

Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados

Gerardo Benítez

Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados

Gerardo Benítez

Gerardo Benítez

Economista. Universidad Nacional de Asunción. Investigador del CADEP.

© Centro de Análisis y Difusión de la Economía Paraguaya, CADEP
Piribebuy 1058, Asunción - Paraguay
Teléfono 452 520 / 454 140 / 496 813
cadep@cadep.org.py
www.cadep.org.py

Diseño y diagramación: Karina Palleros
Asunción, junio 2017

ISBN: 978-99967-849-6-5

Índice

Introducción	5
Marco Normativo	7
Evolución y Composición del Gasto en Salud	8
Evolución de los Gastos per cápita en Salud	10
Características Sanitarias de la Población Paraguaya	11
Gasto de Bolsillo en Salud	15
Conclusión	19
Bibliografía.....	21

Introducción

En cualquier parte del mundo los eventos de enfermedad son altamente impredecibles y es casi imposible programar los gastos médicos, tanto en su temporalidad como en su volumen. Los pagos por Gastos de Bolsillo en Salud pueden sumergir a un hogar en un estado de pobreza extrema en la medida que estos gastos son efectuados a expensas de la adquisición de otros bienes y servicios.

El debate se centra en cómo estructurar los sistemas de salud para garantizar la adecuada provisión de servicios (prestación universal) y la equidad en las contribuciones. Así, es fundamental la identificación, medición y determinación de este tipo de gasto y el impacto que el mismo genera en los hogares.

El presente estudio pretende analizar la composición del gasto de bolsillo en salud de la población paraguaya, con el fin de proveer información precisa a los tomadores de decisiones en el marco de la elaboración de las políticas públicas. Para ello se emplea una metodología descriptiva de carácter cuantitativo a partir de los datos de la Encuesta Permanente de Hogares 2014.

Complementariamente el trabajo busca dar a conocer la composición del sistema de salud, la estructura de financiamiento (pública y privada), así como la evolución de los principales indicadores sanitarios. Para el cálculo de los gastos en salud se utilizan datos de las cuentas nacionales en salud y datos del Banco Mundial.

Marco Normativo

El derecho de la salud de toda la población paraguaya está contenido en la Ley N° 1032/96, que crea el Sistema Nacional de Salud. El sistema tiene como finalidad prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna y eficiente, sin discriminación de ninguna clase, mediante acciones de promoción, recuperación y rehabilitación integral del enfermo.

El sistema opera mediante la oferta de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes.

Actualmente el Paraguay cuenta con un sistema de salud mixto compuesto por proveedores del sector público y privado. En el primero se destacan:

- Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPYBS): es la institución rectora de la política sanitaria nacional. Tiene como misión garantizar el cumplimiento de las funciones de rectoría, conducción, financiamiento y servicios de salud a fin de alcanzar la cobertura universal, bajo el enfoque de protección social, en el marco del Sistema Nacional de Salud. Sus gastos son financiados principalmente por el tesoro público y el crédito público.
- Universidad Nacional de Asunción (UNA): ofrece servicios de atención ambulatoria, hospitalaria y especializada para la cual dispone del Hospital de Clínicas y el Centro Materno Infantil de San Lorenzo. Ambos están dirigidos a atender las necesidades de la población de escasos recursos. Sus recursos provienen del Presupuesto General de Gastos de la Nación en lo que corresponde a la Facultad de Ciencias Médicas.
- Sanidad Militar: brinda atención a su personal activo, retirados, familiares de dichos cuerpos y excombatientes. Sus recursos provienen del Presupuesto General de la Nación a través de lo asignado al Ministerio de Defensa.
- Sanidad Policial: atiende a funcionarios, familiares y presidiarios, cuenta con dos hospitales de IV nivel especializado, servicios odontológicos, puestos sanitarios y dispensarios. Es una institución dependiente del Ministerio del Interior.
- Instituto de Previsión Social (IPS): es el principal responsable del seguro social del país, creado por el decreto Ley N° 17.071/43 como organismo autónomo para proteger a los trabajadores asalariados del sector privado. Ofrece servicios de salud como maternidad, riesgos de enfermedad no profesional, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, provisión de medicamentos, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados. Se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector privado y el Estado aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General. También están incluidos los docentes como beneficiarios del IPS.

El sector privado está compuesto por empresas prepagas y de seguros, sanatorios, hospitales, clínicas, de diferente complejidad. Incluye consultorios, laboratorios, servicios de emergencia, farmacia y servicios de medicina tradicional. Se financia por pago de bolsillos de los usuarios y cotizaciones de los afiliados de los sistemas de medicina prepaga.

Evolución y Composición del Gasto en Salud

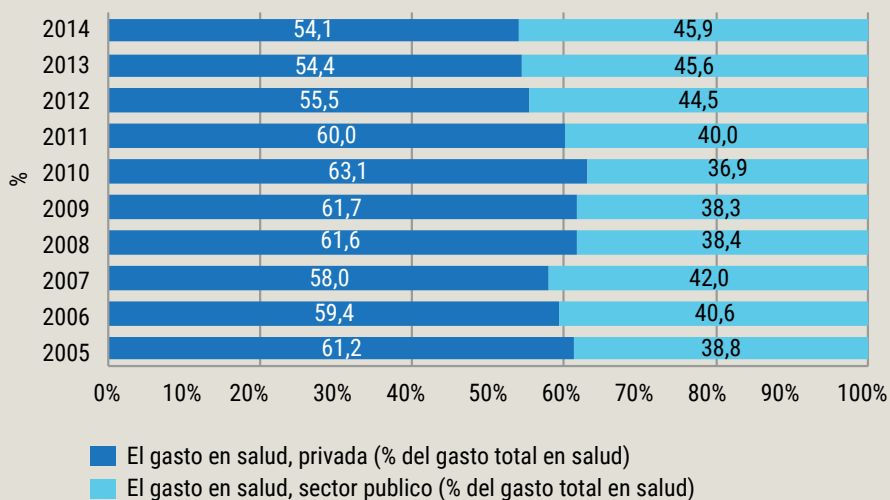
El gasto en salud está compuesto por el gasto público y privado. El gasto público es la erogación que realiza el Gobierno en la atención directa de la salud de la población, de forma a asegurar el óptimo estado sanitario de la comunidad. Este gasto incluye asistencia médica y hospitalaria de las personas para la promoción, protección y recuperación de la salud, provisión de medicamentos, vacunación, vigilancia epidemiológica y acceso a agua potable, saneamiento, entre otros.

En cambio, el gasto privado es la parte del gasto total que se financia mediante fuentes privadas, las cuales incluyen pagos del propio bolsillo del interesado (incluyendo gastos por cuenta propia o gastos compartidos), gastos realizados en programas de seguros privados, pagos realizados por organismos de beneficencia y finalmente, la medicina del trabajo (Briceño, 2008).

En términos nominales la inversión total (pública + privada) en salud durante el periodo 2005 al 2014, en el Paraguay, ha pasado de US\$ 531 millones a US\$ 3041 millones, es decir tuvo un crecimiento de aproximadamente 6 veces más.

En cuanto a los gastos por sectores, la participación relativa del gasto privado se redujo de 61,2% a 54,1% y el gasto público aumentó de 38,8% a 45,9%. En todo el periodo de análisis se destaca la mayor participación del sector privado dentro de los gastos de salud.

Gráfico 1.
Composición de los Gastos en Salud (%).



Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial (2014).

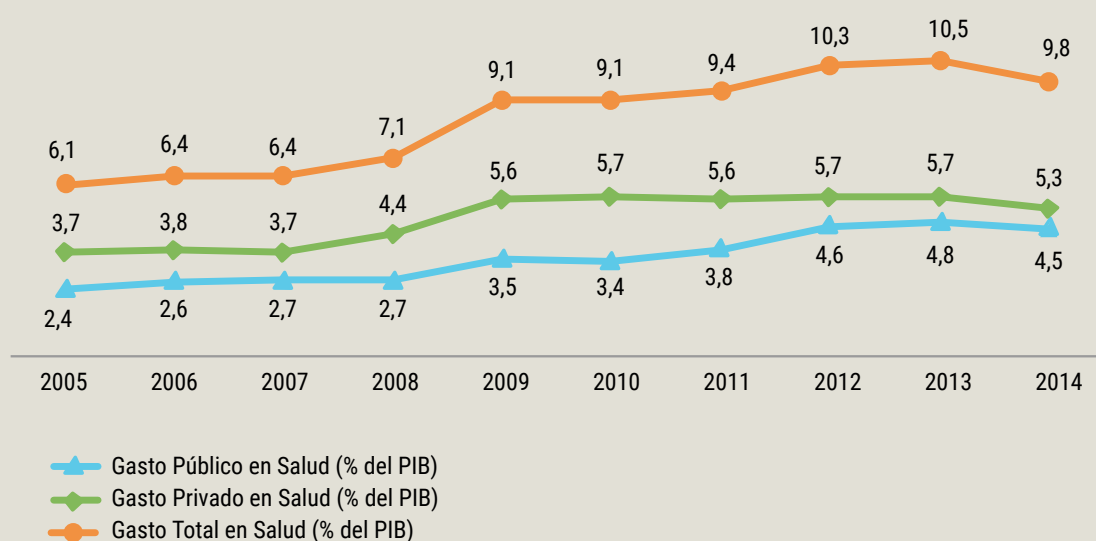
En la última década se produjo un crecimiento importante del gasto total en salud con relación al PIB, el 6,1% corresponde al 2005 y el 9,8% corresponde al 2014.

El mayor impulso del indicador gasto total en salud/PIB se observa en el año 2009 con un crecimiento de 2 puntos porcentuales entre un año y otro. Desde la óptica del gasto público, este incremento se puede explicar por la implementación del Programa Atención Primaria de la Salud, cuyo presupuesto está destinado a las 18 Regiones Sanitarias del país y a las Unidades de Salud Familiar (USF). En ese año el coeficiente gasto público en salud/PIB tuvo un crecimiento cercano al 0,8%.

Sin embargo, el coeficiente gasto privado/PIB creció en una proporción mayor al anterior alcanzando una tasa de 1,2%. La brecha entre el gasto privado y público para ese año era de 2,1%.

Para el 2014, la brecha entre la inversión privada y pública se redujo a 0,8%, lo cual indica un aumento de la inversión por parte del Estado. No obstante, el sector privado, y en particular el de los hogares, por medio del pago directo por servicios y el pago de cuotas por medicina pre paga, siguen constituyendo la fuente más importante de financiamiento del sector salud.

Gráfico 2.
Evolución de los Gastos en Salud como porcentaje del PIB.



Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial (2005-2014).

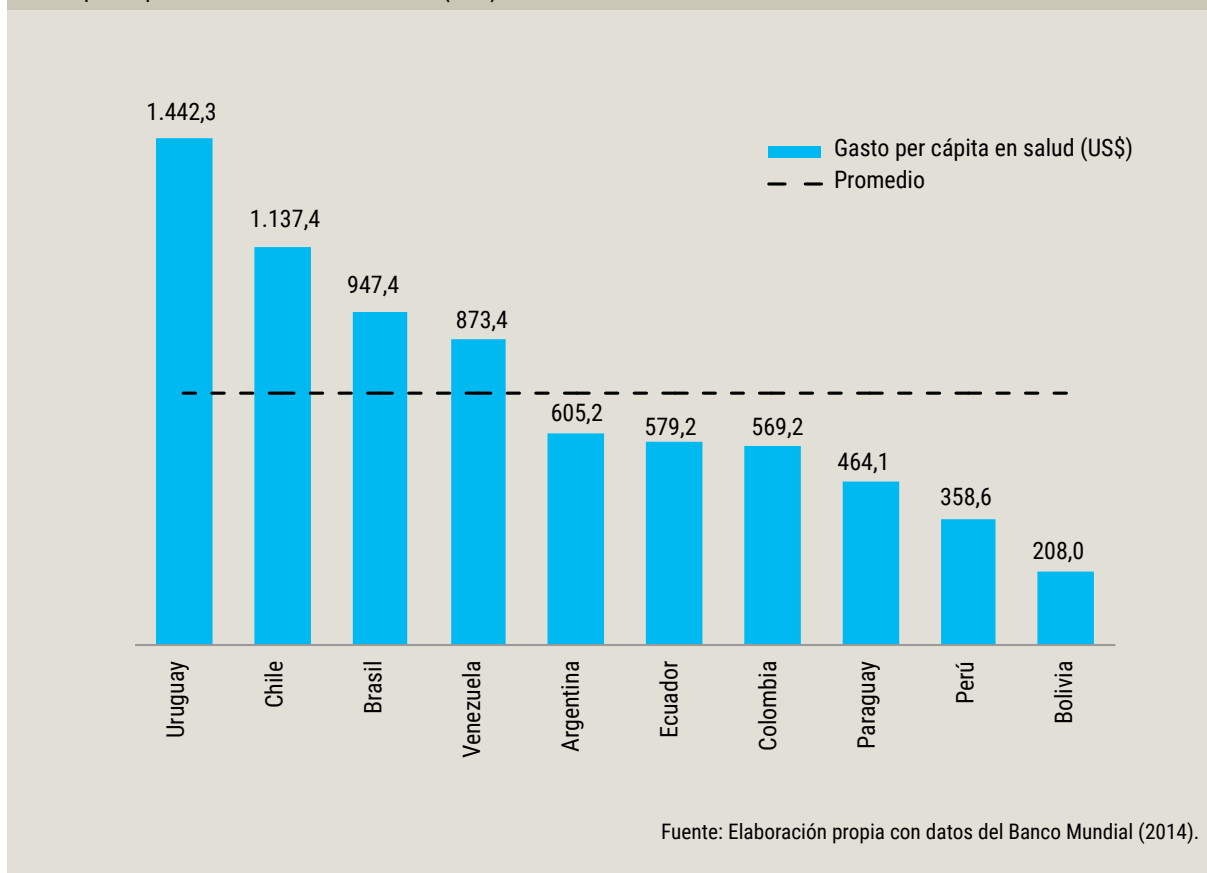


Evolución de los Gastos per cápita en Salud

A pesar que el Paraguay es uno de los países con mayor gasto en salud con relación al PIB, esto no se ve reflejado a la hora de analizar el gasto por persona, donde los datos indican que es uno de los menores de la región. En el 2014 este indicador ascendía a US\$ 461 por persona, cifra muy inferior comparada con países como Uruguay, Chile y Brasil en donde el gasto es 2 a 3 veces mayor que el Paraguay.

El promedio de gasto por persona en América Latina es alrededor de US\$ 718, un poco menor al doble de lo registrado en Paraguay.

Gráfico 3.
Gasto per cápita en Salud. América Latina (US\$)



Características Sanitarias de la Población Paraguaya.

La población estimada en el 2014 según la Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos del Paraguay (DGEEC) era de 6.818.180 personas de los cuales el 50,7%, mujeres y el 49,3% hombres. El 60% de la población total vive en la zona urbana y el 40% en zona rural.

En la última década se evidencia un progresivo mejoramiento en algunos indicadores de la salud. La razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos pasó de 164 en el año 2000 a 63,9 en el 2014.

La tasa registrada de mortalidad infantil en niños/as menores de 5 años disminuyó de 25,6 a 16,8 por cada 1.000 nacidos vivos registrados entre los años 2000 y 2014. En tanto el porcentaje de parto asistido en los servicios de salud ha ido aumentando pasando de 84,5 a 96,2 entre el periodo 2000 y 2014 (Benítez, 2016).

Las primeras causas de morbilidad están relacionadas al ambiente y a las condiciones de vida de la población. Las principales son: infección respiratoria aguda (IRA), parasitosis intestinal, enfermedad diarreica aguda (EDA), hipertensión arterial (HTA) y anemia (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2015).

La tenencia de seguro médico es un poco difusa en Paraguay. Apenas el 20,1% cuenta con seguro del IPS, el 7,3% cuenta con seguro privado, 1,7% otros y el 70,8% no cuenta con ningún tipo de seguro, es decir dependen absolutamente de los servicios de salud proveídos por el MSPYBS.

Comparativamente, en todos los casos, las empresas de seguros privados tienen menor cobertura de servicios para sus asegurados que el IPS. A la vez, comparten un menor margen de riesgos ya que no cubren eventos como enfermedades preexistentes, malformaciones congénitas, accidentes, enfermedades oncológicas, diálisis, trasplantes y algunas prestaciones de alto costo (Giménez, 2012).

Cuadro 1.

Evolución en la Tenencia de Seguro Médico (%).

Tipos de seguros	2000/01	2005	2010	2014
IPS	10,9	12,3	16,4	20,3
Seguro privado	6,5	7,8	5,5	7,3
Otros	1,5	1,4	1,4	1,7
No tiene	81,0	78,4	76,6	70,8

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH. 2014.

Analizando por quintiles, la cobertura del IPS en los dos quintiles más pobres alcanza tasas de 4,6% y 12,8%. En tanto el quintil más rico cuenta con una tasa de 31,8%, lo cual indica un mayor acceso de personas con mayor poder adquisitivo. La brecha entre el quintil más rico y el quintil más pobre es de 27,2 puntos porcentuales.

Como era de esperarse el seguro privado es utilizado por la mayoría de personas que componen el quintil más rico (24,3%). En cambio, la mayor parte de las personas que no cuentan con ningún tipo de seguro se encuentran en los dos primeros quintiles.

Cuadro 2.

Tenencia de Seguro Médico por Quintiles de Ingreso (%).

Tipos de seguro	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Brecha
IPS	4,6	12,8	22,2	30,1	31,8	27,2
Seguro privado	0,1	1,7	2,7	7,9	24,3	24,2
Otros	0,5	0,7	1,5	2,1	3,3	2,8
Ningún seguro	94,8	84,7	73,5	59,9	40,6	-54,2

Nota: Los quintiles 1 y 2 corresponden a los estratos más pobres, y el quintil 5 al estrato con mayores ingresos.

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH (2014).

El acceso a los servicios de salud se puede apreciar mediante la evolución de las consultas hechas por las personas enfermas o accidentadas. En ese sentido en el 2000/01 la tasa era igual a 48,6%, mientras que en el 2014 la tasa se eleva a 80,3%. Entre un periodo y otro existe un crecimiento de 32 puntos porcentuales.

Por área de residencia, se observa un mayor dinamismo en la zona rural donde hubo un incremento de 40 puntos porcentuales en el periodo analizado. Sin embargo, en la zona urbana el crecimiento se produce en menor medida, pero de igual forma el nivel de acceso a consultas es elevada.

En el 2005, la brecha de cobertura entre el sector urbano y rural era de 19,7%. En el 2014 esta brecha se redujo a 6,2%, lo cual indica que la asistencia pública a la salud está llegando con mayor fuerza a las zonas más desprotegidas.

Cuadro 3.

Personas con Acceso a Consultas (%).

Por área	2000/01	2005	2010	2014
Total	48,6	59,3	71,9	80,3
Urbana	60,1	67,7	76,1	83,1
Rural	36,9	48,0	66,0	76,9

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH (2000/01-2014).

Desde el año 2000, se ha iniciado un proceso de implementación de gratuidad progresiva para la salud. En primer lugar en menores de 5 años y embarazadas. En el 2006 se extiende a menores de 10 años y para el año 2007 se amplía la atención gratuita a embarazadas y recién nacidos. Esta atención incluye la provisión de insumos y medicamentos. Posteriormente se extiende la gratuidad hasta la adolescencia y población vulnerable incluyendo la entrega de medicamentos básicos esenciales y vacunas.

En el 2008, la gratuidad se convierte en universal en virtud de las Resoluciones S.G N° 140/08 y Resolución S.G. N° 363/08, incluyendo gratuidad de internaciones hospitalarias, cirugías de urgencias y programadas en todos los hospitales del Ministerio de Salud y exoneración de pago de aranceles de estudios auxiliares de diagnóstico, así como entrega de medicamentos esenciales según enfermedades prevalentes.

En el 2009 se implementó la Resolución S.G. N° 1074/09 que ratifica la gratuidad para todas las prestaciones médicas, odontológicas, medicamentos, insumos, biológicos y servicios de ambulancia (Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2015).

Esta secuencia de políticas se puede analizar mediante la población que declaró tener acceso a consultas y por consiguiente recibieron medicamentos de forma gratuita.

En ese sentido, este indicador señala que entre el 2000/01 y 2014 las tasas pasaron de 28,5% a 48,7%, con lo cual se observa un crecimiento de 20,2 puntos porcentuales.

Igual al indicador anterior, el crecimiento es mayor en la zona rural. En el 2000/01 la brecha entre el sector urbano y rural para el acceso a medicamentos era de 10,7%. En cambio, para el 2014 el panorama ha cambiado totalmente, y el sector rural no solo igualó la brecha con el sector urbano; sino que lo sobrepasa en 1,3%.

Cuadro 4.

Personas que consultaron y recibieron medicamentos de forma gratuita (%).

Por Área	2000/01	2005	2010	2014
Total	28,5	ND	49,3	48,7
Urbana	32,6	ND	52,0	48,1
Rural	21,9	ND	44,8	49,4

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH (2000/1-2014).

En los últimos años el acceso a medicamentos gratuitos creció mucho más rápido en el quintil más pobre, evidenciando un aumento de 27,2 puntos porcentuales. En el año 2000/01, la brecha entre el quintil más pobre y el quintil más rico era de solo 0,7% a favor del segundo. En el 2014 esta brecha es igual 17% a favor del quintil más pobre.

Cuadro 5.

Acceso a medicamentos gratuitos por quintiles de ingreso (%).

	2000/01	2005	2010	2014
Quintil 1	25,1	ND	49,4	52,3
Quintil 2	26,5	ND	54,2	52,5
Quintil 3	30,4	ND	55,5	51,6
Quintil 4	33,6	ND	45,5	49,5
Quintil 5	25,8	ND	39,8	35,8

Nota: Los quintiles 1 y 2 corresponden a los estratos más pobres, y el quintil 5 el estrato con mayores ingresos.

Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH (2000/1-2014).

En el periodo de aplicación de estas políticas sucedieron dos gobiernos distintos Nicanor Duarte Frutos y Fernando Lugo. Durante el primero se observa un aumento de la inversión social en salud, mientras que en el segundo se declaró la gratuidad de las consultas y se fortaleció la atención primaria con la implementación de las unidades de salud familiar. Ambas estrategias pudieron haber reducido algunas de las razones de exclusión, como las económicas y geográficas en el área rural y entre las poblaciones de menores ingresos (Serafini, 2016).

Gasto de Bolsillo en Salud

Como se ha visto anteriormente el gasto destinado a la salud es mayoritariamente privado, es decir los hogares son los principales agentes que financian los cuidados de salud. A esta práctica se lo conoce comúnmente como gasto de bolsillo.

El gasto de bolsillo en salud comprende todo tipo de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Normalmente se trata de honorarios de médicos, compras de medicamentos y facturas de hospital. Los gastos en medicina alternativa y tradicional se incluyen en el cálculo de los gastos de bolsillo, pero no así los gastos de transporte efectuados para recibir asistencia, ni los concernientes a alimentación (Xu, 2005).

El principal riesgo que presenta este tipo de gasto no planificado es que ante una eventual enfermedad, el acceso a los servicios de salud depende de la capacidad económica de las familias, lo cual aumenta la posibilidad de empujar a un hogar a la pobreza, originando mayor vulnerabilidad y en el peor de los casos sumergirlos en la pobreza extrema.

Según Giménez (2012), para las personas pobres el gasto en salud puede representar la totalidad de su ingreso diario y en muchas ocasiones significa elegir entre servicios de salud y comer.

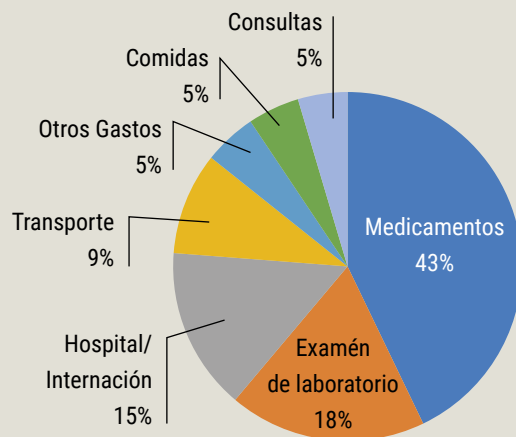
Por consiguiente, es de suma importancia conocer la estructura de financiamiento del gasto en salud, en especial aquella parte del gasto pagado por los propios hogares, de modo a entender algunos factores relacionados al problema de acceso a la salud.

Para ello se analiza la Encuesta Permanente de Hogares 2014, mediante la cual se puede saber cuánto y en qué gastan las personas que utilizan los servicios de salud según el tipo de gasto. Para este análisis se incluyen, de igual forma, los gastos destinados a transporte y alimentación, pues si bien no son gastos propios de la salud afectan indirectamente a los hogares ante un eventual caso de enfermedad.

La composición del gasto bolsillo en salud se concentra principalmente en el rubro medicamentos (43%), seguido por los gastos destinados a exámenes laboratoriales y radiografías (18%), los gastos en hospitalización e internación (15%), gastos en transportes (9%) y con (5%) cada uno los gastos destinados a comidas, consultas y otros.

Gráfico 4.

Composición de los Gastos de Bolsillo en salud (%).



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (2014).

En términos generales las personas que declararon tener alguna enfermedad o accidente durante los últimos 90 días tienen un gasto total promedio de Gs. 395.625.

Cabe destacar que dentro de la composición de los gastos destinados a la salud, el más importante fue el pago por hospital e internación con un promedio de Gs. 2.740.968, seguido por exámenes laboratoriales y radiografías con un total de Gs. 375.444. Los pagos por compras de medicamentos fueron de Gs. 82.014, los gastos por consultas ascendieron a Gs. 99.937, para pago de comidas se destinaron en promedio Gs. 88.239 y Gs. 59.909 es el promedio por pago de transporte.

Cuadro 6.

Promedio de Gastos de Bolsillo en Salud por composición (en guaraníes).

Promedio de gastos en salud por composición	
Consultas	99.937
Medicamentos	177.687
Examen de laboratorio, radiografía, etc.	375.444
Hospital/Internación	2.740.968
Transporte	59.909
Comidas	88.239
Otros gastos	1.379.444
Pago Total	395.625

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la EPH (2014).

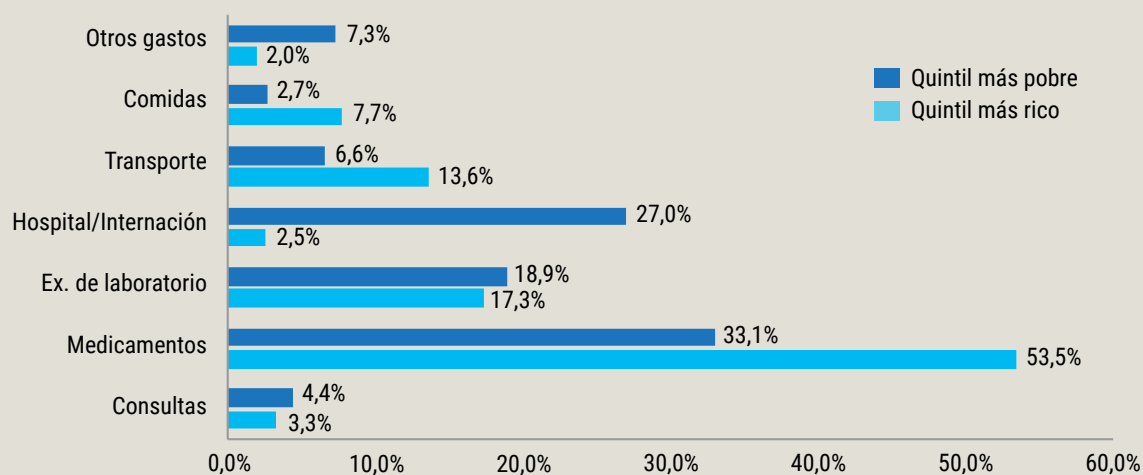
Si se compara la participación de los gastos de bolsillo en salud por quintiles de ingreso y por hogares, se observa que el sector más vulnerable gasta 53,5% de sus ingresos en medicamentos y el sector más rico solo el 33,1%. Cabe destacar que con la gratuidad de las prestaciones de salud declarada en el 2009 el indicador de personas que recibieron medicamentos gratuitamente ha aumentado en gran medida. Sin embargo, la compra de medicamentos sigue siendo uno de los más importantes dentro de los hogares del quintil más pobre.

Otra gran diferencia es la observada en los gastos hospitalarios e internación, donde los datos indican que el quintil más rico gasta 27% y el sector más pobre solo el 2,5%. Sin dudas el acceso a este servicio es mayor en el quintil más rico debido a la mayor capacidad de las personas que se encuentran en este sector. En cambio, el sector más pobre depende fundamentalmente de los servicios que ofrece el Ministerio de Salud.

En lo que refiere a los gastos de transporte el quintil más pobre tiene una participación del 13,6% y el quintil más rico el 6,6%. En los hogares con menores ingresos esta variable es muy importante, especialmente en las zonas rurales, ya que en muchos casos la distancia y las malas condiciones de las rutas hacen mucho más difícil el acceso a los centros asistenciales, obligándolos a incurrir en mayores gastos de los que deberían incurrir en condiciones normales.

Gráfico 5.

Gastos de Bolsillo en Salud de los Hogares por quintiles de ingreso, según concepto de gastos (%).



Fuente: Elaboración propia con datos de la EPH (2014).

Al comparar el promedio de gastos de bolsillo en salud con el promedio de ingresos trimestrales, se observa que el indicador gasto de bolsillo/Ingreso afecta principalmente a los dos quintiles con menores ingresos. En ese sentido el quintil más pobre y el segundo quintil más pobre gastan en promedio un total de Gs. 345.173 y Gs. 469.729 respectivamente, lo cual representan el 10,4% y el 7,6% de sus ingresos trimestrales. En contrapartida, el quintil más rico gasta en promedio Gs. 1.181.317, es decir 3 veces más que el quintil más pobre, pero esta cifra representa solo el 3,7% de sus ingresos trimestrales.

Aunque los hogares de los quintiles más ricos desembolsan mayores montos por gasto de bolsillo en salud, son los hogares de los quintiles más pobres los que enfrentan mayor carga.

Cuadro 7.

Gasto de Bolsillo en Salud/Ingresos por quintiles de ingreso (en guaraníes).

Indicadores	1	2	3	4	5	Total
Promedio de gastos en salud (trimestral)	345.173	469.729	420.537	603.184	1.181.317	601.173
Ingresos (trimestral)	3.324.000	6.210.000	9.474.000	13.215.000	32.340.000	14.679.000
Gasto de bolsillo/Ingreso (%)	10,4	7,6	4,4	4,6	3,7	4,1

Obs.: la suma del total no coincide con la suma de cada componente, porque algunas personas no pueden desagregar el gasto por cada concepto, solo saben cuánto fue el gasto total.

Al cruzar por quintiles de ingreso se excluyen a los empleados domésticos sin retiro.

Fuente: Serafini, V. (2016), a partir de la EPH-2014.

Como se observó en el cuadro anterior los gastos de bolsillo afectan mayormente a los hogares con menor capacidad de pago, por lo tanto se encuentran expuestos a sufrir gastos significativos y hasta a veces dramáticos para sus ingresos. Según Peticara (2008), se consideran catastróficos los gastos de bolsillo en salud cuando superan una cierta cota de la capacidad de pago del hogar.

En ese sentido y de acuerdo a datos del Banco Mundial el porcentaje de personas en situación de riesgo, es decir de presentar un gasto catastrófico ante una eventual atención quirúrgica es de 63,2%.

De igual forma, el riesgo de empobrecimiento por gastos de atención quirúrgica es del 59,4%. En ambos casos el porcentaje es muy elevado, lo cual indica altos niveles de desprotección y la facilidad con la cual una persona puede endeudarse ante eventos hospitalarios en Paraguay.

Cuadro 8.

Personas con Riesgo a Sufrir Gastos Catastróficos y Empobrecimiento ante un evento de atención quirúrgica (%).

Indicadores	2014
Riesgo de gasto catastrófico para la atención quirúrgica (% de las personas en situación de riesgo)	63,2
Riesgo de empobrecimiento de los gastos de atención quirúrgica (% de las personas en situación de riesgo)	59,4

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Banco Mundial (2014).

Los riesgos financieros relacionados con una enfermedad son muy elevados. Es decir si una familia afectada se ve obligada a asumir directamente el costo de los servicios de salud, su capacidad para cubrir otras necesidades básicas como alimentación, educación y vivienda, pueden verse afectadas.

Incluso, los hogares más pobres pueden llegar a perder el patrimonio de toda su vida. En cambio los más ricos pueden llegar a vender parte de sus bienes o en todo caso hacen uso de sus ahorros.

Estas situaciones que se presentan en casos de enfermedad se podrían resolver con intervenciones a las que resulta fácil acceder cuando se cuenta con algún tipo de seguro médico, especialmente cuando se financia con recursos públicos.

Conclusión

Las principales evidencias encontradas en este trabajo son las siguientes:

- Entre los años 2005 y 2014, el gasto total en salud ha pasado de US\$ 531 millones a US\$ 3041 millones, es decir tuvo un crecimiento de aproximadamente 6 veces más.
- En el mismo periodo, la participación del gasto público aumentó de 38,8% a 45,9% y el gasto privado se redujo de 61,2% a 54,1%. Sin embargo, el gasto privado sigue siendo el principal componente del gasto en salud.
- Durante el periodo analizado, el gasto en salud con relación al PIB ha pasado de 6,1% a 9,8%, con el mayor impulso en el 2009, con un crecimiento de 2 puntos porcentuales.
- A pesar que el Paraguay es uno de los países con mayor gasto en salud con relación al PIB, el gasto en salud por persona es uno de los menores de la región con apenas US\$ 461, cifra muy inferior comparada con países como Uruguay, Chile y Brasil en donde el gasto es 2 a 3 veces mayor. En América Latina el promedio de gasto por persona asciende a US\$ 718.
- El gasto de bolsillo por persona se compone de la siguiente manera:
 - 43% en medicamentos.
 - 18% en exámenes laboratoriales y radiografías.
 - 15% en hospitalización e internación.
 - 9% en transportes.
 - 5% en comidas
 - 5% consultas.
 - 5% en otros.
- Comparando el promedio de gastos en salud con el promedio de ingresos trimestrales por quintiles, los hogares del primer y segundo quintil (los más pobres) son los que enfrentan mayor carga en relación a sus ingresos con tasas de 10,4% y 7,6%.
- El porcentaje de personas en situación de riesgo de presentar gasto catastrófico ante una eventual atención quirúrgica es de 63,2%.
- El porcentaje de personas con riesgo de empobrecimiento por gastos de atención quirúrgica es del 59,4%.

Sin lugar a dudas en la última década se produjo un aumento en el gasto total en salud, tanto público como privado. Es importante señalar que el gasto público ha reducido la brecha en relación al gasto privado. Sin embargo, se requiere brindar una mayor inversión social en salud pública debido a que afecta en gran medida a la población con menores ingresos.

Una mayor participación del gasto privado puede ser una señal de fallas que tiene el sistema público de salud, debido a que una parte importante de los usuarios que usan los servicios privados señalan como causa los problemas de acceso, la atención poco oportuna y la menor calidad en la red de servicios públicos.

Por lo tanto, en Paraguay se requiere de un sistema de salud más justo desde el punto de vista de su financiamiento. Los costos de la atención médica y las acciones de la salud pública se deben distribuir de acuerdo con la capacidad de pago de las familias, es decir el que más tiene paga más y el que nada tiene pueda acceder de forma gratuita.

Bibliografía

Banco Mundial. Base de datos: Nutrición y Salud, Estadísticas Población.

<http://databank.worldbank.org/data/reports.aspx?source=311#advancedDownloadOptions>

Benítez, G. (2016). “Gasto Social en Salud”. Asunción, Paraguay: CADEP.

<http://www.cadep.org.py/2017/01/cartilla-fiscal-n18/>

Briceño, R. (2008). “Gasto Privado en Salud en Centroamérica”. Informe Estado de la Región. Nicaragua.

http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/centroamerica/003/Ponencia_Briceno_gasto_salud.pdf

Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). Encuesta Permanente de Hogares (EPH). Bases de datos 2001, 2005, 2010 y 2014.

<http://www.dgeec.gov.py/microdatos/index.php>

Giménez, E. (2012). “Introducción al Sector Salud del Paraguay. Una aproximación conceptual y metodológica para el análisis sectorial”. Asunción, Paraguay: Instituto de Desarrollo.

<http://www.desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-10-08-657753886.pdf>

Perticara, M. (2008). *Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos*. (141). Santiago, Chile: CEPAL y PNUD.

<http://www.cepal.org/es/publicaciones/6146-incidencia-gastos-bolsillo-salud-siete-paises-latinoamericanos>

Serafini, V. (2016). “Paraguay. Inversión en Protección Social no Contributiva. Avances y desafíos una década después”. Asunción, Paraguay: CADEP, PARAGUAY DEBATE, UNIÓN EUROPEA.

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). “Política de Medicamentos”. Asunción, Paraguay: OMS y OPS.

<http://www.mspbs.gov.py/dinavisa/wp-content/uploads/2016/01/Politica-de-Medicamentos-2015.pdf>

Xu, K. (2005). “Distribución del Gasto en Salud y Gastos Catastróficos. Metodología”. World Health Organization.

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85626/1/EIP_HSF_DP.05.2_spa.pdf

