

**Rodríguez JC, Giménez E, Amarilla M, Barrios, A, Flores L, Araujo JM, Peralta N, Quevedo D.**  
*Investigación para el Desarrollo-ID, FACSO-UNA, Facultad de Medicina-UNC*

# Análisis de gastos de bolsillo de salud excesivos por quintiles de ingresos en Paraguay

Recibido: 29 de mayo de 2021

Aceptado: 10 de diciembre de 2021

**Resumen:** Cuanto menor sea la protección financiera del sistema de salud, mayor es el gasto de bolsillo ante una enfermedad o accidente. Este gasto impacta de forma diferente en los hogares según sus ingresos. El objetivo del artículo es analizar la asociación entre el gasto de bolsillo de salud excesivo y el ingreso de los hogares categorizados por quintiles

## Autores

**PhD José Carlos Rodríguez Z.** Docente e investigador en ciencias sociales. Investigador categorizado por CONACYT PRONII Nivel II. Investigación para el Desarrollo/FACSO-UNA

**Dr. Edgar Giménez Caballero.** Docente e investigador en salud pública. Investigador categorizado por CONACYT PRONII Nivel I. Investigación para el Desarrollo, Universidad Nacional de Concepción y Universidad Nacional de Itapúa.

**Econ. Marcelo Amarilla Esquivel.** Docente en ciencias económicas. Profesor de Microeconomía. Universidad Nacional de Asunción.

**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.

**Dr. José Modesto Araujo Quevedo.** Docente de salud pública. Director de Posgrado de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción.

**Dr. Roberto Barrios.** Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción.

**Dra. Doralice Quevedo.** Vicedecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Concepción.

---

© Rodríguez, JC; Giménez, E.; Amarilla, M.; Barrios, A.; Flores, L.; Araujo, JM.; Peralta, N.; Quevedo, D.. Publicado en Revista Novapolis. Nº 19, Diciembre 2021, pp. 91-107. Asunción: Arandurá Editorial. ISSN 2077-5172.

Rodríguez, JC; Giménez, E.; Amarilla, M.; Barrios, A.; Flores, L.; Araujo, JM.; Peralta, N.; Quevedo, D.; Análisis de gastos de bolsillo de salud..., pp. 91-107

en Paraguay. Metodológicamente es un estudio transversal que utiliza los datos de la Encuesta Permanente de Hogares del 2014. Se calculó la razón entre gasto de bolsillo y los ingresos del hogar, con la canasta básica de consumo y de alimentos. El gasto excesivo se definió como mayor a 10% del ingreso familiar. De ellos resulta que el 5,98% de los hogares tuvo un gasto de bolsillo excesivo ante una enfermedad o accidente y ello se asocia de forma estadísticamente significativa con quintiles de ingresos. A menor ingreso, más chance de gastos excesivos. Comparando con el Quintil 5 (de mayor ingreso), el quintil 1 (el más pobre) tuvo un riesgo (Odds Ratio) 6,0 veces mayor de gasto excesivo. En el Quintil 2 una Odds Ratio = 2,8. En el quintil de menor ingreso, el gasto de bolsillo fue equivalente a 5 días de consumo básico, 6,6 días de una canasta de alimentos y a 45% de las transferencias estatales para combatir pobreza. Una conclusión es que el modelo de financiamiento del sistema de salud paraguayo no protege contra gastos excesivos a los hogares con menos ingresos. Ante una enfermedad se compromete el consumo básico y de alimentación. Evitarlo requiere ajustes de políticas para lograr cobertura universal de los servicios de salud.

**Palabras Claves:** Gasto de bolsillo en salud, cobertura universal de salud, protección financiera de salud, gasto excesivo de salud, gasto empobrecedor de salud.

**Abstract:** The lower the financial protection of the health system, the greater the out-of-pocket expense in the event of illness or accident. This spending impacts households differently depending on their income. The objective of the article is to analyze the association between excessive out-of-pocket health spending and household income categorized by quintiles in Paraguay. Methodologically, it is a cross-sectional study that uses data from the 2014 Permanent Household Survey. The ratio between out-of-pocket expenses and household income, with the basic consumption and food basket, was calculated. Overspending was defined as greater than 10% of family income. The result is that 5.98% of households had excessive out-of-pocket expenses due to illness or accident and this is statistically significantly associated with income quintiles. The lower the income, the more chance of overspending: compared to quintile 5 (with the highest income), quintile 1 (the poorest) had a 6.0 times higher risk (Odds Ratio) of overspending. In quintile 2, an Odds Ratio = 2.8. In the lowest income quintile, out-of-pocket spending was equivalent to 5 days of basic consumption, 6.6 days of a food basket, and 45% of state transfers to combat poverty. One conclusion is that the financing model of the Paraguayan health system does not protect low-income households against excessive spending. When faced with a disease, basic consumption and food are compromised. Avoiding it requires policy adjustments to achieve universal coverage of health services.

**Keywords:** Out-of-pocket spending on health, universal health coverage, financial health protection, excessive health spending, impoverishing health spending.



## Introducción<sup>1</sup>

Aunque el gasto público del Paraguay y el PIB sean bajos, el Paraguay no tiene un gasto pequeño de salud en relación a su gasto Público ni a su producto interno bruto. El PIB por persona es el 40% de la media latinoameri-

<sup>1</sup> Este trabajo forma parte del proyecto PINV18-672. Este Proyecto es cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONACYT con recursos del FEEI.

cana y el 10% de PIB de los países industriales de la OECD (Organización para la Cooperación y el Desarrollo). En términos relativos, el gasto en salud local está por encima de los promedios regionales y los de la OECD. Pero, el gasto de salud del Paraguay es en gran proporción privado y no público, la protección social excluye al 60% de la población. Eso, en una sociedad desigual, favorece una distribución desigual de los servicios de salud (Benites, 2017; Giménez y otros, 2018; Gaete, 2017). Y, en general, la literatura y los datos mundiales son concluyentes sobre el efecto de desigualar de los gastos de bolsillo (Dalal, 2017).

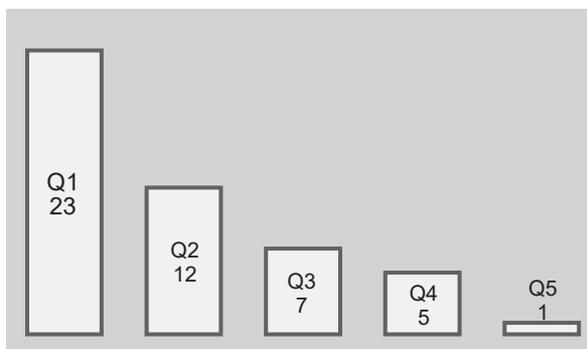
El sistema de salud tiene una gran fragmentación: hay por lo menos tres sistemas de salud que no se coordinan entre sí. El del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, que no alcanza a los mayores niveles de diversificación, pero si es accesible a todos; el del Instituto de Previsión Social, que tiene un mayor diversificación, pero solo está accesible para los asegurados y con una demora sistemática; y, el privado, basado en gastos de bolsillo y/o en seguros privados, muy minoritario.

Esta fragmentación favorece a los sectores de mayor ingreso, tanto como contribuyentes que evitan los aportes necesarios, como también como pacientes de un servicio o insuficiente o no accesible para todos (BM, 2018a: 107-108; Serafini, 2019; Serafini y Zavattiero 2018).

La esperanza de vida del Paraguay ha mejorado, lo que resulta alentador e indica mejorías. Pero, en relación a la región latinoamericana el Paraguay estaba mejor posicionada en el año 1960 (63,8 años esperanza de vida del país, 60 años de la región) que en 2014. En este año, la esperanza de vida del país era de 72,9 años y el de la región de 75 años.

El acceso a la seguridad social está muy asociado a los niveles de ingreso. El 53% del quintil más rico tiene seguridad social, pero, sólo la tiene el 5% del quintil con menor ingreso. El Banco Mundial adoptó un umbral de gasto excesivo (catastrófico) más exigente que el de este artículo y lo aplica a la población *sin seguro médico*, que es la más vulnerable. Este artículo ha tomado un umbral más bajo, del 10% del gasto excesivo, pero incluye tanto a la población con seguro social como a la que no la tiene. En la estadística del BM, en la población *sin seguro médico*, los gastos catastróficos del nivel más pobre el Q1, afectan al 23% de las familias. Los gastos catastróficos para el Q2 (20% siguiente) afectan al 12%. Los gastos catastróficos en el Q3 (20% siguiente) afectan al 7%. Los gastos catastróficos de la población del Q4 (20% siguiente) afectan al del 5%. En el Q5 (20% más rico) los gastos catastróficos afectan al 1% de las familias Fuente: (BM 2018a). (Ilustración 1)

**Ilustración 1**  
**Gasto Catastrófico por Quintiles de Ingreso.**  
**Porcentajes de riesgo. Paraguay, 2014**

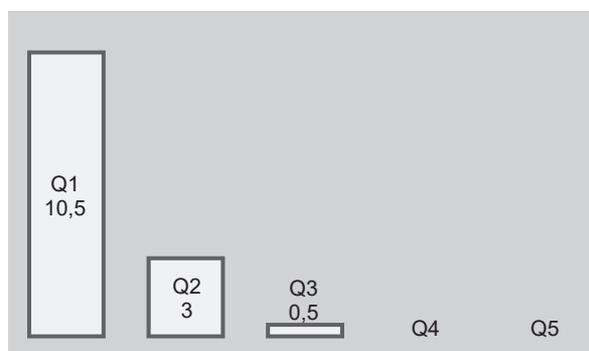


Fuente: BM (2018a) p108

Los gastos *empobrecedores* se conceptúan como eventos con mayor daño que los gastos *excesivos* (catastróficos), ya que arrojan a la población bajo de la línea de la pobreza, pueden ser considerados como colapso de la economía familiar (OMS 2003, Knaul y otros 2012). El Banco Mundial (BM) fijó como línea de pobreza (umbral o frontera entre pobres y no pobres) la suma de US\$3,20 por persona por día. Las familias que descienden bajo este umbral se encuentran en situación de pobreza, si ello ocurre a causa de los gastos de salud, han realizado Gastos Empobrecedores de Salud (GES).

En Paraguay, para el 2014, los Gastos Empobrecedores de Salud, según los cálculos del BM, llevaron a la pobreza al 10% en el quintil 1 (más pobre) y, en general, esa fue la causa del 3.1% de la pobreza a nivel nacional. Esto es, del total de pobres del año 2014 que fueron 1.779.380 (27,17%), el 55.161 de ellos fueron empobrecidos por incurrir en gastos empobrecedores de salud. Como puede verse en la Ilustración 2, los dos quintiles más ricos no incurrieron en gastos de salud empobrecedores. En diversa proporción lo hicieron los primeros quintiles: El quintil 1 en 10,5%; quintil 2 en 3%; y el quintil 3 en 0,5%. Los dos quintiles más ricos no registran en esta medición gastos empobrecedores.

**Ilustración 2**  
**Gastos empobrecedores por Quintiles de ingresos.**  
**Paraguay, 2014. En porcentaje de la población.**



Fuente: BM (2018a) p108

## Material y métodos

Se ha hecho un estudio no serial, sino transversal (que relaciona a los datos de un momento dado), porque las Encuesta Permanente de Hogares no identifican a sus encuestados. Entonces no se pueden seguir los casos en forma temporal. Se trabajó con el banco de datos de la *Encuesta Permanente de Hogares* (EPH), de la DGEEC (hoy Instituto Nacional de Estadística del Paraguay) del año 2014. El diseño muestral de esta encuesta es probabilístico, por conglomerados, con probabilidad proporcional al tamaño, bietápico y estratificado con una representación nacional y regional. El tamaño de la muestra había sido de 5.165 hogares. (DGEEC- INE, 2017; 2018; 2020; 1997-2021).

Este actual trabajo analizó las siguientes variables:

- (1) **Hogares con enfermos o accidentados:** una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de hogares según hayan tenido al menos un integrante enfermo o accidentado en los últimos 90 días.
- (2) **Hogares con personas que consultan:** una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de hogares según hayan tenido 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:** una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de hogares según hayan tenido 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 medicamentos gratuitos:** una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de hogares según hayan recibido medicamentos en forma gratuita, durante los últimos 90 días.
- (5) **Magnitud del gasto de bolsillo de salud (GBS):** una variable cuantitativa continua que resultó de la sumatoria del GBS para cada hogar en los últimos 90 días. Se expresó en guaraníes (Gs.) corrientes para el 2014. Se incluyó gasto por medicamentos (GBSm).
- (6) **Magnitud del ingreso mensual del hogar:** una variable cuantitativa continua que resultó de la 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.
- (7) **Razón GBS/Ingreso:** una variable cuantitativa continua, la razón entre la magnitud del GBS y el ingreso de los hogares. Puesto que el GBS había sido registrado en forma trimestral, también los ingresos fueron registrados en ese lapso. Se realizó un cálculo específico para el GBSm y para los ingresos por transferencias estatales de los programas Tekoporá y de pensión alimentaria para adultos mayores.
- (8) **GBS excesivo:** una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de hogares según hayan tenido una razón GBS/ingreso mayor a 0,1 (10%).
- (9) **GBS empobrecedor:** Se calculó de dos maneras: a) Como una variable cualitativa dicotómica que desagregó el total de 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) Como una variable continua, que midió la profundización o intensidad de la pobreza ocasionada por GBS, midiendo el porcentaje de ingreso requerido para alcanzar la línea de pobreza, después de este gasto.
- (10) **Razón GBS/valor de la canasta básica:** variable cuantitativa continua que resulta de la razón entre la magnitud del GBS y el valor diario de la canasta básica de consumo y el de la canasta básica de

alimentos de cada hogar. Se utilizó el valor oficial para un mes por persona, considerando la cantidad de integrantes del hogar, dividida por 30 días.

**Categorización de los hogares por quintiles de ingresos:** según una variable cualitativa, ordenada según el ingreso. Se formaron 5 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.

- (11) **Cálculos de precisión estadística:** Se calculó la asociación entre las variables de estudio y la condición de pobreza cuando se la vio pertinente. La prueba de  $\chi^2$  fue usada para las variables cualitativas, y la Kruskal-Wallis para las cuantitativas; donde la hipótesis nula era  $H_0$ : no hay asociación entre las variables, y la hipótesis alterna era  $H_1$ : sí hay asociación de las variables. Se tomó como significativo el margen de error máximo con la precisión de 5% ( $p < 0,05$ ). También se calculó el riesgo de error de la ocurrencia de las odds ratio (OR) de las variables comparando los resultados de hogares categorizados por quintiles de ingresos. Considerando significativos el margen de precisión menores al 5%.

## Resultados

La muestra del EPH de 2014 consistió en 5.165 hogares, representativos de 1.621.525 hogares a nivel nacional. (DGEEC - EPH, 2014) En promedio, cada hogar estaba integrado por 4,03 personas. Mediante *estimadores censales* se calculó la población total de 6.546.971 personas, que conforma el universo de esas encuestas, esto la población del país en 2014<sup>2</sup>. En la muestra, 2.334 hogares tuvieron gastos de bolsillo en salud GBS y, entre éstos, 309 presentaron GBS excesivos (Esquema 1). La proporción de hogares con gasto excesivo fue de 5,98%, definidos como, aquellos hogares cuyo GBS había sido mayor al 10% de sus ingresos. Aplicando *expansores censales*, se estimó que la cantidad de hogares afectados a nivel nacional era de 88.531 (5,46%) hogares, y que la población afectada era de 347.315 personas (5,30%).

---

2 La teoría y en los cálculos de las muestras, tamaño y precisión, asumen un universo no precisado, sino infinito. Los resultados finales de la encuesta se publican multiplicando los resultados de la muestra por la proporción entre los datos de la encuesta y el del universo estudiado.

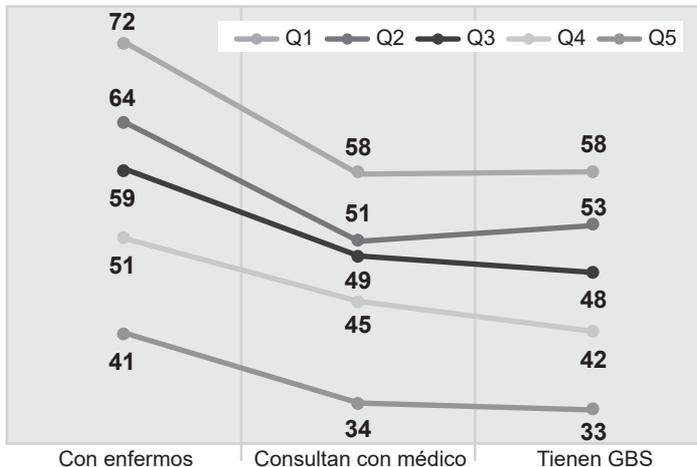
## Morbilidad

La primera evidencia es que la *morbilidad* varía según los quintiles de ingreso (Ilustración 1, Tabla 1<sup>3</sup>). La proporción de todos los hogares que declaró tener un enfermo o un herido en la familia en los últimos 90 días del día de la encuesta, 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. (Ilustración 3)

### Ilustración 3

#### 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).

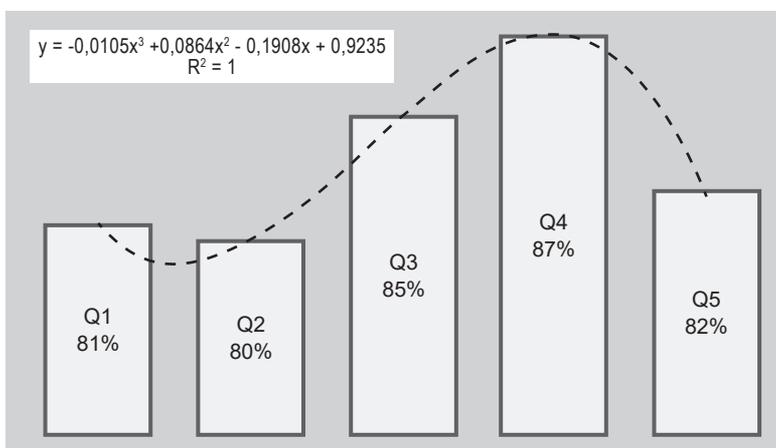
3 Las Tablas son publicadas al final del artículo, en el capítulo «Procesamientos Básicos».

## Consultas

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.

### Ilustración 4

#### Consultas médica por quintiles, Paraguay EPH 2014. Proporción de familias con enfermos/accidentales que consultaron



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

### Gastos de bolsillo en salud (GBS)

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 gastos de bolsillo del Q1, que no puede pagarlos. 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 Q3 en un 85%, el Q4 lo hace en un 87%, es el quintil que más consulta. El Q5 vuelve a descender en un 82% (Ilustración 4).

### *Gasto excesivo (GES)*

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% de las familias. 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 de ingresos y los gastos de bolsillo excesivo en salud (Ilustración 5, Tabla 1).

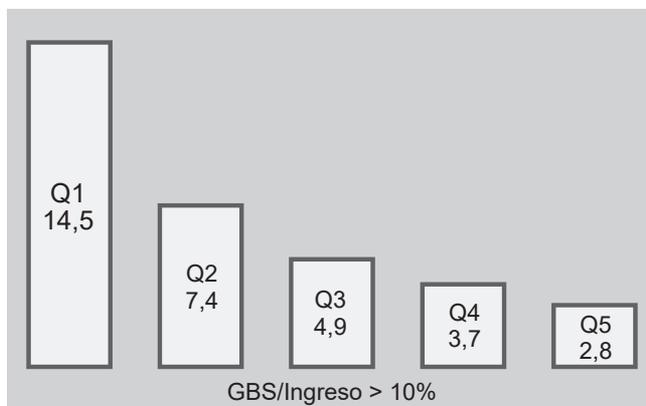
La incidencia del nivel de ingreso puede medirse con los OR o Razón de Momios, que mide la probabilidad de ocurrencia de una variable (v.g. Gasto de Bolsillo excesivo cuando este está presente la otra variable, en este caso el nivel económico Q). Esta Razón es 6 veces más en los más pobres Q1, en relación al Q5; 2,8 veces en siguiente quintil Q2, en relación a 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 (Ilustración 5).

La distribución de hogares con enfermos, 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 Chi<sup>2</sup> ( $p < 0,05$ ).

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 consul-

**Ilustración 5**  
**Gastos de Salud sobre ingresos familiares mayores al 10% de presupuesto familiar. Paraguay, 2014**



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).

tas 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 1).

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 2).

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 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 5 días de consumo básico y a 6,6 días de alimentación del hogar, también que representa el 45% de las trasferencias estatales para combatir la pobreza (Tabla 3).

### ***Gasto empobrecedor de salud (GES)***

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 quintil<sup>4</sup> en nuestro banco de datos, en cambio, el total si 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.

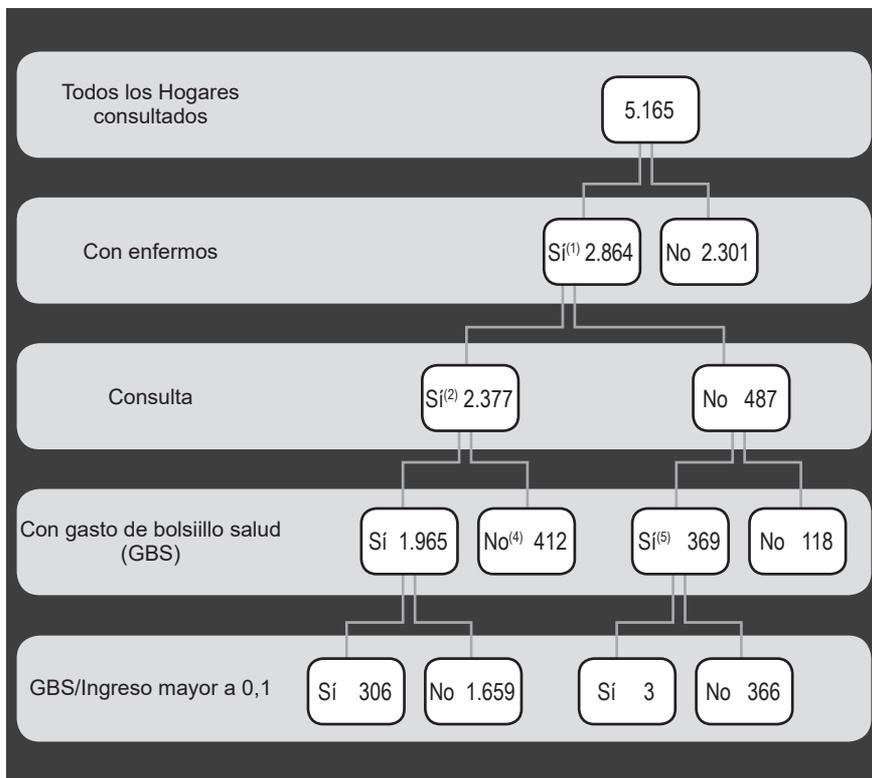
Fue estudiado en cambio la *profundización* de la pobreza que han producido los gastos empobrecedores, GES. Las familias empobrecidas con mayor profundidad (375.301) provienen de la situación de pobreza extrema en un 21,5% (8.537 hogares) y de la situación de pobreza no extrema en un 78,5% (294.764 hogares).

---

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

## Procesamientos básicos

*Esquema 1*  
**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**



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

- (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 sólo 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 consulto 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 puede ser: a) se auto-medicaron; b) consultaron con un profesional no médico; c) consultaron en el sector de medicina tradicional.

**Tabla 1.**

**Paraguay 2014. Distribución de hogares con al menos un enfermo o accidentado que consulta con un médico, con gasto de bolsillo de 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	Consultan con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	Tienen GBSm	GBS/ Ingreso >0,1
		%	%	%	%	%	%
Todos n=5.165	Si	<b>55,45p</b>	<b>46,02</b>	<b>25,23</b>	<b>45,19</b>	<b>43,95</b>	<b>5,98</b>
	No	44,55	53,98	74,77	54,81	56,05	94,02
Q1 n=778	Si	<b>71,85</b>	<b>58,10</b>	<b>34,58</b>	<b>58,35</b>	<b>56,68</b>	<b>14,52</b>
	No	28,15	41,90	65,42	41,65	43,32	85,48
Q2 n=953	Si	<b>63,59</b>	<b>51,10</b>	<b>29,38</b>	<b>52,68</b>	<b>51,63</b>	<b>7,35</b>
	No	36,41	48,90	70,62	47,32	48,37	92,65
Q3 n=988	Si	<b>58,50</b>	<b>49,49</b>	<b>28,34</b>	<b>47,77</b>	<b>46,36</b>	<b>4,86</b>
	No	41,50	50,51	71,66	52,23	53,64	95,14
Q4 n=1101	Si	<b>51,23</b>	<b>44,69</b>	<b>24,61</b>	<b>41,60</b>	<b>40,33</b>	<b>3,72</b>
	No	48,77	55,31	75,39	58,40	59,67	96,28
Q5 n=1345	Si	<b>41,41</b>	<b>33,98</b>	<b>15,09</b>	<b>33,31</b>	<b>32,34</b>	<b>2,75</b>
	No	58,59	66,02	84,91	66,69	67,66	97,25
Chi <sup>2</sup>		<b>P</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>	<b>0,000</b>

OR por quintiles (Sobre Q5 de mayor ingreso)		Con Enfermos	Consultan con médico	Medicamento gratis	Tienen GBS	Tienen GBSm	GBS/ Ingreso >0,1
Q1	OR	<b>3,61</b>	<b>2,69</b>	<b>2,97</b>	<b>2,81</b>	<b>2,74</b>	<b>6,01</b>
	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	<b>2,47</b>	<b>2,03</b>	<b>2,34</b>	<b>2,23</b>	<b>2,23</b>	<b>2,80</b>
	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	<b>1,99</b>	<b>1,90</b>	<b>2,22</b>	<b>1,83</b>	<b>1,81</b>	<b>1,81</b>
	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	<b>1,49</b>	<b>1,57</b>	<b>1,84</b>	<b>1,43</b>	<b>1,41</b>	<b>1,37</b>
	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.

**Tabla 2.**  
**Paraguay 2014. Descripción de variables de gasto de bolsillo de 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/ 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
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
Kruskal-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.

**Tabla 3.**  
**Paraguay 2014. Descripción de la razón del gasto de bolsillo de 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 <sup>(1)</sup>	GBS/ CBA <sup>(2)</sup>	Hogares	Var	GBS/Trans-ferencias <sup>(3)</sup>
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<sub>d</sub>).  
(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.

## Discusión

Los datos dan resultados consistentes, aunque la metodología y los datos tengan algunas limitaciones. Si pensamos el problema desde el punto de vista económico, el que no gasta no se perjudica económicamente, ni se empobrece. Pero quien no gasta puede estar perjudicado en términos de su calidad y esperanza de vida, al privarse de los servicios de salud. Sea porque no puede o porque sus ingresos sean suficientes. Esto ya no está igualmente medido en estos cálculos. En algunas variables, algunas desagregaciones no alcanzan cantidades suficientes.

La fuerte diferencia del Gasto de Bolsillo (GBS), Gasto de Bolsillo Catastrófico (GES) y Gasto Empobrecedor (GCS) por Quintiles está claramente marcada. El perjuicio económico está sólidamente evaluado y se correlaciona con el ingreso. La población desprotegida es mucha cuando la proporción de los asegurados no es mucho mayor al 40% de las familias. Incluso cuando una parte no sea fácilmente registrables, porque son parte de acceso informal a la salud (curanderos).

## Conclusiones

En relación a los Objetivos del Desarrollo Sostenible de las NNUU, que el País adopta, el Paraguay tiene un sistema poco capaz para garantizar la salud para todos y todas, no tanto por el volumen del presupuesto general en salud, sino por la desprotección financiera que condiciona la exclusión. Las personas más pobres se enferman más y tienen un gasto de bolsillo superior a las más pudientes. El sub-registro del gasto de bolsillo se debe a que parte de la salud recurre al sector informal y entonces no accede a los servicios formales de la salud y sus reclamos potenciales están suficientemente registrados.

## Bibliografía

BM Banco Mundial (2018a) Diagnostico sistemático del País.

BM Banco Mundial. (2018b), Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.

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>

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)

DGEEC, EPH (Micro datos 1997 - 1921). <https://www.ine.gov.py/microdatos/microdatos.php>.

DGEEC (2018). 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](https://www.dgeec.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/POBREZA-MONETARIA%20-2018/Pobreza%20Monetaria_Boletin.pdf)

DGEEC (2020) DGEEC publicó los principales indicadores de Pobreza Monetaria del año 2019, <https://www.stp.gov.py/v1/dgeec-publico-los-principales-indicadores-de-pobreza-monetaria-del-ano-2019/>

Giménez, Edgar, Flores, Laura, Rodríguez, José Carlos, Ocampos Gladys, Peralta Néstor. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud. 2018; 16(2): 38-48

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>

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.

OMS (2003) *Reporte: metodología OMS de análisis de la equidad del financiamiento de la salud*. Ginebra, OMS.

Serafini V. (2019). 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). Disponible en: <http://www.cadep.org.py/2019/06/pobreza-en-paraguay-crecimiento-economico-y-conflicto-redistributivo/>

Serafini, V., & Zavattiero, C. (2018). La protección social en el Paraguay; avances y desafíos para la garantía de derechos. *Revista MERCOSUR De Políticas Sociales*, 2, 173-191. doi:10.28917/ism.2018-v2-173

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