

ARTICULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

## Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay

### Analysis of out-of-pocket expenses in the face of the disease of people aged 60 and over according to their condition of poverty in Paraguay

Giménez E<sup>1</sup>., Caballero R<sup>2</sup>., Peralta N<sup>3</sup>., Araujo J.M<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina, Concepción, Paraguay.

<sup>2</sup>Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos, San Lorenzo, Paraguay.

<sup>3</sup>Investigación para el Desarrollo, Asunción, Paraguay.

Correspondencia: Edgar Giménez Caballero [edgica@gmail.com](mailto:edgica@gmail.com)

Recibido el 02/10/2019; aprobado para publicación el 30/10/2019

Editor responsable: Miriam Espínola-Canata

#### RESUMEN

**Introducción:** Reducir la pobreza y lograr cobertura universal de salud con protección financiera para las personas de todas las edades son parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

**Objetivo:** Determinar el gasto de bolsillo de salud (GBS) ante la enfermedad de personas de 60 y más años ( $\geq 60$  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) y sobre los subsidios estatales por pensión alimentaria para adultos mayores (IPa).

**Resultados:** De los 1.621.525 hogares del país 435.448 tenía al menos 1 persona  $\geq 60$  años, de los cuales 188.715 tenía al menos 1 de ellos enfermo o accidentado y 144.554 reportó GBS. Entre los hogares no pobres: 11,6% (IC 10,5 a 12,9) tuvo al menos 1 enfermo  $\geq 60$  años, de los cuales 75,8% (IC 71,2 a 79,8) tuvo GBS, siendo en promedio 547.931 Gs. (DE 58.251). Los medicamentos fueron 53,3% (IC 45,2 a 61,5) del total. La IM fue 5,7% (IC 4,6 a 6,9). Entre los hogares pobres: 11,6% (IC 9,6 a 14,0) tuvo al menos 1 enfermo  $\geq 60$  años, de los cuales 79,5% (IC 70,7 a 86,2) tuvo GBS, siendo en promedio 341.542 Gs. (DE 49.101). Los medicamentos fueron 71,3% (IC 61,9 a 80,7) del total. La IM fue 11,5% (IC 7,0 a 16,0), la IPa fue de 16,9% (IC 4,4 a 29,4). El GBS fue el equivalente a 19 días de alimentación en promedio (DE 3,71).

**Conclusión:** Paraguay requiere de mayor protección financiera para adultos mayores mediante sinergias de las políticas de reducción de pobreza y de salud.

**Palabras clave:** gasto de bolsillo de salud, cobertura universal de salud, pobreza, adultos mayores.

#### ABSTRACT

**Introduction:** Reducing poverty and achieving universal health coverage for people of all ages are part of the Sustainable Development Goal.

**Objective:** determine the Out-of-pocket Health Expenditure (GBS) for people 60 and older ( $\geq 60$  years) who are sick 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 impact on quarterly monetary risk (IM) and on state subsidies for food pensions for the elderly (IPa).

**Results:** Of 1,621,525 homes in the country 435,448 had at least 1 person 60 years, of which 188,715 had at least 1 of them ill or injured and 144,554 reported GBS. Among the non-poor households: 11.6% (IC 10.5 to 12.9) had at least 1 ill person  $\geq 60$  years, of which 75.8% (IC 71.2 to 79.8) had GBS, being on average 547,931 Gs. (DE 58,251). The medications were 53.3% (IC 45.2 to 61.5) from total. There was an IM of 5.7% (IC 4.6 to 6.9). Among the poor households: 11.6% (IC 9.6 to 14.0) had at least 1 ill person  $\geq 60$  years, of which 79.5% (IC 70.7 to 86.2) had GBS, being on average 341,542 Gs. (DE 40,101). The medications were 71.3 % (IC 61.9 to 80.7) from total. There was an IM of 11.5% (IC 7.0 to 16.0). There was an IPa of 16.9% (IC 4.4 to 29.4). The GBS was the equivalent to 19 days of feeding on average (DE 3.71).

**Conclusion:** Paraguay requires more financial protection for older adults through synergies of poverty reduction and health policies.

**Key Words:** out-of-pocket health expenditure, universal health coverage, poverty, older adults.

## INTRODUCCIÓN

El artículo trata sobre el gasto que los adultos mayores deben realizar ante una enfermedad y cómo afectan económicamente a sus hogares, como una aproximación al grado de protección financiera del sistema de salud para la cobertura universal de la salud (CUS)<sup>(1)</sup>. Estos gastos se consideran gastos de bolsillo de salud (GBS)<sup>(2)</sup>. Su análisis es relevante porque constituye una barrera de acceso, genera exclusión, es una forma inequitativa de financiamiento del sistema de salud<sup>(3-5)</sup> y pueden ser catastróficos o empobrecedores<sup>(6)</sup>. Es catastrófico cuando supera un límite de capacidad de pago de los hogares (CPH), o de los ingresos del hogar (IH). La definición es variable:  $GBS/CPH \geq 40\%$ <sup>(7)</sup>,  $\geq 50\%$ <sup>(8)</sup>,  $\geq 30\%$ <sup>(9)</sup>,  $\geq 20\%$ <sup>(10)</sup>,  $GBS/IH > 10\%$  o  $> 25\%$ <sup>(11)</sup>. Es empobrecedor cuando empuja a los hogares por debajo de la línea de pobreza o profundiza la situación de pobreza del hogar<sup>(12-13)</sup>.

Las estrategias de salud para esta etapa de la vida proponen servicios integrales centrados en las personas y protección social que garanticen el derecho a la salud mediante un financiamiento equitativo<sup>(14-15)</sup>. Paraguay enfrenta desafíos para ampliar su cobertura y revertir el modelo inequitativo: el GBS es el 49,3% del financiamiento<sup>(16)</sup>, principalmente para comprar medicamentos<sup>(17,18)</sup> con gastos catastróficos de 2,8% ( $GBS/CPH \geq 30\%$ )<sup>(19)</sup> a 9,9% ( $GBS/IH \geq 25\%$ )<sup>(20)</sup>, empobrecimiento de 3,1%<sup>(20)</sup> y profundización de pobreza del 61,9% de los hogares pobres<sup>(21)</sup>.

En el 2014 la DGEEC reportó que el 22,6% de la población paraguaya estaba en situación de pobreza y el 10,5% en extrema pobreza<sup>(22)</sup>. Paraguay cuenta con una política pública de subsidio estatal que es una pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza, respaldada por ley<sup>(23)</sup> y programa de transferencia monetaria para pobres denominado Tekoporá<sup>(24)</sup>.

## MATERIAL Y MÉTODO

El objetivo de este estudio fue determinar el gasto de bolsillo de salud (GBS) ante la enfermedad de personas de 60 y más años ( $\geq 60$  años) y su incidencia económica en los hogares según su condición de pobreza en Paraguay.

Se analizó 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 miembros 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 de 60 o más años de edad ( $\geq 60$  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. Con los datos 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 uno de sus integrantes  $\geq 60$  años enfermo o accidentado.

**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 un enfermo o accidentado  $\geq 60$  años por los cuales se tuvo GBS.

**Número y % de hogares que reciben transferencias estatales:** Frecuencia absoluta y relativa de todos los hogares con  $\geq 60$  años que reciben subsidios estatales para alimentación de tercera edad.

**Promedio de Gasto de bolsillo de salud (GBS):** Para cada hogar se calculó la suma de GBS ante una enfermedad o accidente de alguno de sus integrantes  $\geq 60$  años, incluyendo 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).

**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 como transferencia condicionada y subsidios o pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza. Posteriormente se calculó el promedio de todos los ingresos y el promedio de transferencia o subsidio estatal y su desviación estándar (DE).

**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 como la  $IM/IH$  trimestral  $> 10\%$  y  $> 25\%$ . Como innovación se definió también como el GBS que equivale a 1 o más días de alimentación del hogar en situación de pobreza y como el promedio de días de alimentación equivalente del GBS.

**Incidencia sobre pensión alimentaria del GBS (IPa):** Se calculó como la relación entre el GBS y el ingreso por subsidio o pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza.

**Incidencia de subsistencia (IS) del GBS en hogares pobres:** Se calculó como la relación entre el GBS y el gasto destinado a alimentación en 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.

**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 <sup>(22)</sup>.

**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 188.715 contaban con al menos 1 persona ≥ 60 años; 40.897 entre los hogares pobres y 147.818 entre los no pobres. Se calculó que 42.299 hogares recibían el subsidio estatal de pensión alimentaria para adultos mayores; 10.978 hogares pobres y 31.321 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).

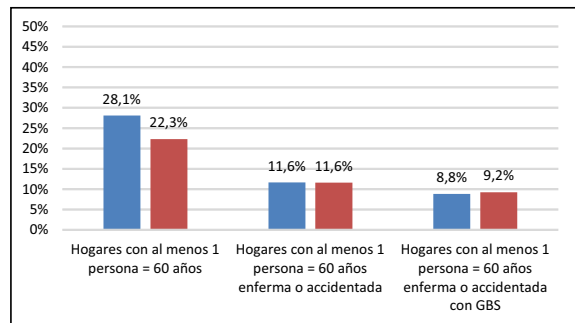
Considerando el total de hogares, 11,64% (IC 10,6 a 12,8) tenía al menos 1 enfermo o accidentado ≥ 60 años; 11,62% (IC 9,6 a 14,0) entre los hogares pobres y 11,64 % (IC 10,5 a 12,9) entre los no pobres. La proporción de hogares con integrantes ≥ 60 años, enfermos o accidentados y con GBS fue 8,91% (IC 7,97 a 9,86); 9,24% (IC 7,27 a 11,21) entre los hogares pobres y 8,82% (IC 7,74 a 9,91) entre los no pobres (Gráfico 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 = 60 años	357.057	82,0%	78.391	18,0%	435.448	100,0%
Hogares con al menos 1 persona = 60 años enferma o accidentada	147.818	78,3%	40.897	21,7%	188.715	100,0%
Hogares con al menos 1 persona = 60 años enferma o accidentada con GBS	112.041	77,5%	32.513	22,5%	144.554	100,0%
Hogares con al menos 1 persona = 60 años que reciben subsidios de tercera edad	31.321*	74,0%	10.978	26,0%	42.299	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.  
\*Los subsidios para alimentación de tercera edad está dirigido a personas en situación de pobreza. Al sumar este ingreso a otros ingresos, algunos hogares superan la línea de pobreza.

**Gráfico 1.** Proporción de hogares con personas ≥60 años, con enfermos o accidentados de esta edad y con gastos de bolsillo de salud, según su condición de pobreza. El denominador incluye a todos los hogares. Paraguay 2014.



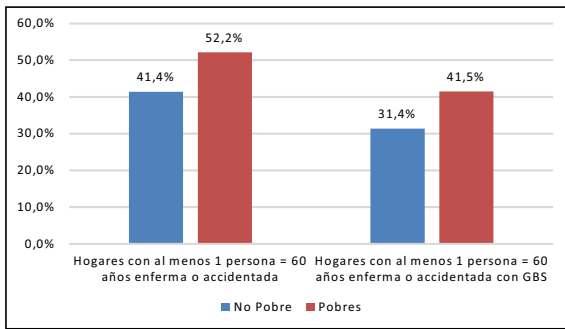
**Fuente:** Elaboración propia a partir de la EPH 2014 de la DGEEC.

Considerando sólo los hogares con integrantes ≥ 60 años, 43,34% (IC 40,22 a 46,46) tenía a al menos uno de ellos enfermo o accidentado; 52,17% (IC 45,39 a 58,95) entre los hogares pobres y 41,40 % (IC 37,91 a 44,89) entre los no pobres. La proporción de hogares con alguno de ellos enfermo o accidentado y GBS fue 33,20% (30,34 IC a 36,06); 41,48% (IC 34,80 a 48,15) entre los hogares pobres y 31,38% (IC 28,22 a 36,06) entre los no pobres (Gráfico 2). Estos datos indican que 76,60% (IC 72,64 a 80,14) de los hogares con enfermos o accidentados ≥ 60 años tuvieron GBS; 79,50% (IC 70,66 a 86,20) entre los hogares pobres y 75,80% (IC 71,23 a 79,85) entre los no pobres

En la Tabla 2 se describen los promedios de ingresos monetarios en un trimestre, expresados en guaraníes corrientes 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 los subsidios estatales de pensión alimentaria para adultos mayores, los cuales están contenidos en la variable “todos los ingresos trimestrales”.

El promedio de GBS se calculó en guaraníes corrientes para el año 2014. Se calculó considerando exclusivamente a la población de estudio enferma o accidentada que “sí” tuvieron gastos por este motivo. Este promedio se calculó por separado para aquellos que reciben subsidio estatal de pensión alimentaria para adultos mayores. En la Tabla 3 se describe la magnitud de estos promedios con sus respectivas desviaciones estándar (DE).

**Gráfico 2.** Proporción de hogares con personas ≥ 60 años enfermos o accidentados y con gastos de bolsillo de salud, según su condición de pobreza. El denominador incluye solo a los hogares con personas ≥ 60 años. Paraguay 2014.



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

**Tabla 2.** Promedio de ingresos trimestrales en Guaraníes Corrientes de los hogares con al menos 1 persona  $\geq$  60 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 de hogares*	19.928.113	1.389.392	4.648.643	253.871	17.177.445	1.173.922
Ingresos trimestrales por subsidio de alimentación a adultos mayores de hogares*	1.502.690	41.786	1.396.255	61.063	1.475.402	34.568

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

**Tabla 3.** Promedio de Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) en Guaraníes Corrientes de los hogares con al menos 1 persona  $\geq$  60 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 = $\geq$ 60 años enferma o accidentada con GBS	547.931	58.251	341.542	49.101	501.510	47.032
Hogares con al menos 1 persona = $\geq$ 60 años enferma o accidentada con GBS que reciben subsidios de adultos mayores.	537.735	126.313	237.684	79.876	454.351	99.001

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

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 miembros  $\geq$  60 años impacta de manera distinta sobre los hogares según su condición de pobreza. En efecto, cuando se calculó la incidencia monetaria (IM) sobre todos los ingresos del hogar, se pudo verificar que la IM es el doble para los hogares pobres en comparación con los no pobres. También se calculó que el GBS representa el 16,9% de los subsidios estatales de pensión alimentaria para adultos mayores que reciben hogares pobres en un trimestre (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 persona  $\geq$  60 años enferma o accidentada con GBS, según su condición de pobreza en %. Paraguay 2014.

Indicadores de IM= GBS/IH	No pobres		Pobres		Total	
	%	IC	%	IC	%	IC
Sobre Todos los ingresos trimestrales de los hogares	5,7	[4,6;6,9]	11,5	[7,0;16,0]	7	[5,5; 8,6]
Sobre Ingresos trimestrales por subsidio de alimentación a adultos mayores de los hogares	34	[20,6;47,3]	16,9	[4,4;29,4]	29,2	[17,9;40,6]

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

Para los hogares pobres, cualquier gasto compromete su situación de pobreza, por lo que puede afirmarse que el 9,24% de hogares pobres, que tuvieron GBS, profundizaron su situación de pobreza.

El indicador GBS/IH trimestral igual o mayor a 25% no tuvo un número de casos insuficiente para el procesamiento de los datos. Los gastos excesivos se resumen en la Tabla 5.

**Tabla 5.** Gasto de Bolsillo en Salud Excesivos (GBS<sub>exc</sub>) considerando umbrales sobre el ingreso trimestral (IH) de los hogares con al menos 1 persona  $\geq$  60 años. Paraguay 2014.

Indicadores de GBS <sub>exc</sub>	No pobres		Pobres		Todos	
	%	IC	%	IC	%	IC
GBS mayor a 10% del IH	14,6	[10,9; 19,3]	28,4	[18,9; 40,2]	17,7	[13,8 ;22,4]
Hogares cuyo GBS = $\geq$ 1 día de alimentación	82,3	[77,5; 86,3]	86,6	[78,4;91,9]	83,3	[79,2;86,7]
	<b>Prom</b>	<b>DE</b>	<b>Prom</b>	<b>DE</b>	<b>Prom</b>	<b>DE</b>
Equivalente del GBS a días de alimentación del hogar	12,7	1,37	19,3	3,71	14,2	1,47

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

El principal componente del GBS es la compra de medicamentos, 56% del total considerando todos los hogares con enfermos o accidentados  $\geq$  60 años; 71,3% entre hogares pobres y 53,3% entre hogares no pobres. En la Tabla 6 se describe la composición del GBS señalando sus % e intervalos de confianza (IC).

**Tabla 6.** Composición del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) de los hogares con al menos 1 persona  $\geq$  60 años. Paraguay 2014.

Componentes del GBS	No pobres		Pobres		Todos	
	%	IC	%	IC	%	IC
Medicamentos	53	[45,2; 61,5]	71	[61,9; 80,7]	56	[48,9; 63,2]
Estudios de Diagnóstico	24	[17,6; 30,6]	21	[14,2 - 27,9]	24	[18,4; 28,9]
Hospitalización	17	[7,5; 26,3]	3,2	[0; 7,7]	15	[6,6; 23,0]
Consultas	5,7	[3,6; 7,7]	4,4	[1,4; 7,4]	5,5	[3,7; 7,3]

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

## DISCUSIÓN

Este artículo analiza un aspecto de la protección financiera del sistema nacional de salud para alcanzar la cobertura universal de salud para las personas  $\geq$  60 años <sup>(1)</sup>. Los resultados señalan que estas personas deben superar barreras de accesibilidad financiera para utilizar los servicios de salud que requieren y que el problema está extendido: al menos 1 de cada 10 hogares paraguayos tuvo un enfermo o accidentado  $\geq$  60 años y 7 de cada 10 de estos hogares tuvieron GBS, afectando sobre todo a los pobres, quienes a su vez presentan mayores necesidades de atención. Esta situación es contraria al objetivo de equidad financiera del sistema de salud <sup>(3)</sup>, al postulado de protección financiera de la cobertura universal de la salud <sup>(4)</sup> y a los sistemas de salud para un envejecimiento saludable <sup>(14)</sup>. En efecto, este modelo de financiamiento es inequitativo porque condiciona el acceso según la capacidad de pago y no a la necesidad de atención, el financiamiento recae sobre los enfermos, la población se expone a gastos excesivos y afecta de forma más intensa a los pobres <sup>(17,19,21)</sup>.

Paraguay requiere hacer ajustes al sistema nacional de salud para alcanzar la cobertura universal en el 2030 de tal manera que toda la población acceda a un conjunto de servicios y medicamentos esenciales sin dificultades económicas<sup>(5)</sup>. Para un envejecimiento con salud se requiere de sinergias entre políticas públicas de combate a la pobreza, sistemas de protección social, sistemas de cuidado a largo plazo, promoción de la salud en todas las políticas y sistemas de salud centrados en las personas. Reducir el GBS es clave para este propósito ya que impiden o limitan el acceso oportuno a los servicios para lograr trayectorias de vida saludable y para conservar la capacidad intrínseca de las personas<sup>(14)</sup>.

En cuanto a la magnitud y composición del GBS para las personas de  $\geq 60$  años calculadas en este trabajo, puede verificarse que son aproximados a los resultados de otros trabajos sobre GBS de Paraguay calculados para la población de todas las edades. Benítez, del CADEP, publicó que los gastos en salud fueron 601.173 Gs. (corrientes), 345.173 Gs. para el quintil más pobre, principalmente por compra de medicamentos<sup>(18)</sup>. Giménez y colaboradores, de ID, publicaron que el GBS fue 623.878 Gs. (corrientes), 337.823 para pobres y 565.828 para no pobres, también principalmente por compra de medicamentos. El Banco Mundial, en su reciente reporte sobre Paraguay calculó que el GBS es de 645,9 mil Gs. (corrientes), con variaciones para la población con seguro y sin seguro médico, siendo el principal componente la compra de medicamentos<sup>(20)</sup>. La mayor participación de los medicamentos en el GBS de los pobres, también es similar a los hallazgos que describen el GBS para la población de todas las edades<sup>(17)</sup>.

Esta similitud en la magnitud y composición del GBS puede explicarse al menos con dos argumentos: a) el envejecimiento no necesariamente se asocia a mayores gastos; b) cuestiones relacionadas a la metodología de la EPH.

En efecto, aunque la necesidad de atención sanitaria puede intensificarse en las personas mayores, y esto requiere de mayor financiamiento, no necesariamente la utilización de servicios se asocia a un mayor GBS. Según la OMS, los mayores gastos, independientemente de la edad, se asocian más al último año o a los dos últimos años de vida y no necesariamente a la vejez<sup>(14)</sup>.

La cuestión metodológica es simple: la EPH registra los casos de enfermedad o accidente que suceden en los 90 días previos a la encuesta. Si ocurre más de un evento en ese periodo de tiempo, sólo se registra el último. Además, no se incluyen situaciones que pueden incluir un tratamiento habitual.

Otro asunto a considerar, es que en este artículo se proponen dos perspectivas innovadoras para valorar los GBS excesivos:

- a) en función a subsidios estatales para hogares en situación de pobreza;
- b) en función a los gastos para alimentación o de subsistencia de los hogares pobres.

Puesto que los pobres tienen limitada capacidad de pago (ingresos menos gastos de subsistencia), se entiende que cualquier gasto ante una enfermedad compromete la economía de esos hogares. Por tanto, medir la proporción del subsidio que representa el GBS indica un aspecto de la desviación del objetivo de esta política pública. Este estudio se enfocó en los subsidios estatales de pensión alimentaria para adultos mayores en situación de pobreza<sup>(23)</sup>.

Los resultados señalan que para los hogares pobres el GBS representa el 16,9% de los subsidios estatales de pensión alimentaria de todo un trimestre. Esto es muy relevante porque estos hogares, aún con el subsidio no logran ponerse por encima del umbral de pobreza monetaria y significa que una parte de las transferencias no cumplen con el propósito de alimentación, sino que se gastan para utilizar servicios de salud y sobre todo para comprar medicamentos.

La otra innovación constituye medir el GBS como proporción del gasto de subsistencia en hogares pobres, lo que describe en qué medida los hogares pobres deben escoger entre comer o pagar por servicios de salud que necesitan, sobre todo para comprar medicamentos.

Los resultados para estos indicadores señalan que el GBS representó 1 o más días de subsistencia en el 86,6% de los casos y, por otra parte, que el GBS equivale a 19,3 días de alimentación para los hogares pobres. Estos hallazgos urgen que se incorpore esta perspectiva para la evaluación de las actuales políticas concurrentes y el diseño de ajustes que son necesarios para los objetivos de desarrollo.

## CONCLUSIONES

En algunos casos, los adultos mayores pobres y sus familias enfrentan el dilema de comprar alimentos o recibir atención médica ante una enfermedad.

Para alcanzar la cobertura universal de la salud, con acceso a medicamentos esenciales y una protección financiera que evite gastos excesivos se requiere de sinergias en las políticas sociales de salud, combate a la pobreza y el hambre. El modelo actual de financiamiento del sistema nacional de salud es inequitativo y la protección financiera insuficiente.

Nuevos indicadores sobre gastos de bolsillo por motivos de salud, sobre todo gastos excesivos y los que ocurren en situación de pobreza, pueden

contribuir a comprender mejor el problema y de esta forma ajustar las políticas públicas para el desarrollo social del país.

## 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 (2003) Reporte: metodología OMS de análisis de la equidad del financiamiento de la salud. Ginebra, OMS.
3. OMS (2008). 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. Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 336373 2
4. 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](http://whqlibdoc.who.int/whr/2010/9789243564029_spa.pdf)
5. World Health Organization. The World Bank (2015). Tracking universal health coverage first global monitoring report. ISBN 978 92 4 156497 7. ISBN 978 92 4 156497 7. France. Disponible en : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977\\_eng.pdf;jsessionid=97710DCF0E77797D32B8B1F6E8CD58F1?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf;jsessionid=97710DCF0E77797D32B8B1F6E8CD58F1?sequence=1)
6. 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.
7. Xu, Ke, David B Evans, Kei Kawabata, Riadh Zeramdini, Jan Klavus, Christopher J L Murray. (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*. 2003; 362:111–7 ([http://www.who.int/entity/health\\_financing/documents/lancet-catastrophic\\_expenditure.pdf](http://www.who.int/entity/health_financing/documents/lancet-catastrophic_expenditure.pdf), accessed 06 May 2015)
8. Zhonghua Wang Xiangjun Li Mingsheng Chen. Catastrophic health expenditures and its inequality in elderly households with chronic disease patients in China. *International Journal for Equity in Health* Sample doi:10.1186/s12939-015-0134-6. 2015
9. 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. Recuperado de <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/4687/4535>
10. Pérez G, Silva A. (2015) Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia. Serie Documentos de trabajo sobre economía regional. Banco de la República. ISSN 1692 – 3725. Cartagena, Colombia.
11. WHO. The Global Health Observatory. Universal Health Coverage. Financial Protection: <http://apps.who.int/gho/portal/uhc-fp-cabinet-wrapper-v2.jsp?id=1020102>
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; 60:130-140. <https://doi.org/10.21149/9064>
14. OMS. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra: OMS; 2015. Disponible en : [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf;jsessionid=1C3B1E4FF62474C13166B3394A916E19?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=1C3B1E4FF62474C13166B3394A916E19?sequence=1)
15. OMS. Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud. Informe de la Secretaría. Ginebra, Suiza: OMS; 2016. Disponible en : [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_17-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf)
16. 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)
17. 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
18. 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>
19. 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
20. Banco Mundial. 2018, Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.

21. 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.
22. DEEC (2014). Encuesta Permanente de Hogares. Boletín de Pobreza. Paraguay 2014.
23. Paraguay. Ley N° 3728. Establece el derecho a la pensión alimentaria para las personas adultas mayores en situación de pobreza.
24. Paraguay. Ley n° 4.087. De regulación de transferencias monetarias condicionadas.