población es evitando los pagos directos al momento de utilizar servicios de salud o GBS ya que esta es una forma inequitativa de financiamiento y genera exclusión del sistema de salud⁽²⁻³⁾.

Por tanto, queda argumentado que el derecho a la salud incluye, entre otros, la protección financiera del sistema de salud para superar las barreras de acceso económicas a los servicios y tecnologías de salud, incluido medicamentos,

de tal forma que éstos sean asequibles. El GBS es una aproximación a la protección financiera en sentido inverso: a mayor GBS menor protección financiera. Su distribución, considerando determinantes sociales, es una aproximación a la equidad del sistema, puesto que se espera que un sistema equitativo tenga una mayor protección a los más vulnerables^(14-15;22-24).

Sustentado en estos conceptos, la pertinencia de este estudio puede justificarse por tres vías: a) la protección financiera y el derecho a la salud, ya explicados en los párrafos precedentes⁽¹⁴⁻¹⁵⁾; b) el enfoque sobre la primera infancia, puesto que la niñez tiene instrumentos específicos de garantías de derechos⁽²⁰⁾ y además, se establece una meta específica de impacto en el objetivo 3 de los ODS: reducir la mortalidad en menores de 5 años⁽¹⁾; y c) el enfoque sobre los pobres, puesto que el alcance del derecho a la salud se vincula con la equidad sanitaria y ésta con mecanismos de protección a los más vulnerables, como son los pobres⁽¹⁴⁾. Además, la reducción de la pobreza es parte de los ODS⁽¹⁾. El Estado paraguayo reconoce estos derechos al ratificar todos los instrumentos de derechos humanos. En la Constitución Nacional se establece la protección de los derechos del niño así como la protección y promoción del derecho a la salud como un derecho fundamental⁽¹⁶⁾. Además, en el Código de la Niñez y Adolescencia se establece que el derecho a la salud incluye el derecho “a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios”⁽¹⁹⁾. Basado en este derecho las políticas sectoriales proponen enunciativamente la universalidad de este derecho y la equidad en el financiamiento⁽²⁷⁻³⁰⁾.

Los resultados del estudio indican que en el Paraguay existe una brecha entre el enunciado de este marco normativo /político y la garantía real del derecho a la salud en la primera infancia, debido a la inequidad del modelo de financiamiento que deriva en una débil protección financiera del sistema nacional de salud. Esta afirmación puede verificarse sobre todo por la elevada proporción de hogares que tienen GBS, por la incidencia monetaria del GBS y por el equivalente de estos gastos para la subsistencia de hogares pobres. Al respecto, 7 de cada 10 hogares (pobres y no pobres) con enfermos o accidentados <5 años tienen GBS. Puesto que los pobres, con poca o nula capacidad de pago, dependen de los servicios públicos de salud y éstos tienen gratuidad de aranceles dispuestos por ley⁽¹⁸⁾, los hallazgos indican que no se cumple con el requisito de una disponibilidad suficiente de servicios y medicamentos para atender sus necesidades de atención⁽¹⁴⁾. Por otra parte, aunque el promedio de GBS es inferior para los pobres, su incidencia monetaria sobre los ingresos del hogar es el doble para los pobres en comparación con los no

pobres. Esta situación indica inequidad en el sistema y el no cumplimiento de la asequibilidad con arreglos para evitar cargas financieras desproporcionadas en los pobres⁽¹⁴⁾. También se verificaron gastos excesivos, sobre todo como profundización de la pobreza, es decir GBS empobrecedores⁽²⁴⁾. En efecto, más de 65 mil hogares pobres tuvieron que realizar GBS ante la enfermedad de <5 años, sobre todo para comprar medicamentos. Para estos hogares, con reducida capacidad de pago, el GBS fue equivalente a al gasto de 7 días de alimentación. También se calculó que este gasto es equivalente al 54,6% de las transferencias del Programa Tekoporá.

Estos resultados indican que se requiere de ajustes al sistema nacional de salud para garantizar el derecho a la salud de niños y niñas y para lograr la CUS en el 2030. Además, se requiere de sinergias entre políticas públicas de salud, de niñez y de combate a la pobreza. El sector de salud puede impulsar acciones bajo la estrategia de *salud en todas las políticas* y sistemas de salud centrados en las personas en el marco de la APS⁽²⁾.

En cuanto a la magnitud y composición del GBS para las personas de <5 años calculadas en este trabajo, puede verificarse que son inferiores a los resultados de otros trabajos sobre GBS de Paraguay calculados para la población de todas las edades. En efecto, mientras en este estudio el GBS promedio fue 188.483 Gs. corrientes, 223.455 Gs. para hogares no pobres y 125.549 Gs. para hogares pobres, Benítez encontró que el GBS promedio para la población de todas las edades fue 601.173 Gs. (corrientes), 345.173 Gs. para el quintil más pobre⁽²⁶⁾. También Giménez y colaboradores publicaron que el GBS fue 623.878 Gs. (corrientes), 337.823 para pobres y 565.828 para no pobres^(22;24,25). Igualmente, el Banco Mundial calculó que el GBS de ese año fue 645,9 mil Gs. (corrientes), con variaciones para la población con seguro y sin seguro médico, siendo el principal componente la compra de medicamentos⁽²³⁾. Donde sí hubo coincidencias fue en la mayor participación de los medicamentos en el GBS de los pobres⁽²⁵⁻²⁶⁾.

Finalmente, se destaca el estudio de GBS por grupos de edad, en este caso durante la primera infancia, lo cual no es frecuente. También la utilización de indicadores innovadores para explorar gastos excesivos por motivos de salud como son la relación de GBS con las transferencias condicionadas para combate a la pobreza (Programa Tekoporá) y su equivalente de subsistencia. Estos indicadores pueden aportar perspectivas complementarias a los indicadores de GCS y GES, que se utilizan frecuentemente.

CONCLUSIONES

En Paraguay, las familias pobres con niños y niñas enfermos enfrentan barreras económicas de acceso a los servicios de salud, sobre todo para comprar medicamentos. Para alcanzar la CUS, con protección financiera se requiere ampliar la oferta del sistema nacional de salud y ajustar el modelo inequitativo de financiamiento mediante sinergias en las políticas de salud, de niñez y de combate a la pobreza. Nuevos indicadores pueden contribuir a comprender mejor el problema.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Naciones Unidas. Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible [Internet]. Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas; del 15 de septiembre del 2015 al 12 de septiembre del 2016; Nueva York. Nueva York: ONU; 2015 (documento A/RES/70/1) Disponible en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/70/1>
2. OMS. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Informe de un Grupo Científico de la OMS; Ginebra: OMS; 2008.
3. 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. [Internet]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf
4. OMS. Reporte: metodología OMS de análisis de la equidad del financiamiento de la salud. Ginebra, OMS. 2003
5. World Health Organization. The World Bank. Tracking universal health coverage first global monitoring report. 2015. [Internet]. France. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf;jsessionid=97710DCF0E77797D32B8B1F6E8CD58F1?sequence=1
6. WHO. Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018.
7. Ke X, Evans D, Kawabata K, Zeramdini R, Klavus J, Murray C. Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. [Internet]. [citado el 6 de mayo de 2015]. Lancet. 2003; 362:111–7. Disponible en: http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf
8. Wang Z, Li X, Chen M. Catastrophic health expenditures and its inequality in elderly households with chronic disease patients in China. International Journal for Equity in Health Sample. 2015; 14(1):8.
9. Sesma-Vázquez S, Pérez-Rico R, Sosa-Manzano L. Gastos catastróficos por motivos de salud en México: magnitud, distribución y determinantes. Salud Pública de México. 2015; 47(1): S37-S46
10. Pérez G, Silva A. Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Serie Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República. 2015. Cartagena, Colombia.
11. Castillo Laborde C, Villalobos P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. Rev Med Chile. 2013; 141(11): 1456-64
12. 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
13. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Wong R, Lugo-Palacios DG, Méndez-Carniado O. The effect of Seguro Popular de Salud on catastrophic and impoverishing expenditures in Mexico, 2004-2012. Salud Publica Mex. 2018; 60(2):130-140.
14. 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). Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU), Ginebra. 2000.

15. Giménez Caballero E. Derecho, acceso y calidad en salud. Conceptos fundamentales para el debate sobre cobertura universal de salud. Asunción. Investigación para el desarrollo, Ed. 1, 2015. 111p
16. Poder Legislativo del Paraguay. Constitución de la República del Paraguay. Disponible en: <http://www.jme.gov.py/transito/leyes/1992.html>
17. Poder Legislativo del Paraguay. Ley 1032/1996. Que crea el Sistema Nacional de Salud.
18. Poder Legislativo del 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.
19. Poder Legislativo del Paraguay. Ley 1680 Código de la Niñez y Adolescencia.
20. Organización de las Naciones Unidas. Convención sobre los Derechos del Niño. A.G. Res. 44/25, anexo, 44 ONU GAOR (Sup. No. 49) p. 167
21. 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. TheLancet . 2017; 389:1981-89
22. 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
23. Banco Mundial. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank. Paraguay. 2018.
24. 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
25. 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
26. Benítez G. Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. [Internet]. Asunción Paraguay. 2017. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
27. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Políticas Públicas para la Calidad de Vida y Salud con Equidad. Política Nacional de Salud 2008-2013. Asunción, Paraguay 2008.
28. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social . Política Nacional de Salud 2015- 2030. Avanzando hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Asunción, Paraguay. 2015.
29. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Niñez 2010-2015. Asunción, Paraguay. 2010
30. Ministerio de Niñez y Adolescencia. Política Nacional de Niñez y Adolescencia 2014 - 2024. [Internet]. Disponible en: http://www.minna.gov.py/archivos/documentos/Manual%20POLNA%20-%20PNA_97hlh3is.pdf
31. Poder Ejecutivo. Plan Nacional de Desarrollo Integral de la Primera Infancia 2011-2020 [Internet]. Disponible en: https://www.mec.gov.py/cms_v2/adjuntos/9852
32. Poder Legislativo del Paraguay. Ley N° 4.087/2018. De regulación de transferencias monetarias condicionadas.
33. DGEEC . Encuesta Permanente de Hogares. Boletín de Pobreza. Paraguay 2014.