

ARTICULO ORIGINAL

Magnitud, composición y efecto económico en los hogares del gasto de bolsillo de las personas ingresadas al hospital respiratorio integrado de Encarnación en un semestre durante la pandemia por COVID-19

Magnitude, composition, and economic effect on households of the out-of-pocket expenditure of people admitted to the Encarnacion integrated respiratory hospital in one semester during the COVID-19 pandemic

Giménez Caballero, Edgar¹; Martínez, Juan María²; Acosta, José Carlos²

¹Universidad Nacional de Itapúa, Investigación para el Desarrollo. Encarnación, Paraguay.

²Instituto de Previsión Social, Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación. Encarnación, Paraguay.

Como referenciar éste artículo | How to reference this article:

Giménez E, Martínez JM, Acosta JC. Magnitud, composición y efecto económico en los hogares del gasto de bolsillo de las personas ingresadas al Hospital respiratorio integrado de Encarnación en un semestre durante la pandemia por COVID-19. *An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción)*, 2021; 54(3): 51-60

RESUMEN

Introducción: Ante el COVID-19 se reorganizaron hospitales en el sistema de salud de Paraguay donde el financiamiento predominante es el gasto de bolsillo. **Objetivos:** analizar el gasto de bolsillo en el hospital respiratorio integrado de Encarnación. **Materiales y métodos:** Estudio cuantitativo, observacional, descriptivo entre agosto 2020 y febrero 2021. Incluyó una muestra no aleatoria de 95 casos. Se aplicó una encuesta telefónica a un informante clave. Las variables dependientes fueron: gasto de bolsillo, razón gasto/ingreso y razón gasto/días de internación. Las independientes fueron: sexo, adulto mayor, ingreso a UTI, seguro médico y diagnóstico de COVID-19. El gasto excesivo se definió como mayor a 0,1 del ingreso y el catastrófico como mayor a 0,25 del ingreso. La asociación significativa se determinó mediante pruebas de Chi2 y Mann-Whitney ($p < 0,05$). **Resultados:** El 97,8% tuvo gasto de bolsillo principalmente por medicamentos y descartables. El gasto total promedio fue 1,98 millones Gs, el gasto diario promedio 215,4 mil Gs y la razón gasto/ingreso 1,13. En cuidados intensivos el gasto total promedio fue 7,18 millones Gs (el máximo fue 18,41 millones Gs), el gasto diario promedio 666,8 mil Gs (el máximo fue 2,85 millones Gs diarios) y la razón gasto/ingreso 3,83. El gasto fue excesivo en el 87% de los casos y catastrófico en el 52% de los casos. El gasto se asoció significativamente con la edad mayor a 60 años, el haber ingresado a UTI y el diagnóstico de COVID-19, no así con el sexo ni con la tenencia de seguro. **Conclusión:** Los mecanismos de protección financiera fueron insuficientes para evitar gastos excesivos y catastróficos durante la hospitalización.

Palabras Clave: gasto de bolsillo, gasto catastrófico, protección financiera, cobertura universal de salud, COVID-19.

Autor correspondiente: Dr. Edgar Giménez Caballero. Universidad Nacional de Itapúa, Investigación para el Desarrollo. Encarnación, Paraguay. E-mail: edgica@gmail.com

Fecha de recepción el 22 de Abril del 2021; aceptado el 30 de Julio del 2021.

ABSTRACT

Introduction: Faced with COVID-19, hospitals were reorganized in the Paraguayan health system where the predominant financing is out-of-pocket expenses. **Objectives:** to analyze the out-of-pocket expenditure in the Encarnación integrated respiratory hospital. **Materials and methods:** Quantitative, observational, descriptive study between August 2020 and February 2021. It included a non-random sample of 95 cases. A telephone survey was applied to a key informant. The dependent variables were: out-of-pocket expense, expense / income ratio, and expense / hospital days ratio. The independent ones were: sex, elderly, admission to ICU, medical insurance and diagnosis of COVID-19. Excessive spending was defined as greater than 0.1 of income and catastrophic as greater than 0.25 of income. The significant association was determined by Chi2 and Mann-Whitney tests ($p < 0.05$). **Results:** 97.8% had out-of-pocket expenses mainly for medications and disposables. The average total expense was Gs 1.98 million, the average daily expense was Gs 215.4 thousand and the expense / income ratio was 1.13. In intensive care, the average total expenditure was 7.18 million Gs (the maximum was 18.41 million Gs), the average daily expenditure was 666.8 thousand Gs (the maximum was 2.85 million Gs per day) and the expense / income ratio 3.83. The expense was excessive in 87% of the cases and catastrophic in 52% of the cases. The expense was significantly associated with age over 60 years, having been admitted to the ICU and the diagnosis of COVID-19, not with sex or with insurance. **Conclusion:** The financial protection mechanisms were insufficient to avoid excessive and catastrophic expenses during hospitalization.

Keywords: out-of-pocket spending, catastrophic spending, financial protection, universal health coverage, COVID-19.

INTRODUCCION

El gasto de bolsillo de salud (GBS) incluye todos los gastos que realizan los enfermos o sus familiares al momento de recibir atención y tratamiento médico, siendo, en algunos casos, gastos catastróficos (GCS) (1). La distribución y el impacto de este gasto sobre la población no es aleatoria y se asocia a diferentes factores sociales y económicos (2) los cuales actúan del mismo modo que los determinantes sociales de la salud (3). Alcanzar la cobertura universal de salud (CUS) con protección financiera, evitando GBS excesivos es una de las metas de salud de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (4), de modo tal que todas las personas puedan utilizar servicios de salud integrales, asequibles y de calidad de acuerdo a sus necesidades, sin restricciones ni penurias económicas (5). Cuanto mayor es la participación del GBS en el financiamiento sanitario menor es la equidad y menor la protección financiera del sistema de salud (6). El indicador 3.8.2 de los ODS da seguimiento al GBS excesivo o catastrófico

mediante el cociente entre gastos de salud con ingresos o con gastos totales del hogar mayor 0,10 o a 0,25 (7,8). Estos indicadores se miden utilizando encuestas de población y de hogares. Pero, se ha señalado los límites de estos estudios transversales para valorar la magnitud del gasto ante situaciones específicas y para comprender los mecanismos de adaptación de los hogares (9).

Varios estudios en el mundo señalan la relación entre GBS excesivos y enfermedades que requieren hospitalizaciones, con incidencias de GCS que van entre 15% y 28% (10-12). En América Latina, Peticara encontró asociación de GCS con hospitalizaciones en un estudio que comparó 7 países (13). En Paraguay, Benítez encontró un mayor riesgo de GCS en hospitalizaciones con procedimientos quirúrgicos (14) y Giménez y colaboradores que el promedio de GBS ante hospitalizaciones era superior al promedio del GBS en general,

con notables variaciones según la condición de pobreza (15).

En el escenario pandémico se ha señalado la relación entre del GBS y la equidad de la respuesta ante el Covid-19 (16). Otros estudios proponen que, en este contexto global, en los países con menos desarrollo y con mayor participación del GBS en el financiamiento sanitario puede ocurrir una mayor incidencia de casos (17), mayor mortalidad (18) y menor capacidad de respuesta ante la sobredemanda en el sistema de salud (19).

En Paraguay, ante la pandemia de COVID-19, se implementaron medidas de salud pública de mitigación (20-23), se reorganizó la red asistencial en todas las regiones sanitarias (24) y se aumentó la oferta de servicios de hospitalización y cuidados críticos a nivel nacional (25). En el Departamento de Itapúa, el hospital del Instituto de Previsión Social (IPS) de Encarnación, capital departamental, pasó a funcionar como un hospital integrado respiratorio para el sector público para pacientes con COVID-19, con cobertura departamental (26). Para solventar los gastos en salud y mitigar efectos sociales y económicos, el Estado paraguayo constituyó un fondo de emergencia sanitaria, a partir de diversas fuentes, incluyendo empréstitos (27). Pero, aunque el COVID-19 ha acaparado la agenda pública en todos los ámbitos, persistieron los habituales desafíos para el segmentado sistema nacional de salud paraguayo (28) con un modelo de financiamiento predominantemente privado, sobre todo por GBS (29-31) que puede llegar a ser catastrófico (32,33) y empobrecedor para los hogares con enfermos (34).

Este estudio aborda la cuestión de la protección financiera del sistema de salud paraguayo a través del análisis del GBS en una región sanitaria determinada, en un contexto pandémico y en un nivel de atención de un hospital público con cobertura departamental para pacientes con seguro y sin seguro, cada uno de los cuales tiene mecanismos para evitar barreras financieras de acceso (35,36). Itapúa corresponde a la VII Región Sanitaria del país y

en 2018 contaba con una población de 600.004 habitantes de los cuales 24,2 contaba con seguro médico (37). Se plantea la pregunta: ¿cuál es la magnitud, la composición y el efecto económico en los hogares del gasto de bolsillo de las personas ingresadas al hospital respiratorio integrado de Encarnación en un semestre durante la pandemia por COVID-19?

MATERIALES Y METODOS

Fue un estudio no experimental, cuantitativo, observacional, descriptivo. La población estudiada fue de personas de ambos sexos de todas las edades que ingresaron al "Hospital integrado respiratorio de Encarnación", Hospital Regional del Instituto de Previsión Social (IPS), entre el 1 de agosto de 2020 y el 8 febrero de 2021 para recibir tratamiento médico en diferentes servicios de hospitalización y en la unidad de cuidados intensivos. La información administrativa señaló que durante el periodo de estudio hubo 951 ingresos en estos servicios: 106 de la unidad de cuidados intensivos y 845 en los otros servicios incluidos.

Para el estudio, se estableció una muestra no aleatoria de 100 casos que acepten participar del estudio bajo consentimiento informado y que cumplan con criterios de inclusión. Los criterios de inclusión fueron: hospitalización de al menos dos días en sala de clínica médica o pediatría o cuidados intensivos, ingreso para tratamiento médico no quirúrgico y la identificación de al menos un informante clave (familiar o responsable) que tenga información sobre los gastos durante la hospitalización e ingresos del hogar.

Para recoger la información se identificó a un informante clave para cada caso (familiar o encargado responsable) a quienes se explicó los objetivos de la investigación y se solicitó su consentimiento informado para participar proveyendo datos a un entrevistador por vía telefónica cada 24 o 48 horas sobre las características del hogar y sobre los gastos de hospitalización del paciente. Los datos fueron registrados en fichas por paciente y luego

cargados en una base digital en formato Excel.

Las variables de caracterización de la población de estudio fueron: edad, sexo, tenencia de seguro médico, número de integrantes del hogar, ingreso total del hogar del último mes. Las variables sobre la enfermedad fueron: días de internación en sala, días de internación en unidad de cuidados intensivos (UTI), motivo principal de ingreso (tratamiento médico o quirúrgico) diagnóstico de COVID-19.

Las variables de gastos del bolsillo fueron categorizadas como gastos por medicamentos, insumos descartables, estudios de laboratorio, estudio de imágenes, otros estudios de diagnóstico, procedimientos, traslados en ambulancias, otros gastos.

Las variables dependientes fueron: a) gasto de bolsillo de salud (GBS): sumatoria de todos los gastos directos para recibir tratamiento o diagnóstico durante la hospitalización desde el ingreso hasta el egreso. Se expresó en moneda local, guaraníes corrientes y su equivalente a salarios mínimos. b) razón gasto/ingresos: razón entre el GBS y la sumatoria de todos los ingresos monetarios mensuales del hogar de último mes. Adicionalmente se calculó la razón del gasto con un salario mínimo oficial. c) gasto excesivo de salud: correspondió a la proporción de casos cuyo GBS superó el 10% de los ingresos (razón ingreso/gastos mayor a 0,10). Entre estos se calculó el gasto catastrófico de salud (GCS), como la proporción de casos cuyo GBS superó el 25% del ingreso del hogar (razón gasto/ingreso mayor a 0,25). Se expresó como porcentaje. d) GBS por día de internación: razón entre la sumatoria del GBS y los días de internación de cada uno los casos. Las variables independientes fueron: sexo, edad de 60 o más años, tenencia de seguro, internación en UTI y diagnóstico de COVID-19 por PCR. Se aplicaron pruebas de significancia estadística mediante la prueba de CHI2 y de Mann-Whitney. Para procesar los datos se utilizó Stata 16.1.

RESULTADOS

De los 100 casos de la muestra, fueron excluidos 5 casos por presentar datos incompletos. Para el estudio fueron incluidos 95 casos que cumplieron con los criterios de inclusión y cuyos datos estaban completos. Entre los 95 casos incluidos, el 65,26% era de sexo femenino y 34,74% de sexo masculino. La edad promedio fue de 42,3 años (DE 29,1): 25,3% tenía de 0 a 9 años; 3,1% de 10 a 19 años; 36,8% 60 o más años. El 68,42% no tenía cobertura de seguro médico, 30,53% contaba con seguro del IPS y 1,05% de un seguro médico privado. El ingreso monetario de los hogares en el último mes fue en promedio 2,21 millones de Gs. (DE 1,43).

El 22,11% (21 casos) estuvo en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) mientras que los demás 77,89% fueron hospitalizados en diferentes salas del hospital sin ingresar a UTI. El 47,37% (45 casos) tuvo confirmación de SARS-CoV-2 por PCR. El 95,24% de los que ingresaron a UTI tuvieron una confirmación de SARS-CoV-2 por PCR. En promedio la hospitalización fue de 8,89 días (DE 7,05): 6,85 días (DE 4,97) para los pacientes que no ingresaron a UTI y 16,10 días (DE 8,56) para los que sí ingresaron a UTI durante la hospitalización. Los que tuvieron confirmación por PCR de SARS-CoV-2 estuvieron hospitalizados en promedio 11,62 días (DE 7,90) mientras que aquellos que no tuvieron este diagnóstico tuvieron 6,44 días de hospitalización en promedio (DE 5,12 días).

Solo 2,11% (2 casos) declaró no haber tenido GBS durante la hospitalización. En cambio, el 97,89% de los casos sí tuvo GBS durante la hospitalización, sobre todo para la compra de medicamentos e insumos descartables (Gráfico1).

El GBS promedio fue 1,98 millones de Gs. (DE 3,38): el mayor gasto registrado fue de 18,40 millones de Gs. Este gasto fue equivalente a 0,90 salarios mínimos (DE 1,54 y máximo 8,40). En el 76,84% de los casos el GBS fue menor a un salario mínimo, pero, hubo un 4,20% de casos con GBS superior a cinco salarios mínimos (Gráfico 2).

En promedio, el GBS fue superior a los ingresos con una razón de gasto/ingreso de 1,13. El gasto diario promedio fue 215,4 mil Gs. (DE 392,4): el mayor gasto diario fue de 2,85 millones Gs.

El promedio del GBS, la razón gasto/ingreso y el gasto diario promedio se asociaron significativamente con la edad de 60 años o más, con el ingreso a UTI y con la confirmación de SARS-CoV-2 por PCR. Ni el sexo de los pacientes, ni la tenencia de seguro médico tuvo una asociación estadísticamente significativa con estos indicadores (Tabla 1).

El GBS durante la hospitalización fue excesivo para el 87% de los hogares (razón gasto/ingreso mayor a 0,10) y catastrófico (GCS) para

el 51,8% de los hogares (razón gasto/ingreso mayor a 0,25). El GBS excesivo y GCS se asociaron significativamente con la edad de 60 o más años, el haber estado hospitalizado en UTI y con el diagnóstico positivo para SARS-CoV-2 por PCR. Ni el sexo de los pacientes ni la condición de contar con un seguro se asoció significativamente con el gasto de bolsillo excesivo (Tabla 2).

Para cubrir el gasto de bolsillo el mecanismo mayoritariamente utilizado fue el uso de ahorros, seguido de préstamos familiares. Algunos hogares realizaron venta de sus bienes, recurrieron a préstamos formales o empeños (Gráfico 3).

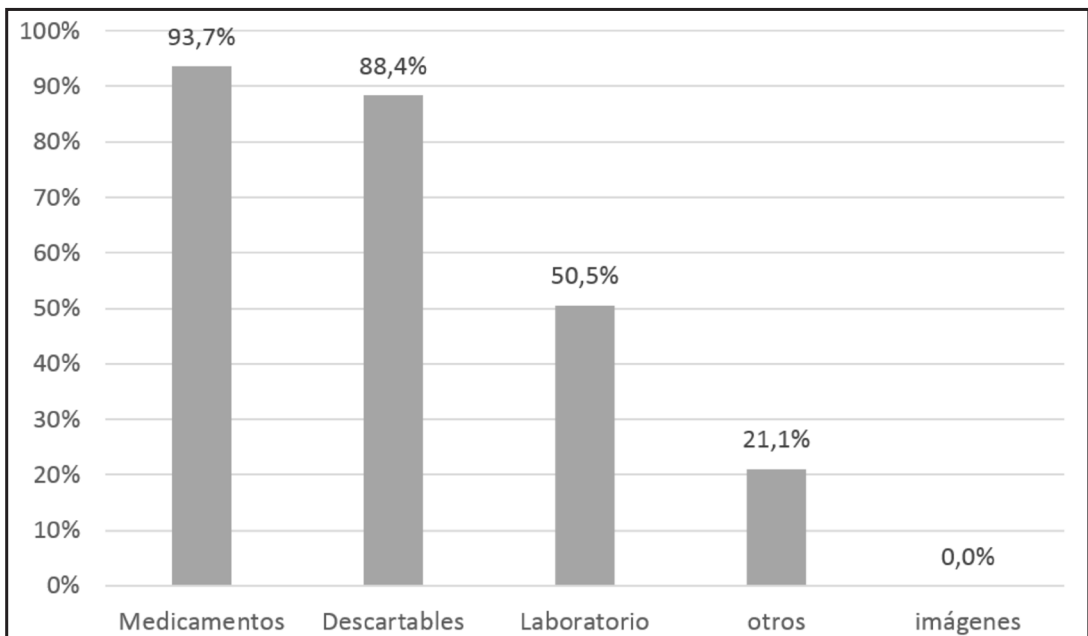


Gráfico 1. Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21. Proporción de casos con gasto de bolsillo por tipo de gasto. (n=95).

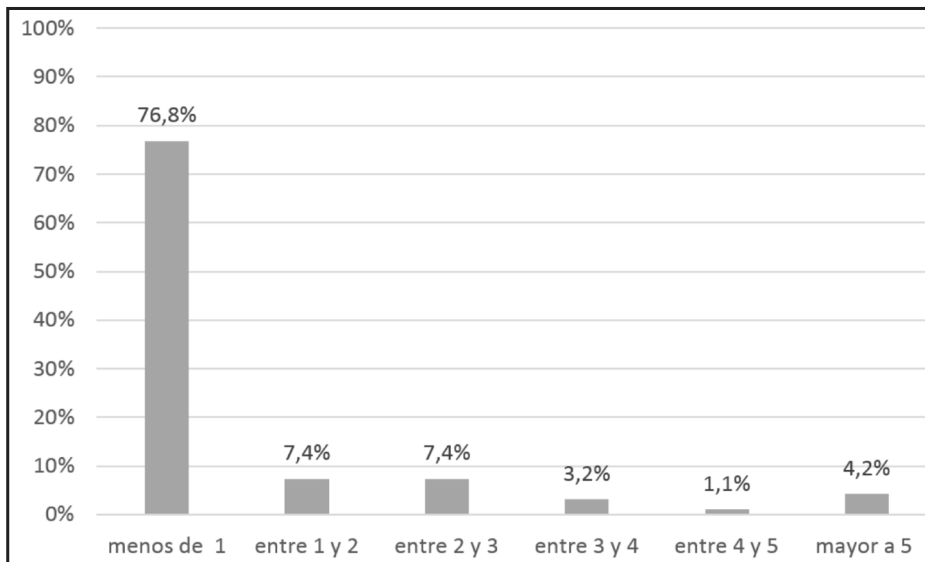


Gráfico 2. Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21. Proporción de casos con gasto de bolsillo como equivalente a salarios mínimos. (n=95).

Tipo de Parto	Gasto de bolsillo en Gs.		Gasto de bolsillo / ingreso		Gasto de bolsillo/ Salario mínimo		Gasto de bolsillo/ días de internación	
	Media	DE	Media	DE	Media	DE	Media	DE
Total (n=95)	1.983.728	3.375.505	1,13	1,96	0,90	1,54	215.361,3	392.429,6
Masculino (n=33)	1.333.939	1.813.045	0,73	1,23	0,61	0,83	161.706,9	312.716,7
Femenino (n=62)	2.329.583	3.934.925	1,34	2,23	1,06	1,8	243.919,3	428.516,1
Mann-Whitney	0,8902		0,5172		0,8902		0,3592	
60 y más años (n=34)	2.984.026	4.273.270	1,676	2,575	1,36	1,95	337.416,1	559.592,1
Menos de 60 años (n=61)	1.426.185	2.631.379	0,829	1,446	0,65	1,20	147.330,8	236.415,4
Mann-Whitney	0,0001		0,0009		0,0001		0,0000	
Sin Seguro (n=65)	2.059.978	3.662.465	1,27	2,13	0,94	1,67	236.668,4	456.544,4
Con Seguro (n=30)	1.818.520	2.699.739	0,84	1,50	0,83	1,23	169.195,9	189.641,1
Mann-Whitney	0,0531		0,6571		0,0531		0,6890	
UTI (n=21)	7.177.960	4.073.897	3,83	2,73	3,27	1,86	666.826,4	659.074,2
No UTI (n=74)	509.689	401.009	0,37	0,44	0,23	0,18	87.242,8	63.420,35
Mann-Whitney	0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	
PCR (+) SARS-CoV-2 (n=45)	3.637.670	4.317.499	1,97	2,55	1,66	1,97	357.665,6	532.090
PCR (-) SARS-CoV-2 (n=50)	495.180	588.264,6	0,373	0,505	0,23	0,27	872.87,43	76.585,8
Mann-Whitney	0,0000		0,0000		0,0000		0,0000	

Fuente: elaboración propia. Observaciones: (a) incluye gastos directos para la atención como medicamentos, descartables, estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imágenes y otros) (b) se considera el ingreso del hogar, de todas las fuentes en el último mes.

Tabla 1. Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21. Descripción del gasto de bolsillo y de la razón del gasto/ingresos del hogar. (n=95).

Tipo de Parto	Gasto de bolsillo /ingreso			
	% Mayor a 0,1	Prueba de Chi2 p=	% Mayor a 0,25	Prueba de Chi2 p=
Total (n=95)	87,37		51,58	
Masculino (n=33)	90,91	0,449	48,48	0,660
Femenino (n=62)	85,48		53,23	
60 y más años (n=34)	100	0,006	73,53	0,001
Menos de 60 años (n=61)	80,33		39,34	
Sin Seguro (n=65)	84,62	0,234	53,85	0,515
Con Seguro (n=30)	93,33		46,67	
UTI(n=21)	100	0,048	100	0,000
No UTI(n=74)	83,78		37,84	
PCR (+) (n=45)	97,78	0,004	71,11	0,000
PCR (-) (n=50)	78,00		34,00	

Fuente: elaboración propia. Observaciones: (a) incluye gastos directos para la atención como medicamentos, descartables, estudios auxiliares de diagnóstico (laboratorio, imágenes y otros) (b) se considera el ingreso del hogar, de todas las fuentes en el último mes.

Tabla 2. Personas ingresadas en Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación 2020/21. Distribución de gastos catastróficos y factores asociados. (n=95)

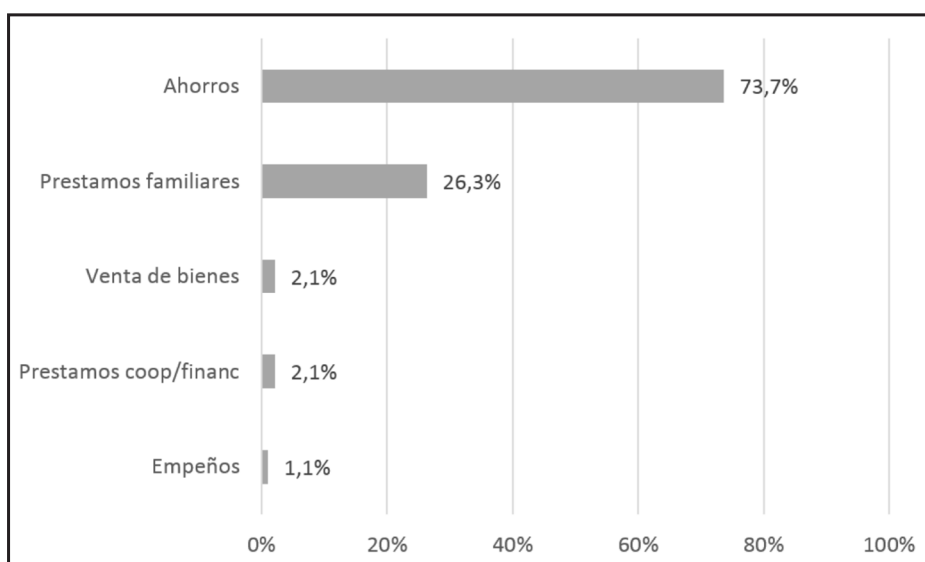


Gráfico 3. Proporción de casos según el mecanismo utilizado para cubrir el gasto de bolsillo. (n=95).

DISCUSION

Los resultados de este estudio señalan el predominio de GBS excesivos y catastróficos durante la hospitalización en este hospital de referencia regional, durante el periodo de estudio y en un contexto de reorganización del sistema de salud para hacer frente a la pandemia de COVID-19(20,21,22,23). La mayor magnitud del GBS se asoció a personas adultas mayores,

a el diagnóstico de COVID-19 y a el ingreso a la unidad de terapia intensiva (UTI). Puesto que el hospital fue destinado al tratamiento de personas que padecen de enfermedades respiratorias, sobre todo por COVID-19, que la edad es un factor asociado a la gravedad de esta enfermedad y que la mayoría de los casos ingresados con este diagnóstico pasaron por la UTI, estas características pueden interpretarse como un conjunto de factores interrelacionados.

El hecho que la magnitud del GBS haya sido mayor cuanto mayor fue la complejidad de la atención (UTI), independientemente de la tenencia de seguro, puede interpretarse como la ausencia de un mecanismo efectivo de protección financiera ante esta situación. En efecto, para el caso de las personas no aseguradas existen disposiciones sobre gratuidad de aranceles (34), pero arancel cero sin la provisión de medicamentos y otros insumos necesarios para la atención no fue suficiente. Por otra parte, los asegurados en el IPS tenían prestaciones y medicamentos cubiertos (35) pero al no estar disponibles en ese momento generaron GBS y por consiguiente esta cobertura tampoco fue suficiente para protegerlos contra gastos excesivos.

El GBS promedio de este estudio fue 1,9 millones de Gs. corrientes, lo cual puede compararse con los 2,7 millones de Gs. corrientes en 2014 publicado por Benítez (14) y similar a los 605 USD corrientes publicado por Giménez y col. para el mismo año (15). Pero estos estudios se realizaron a partir de la EPH y no corresponden a estudios de casos. Sin embargo, aún con una fuente de información, aquellos estudios nacionales pueden ser utilizados para orientar la interpretación sobre el GBS durante la hospitalización en estudios de casos como este. Al respecto se mencionan dos aspectos sobre aquellos estudios: a) el GBS por hospitalización fue el 19% del GBS total de ese año (15); b) el gasto se distribuyó asimétricamente según los ingresos al punto que el quintil más rico gastó 27% y el sector más pobre solo el 2,5% del total de GBS en hospitalizaciones (14). Con esos datos, los hallazgos del GBS durante la hospitalización en este estudio deben considerarse como parte de otros gastos que enfrenta la población en un sistema con insuficiente protección financiera y, por otra parte, que este gasto solamente refleja lo que ocurre con aquellos que lograron acceder al sistema de salud.

En este estudio, el GBS promedio durante la hospitalización excedió al ingreso promedio mensual (razón GBS/ingreso 1,13, o, dicho de otro modo, el GBS fue 113% del ingreso

del último mes del hogar). Este resultado fue superior al impacto posible del GBS de hospitalización sobre la capacidad de pago de 64% publicado por Giménez y col. para el 2014 a partir de la encuesta de hogares (33). Además de las diferencias metodológicas ya señaladas, hay que considerar que en el momento de recolección de datos para este trabajo la pandemia estaba causando un impacto económico con pérdidas de empleo y descenso del ingreso. En este estudio el promedio de ingreso estuvo por debajo del salario mínimo para los años 2020 y 2021. Por este motivo, resultó conveniente agregar una valoración indirecta sobre los ingresos calculando el impacto potencial del GBS sobre un salario mínimo, lo que resultó ser de 90% en promedio. Es posible que los promedios hallados en este estudio varíen en distintos periodos de tiempo, pues están relacionados sobre todo con la disponibilidad de medicamentos y otros insumos.

El GBS excesivo fue dominante, afectando a 87,37% de los casos mientras que el GCS fue 51,58%. No hay antecedente para comparar este resultado a nivel nacional, puesto que los trabajos previos sobre gastos excesivos y catastróficos consideran como denominador a todos los hogares o a toda la población (9,31,32).

Comparados con la literatura sobre GCS y hospitalización, Saksena y Xu estudiaron 51 países, encontrando GCS en el 27,5% de los hogares por gastos de hospitalización (10). Ghiasvand y colaboradores reportaron 15% de GCS en 400 casos de 5 hospitales afiliados a la Universidad de Tehran (11). Kastor y Mohanty encontraron 28% de GCS en la India, con diferencias según diferentes enfermedades (12). La mayor proporción de casos con GCS en este estudio puede interpretarse como el efecto de una triple combinación que deriva en este impacto financiero para los hogares: a) la insuficiente protección financiera del sistema nacional de salud paraguayano incluso antes de la pandemia, caracterizado como segmentado, con baja inversión pública (28), con financiamiento predominante del GBS

(29), sobre todo para comprar medicamentos (14,15); b) las características del impacto de las epidemias sobre los sistemas de salud en países en desarrollo, como el Paraguay, donde el incremento de consumo de medicamentos y otros insumos hace que la insuficiente disponibilidad previa sea más notoria durante la sobrecarga en los hospitales (17-19); y c) la pandemia genera un impacto económico, siendo una de sus manifestaciones la disminución de los ingresos. En este trabajo el promedio de ingreso de los hogares fue de 2,2 millones de Gs., lo que fue similar al ingreso promedio para el tercer quintil de ingreso en 2018, pero inferior a los 4,4 millones de Gs. reportado para ese año como ingreso promedio familiar para Itapúa (37). Ante esta situación, los ingresos no fueron suficientes para hacer frente al GBS, sino que los hogares tuvieron que recurrir a diferentes mecanismos: en primer lugar, el uso de ahorros, en segundo lugar, préstamos de allegados y en tercer lugar a préstamos formales, venta de bienes o empeños.

Comprender mejor lo que sucede en esta distribución mediante estudios de casos por tipo de establecimiento, por tipo de servicios, por tipo de enfermedades y otras categorías, permitirá ajustar los diseños de políticas y programas de salud en el Paraguay, en el corto plazo para hacer frente a las diferentes crisis que genera la pandemia de COVID-19 y, en el mediano plazo, para avanzar en el desafío de alcanzar CUS en 2030.

CONCLUSION

El gasto de bolsillo estuvo ampliamente extendido entre los pacientes ingresados a este hospital integrado respiratorio: 9 de cada 10 casos tuvieron que pagar por medicamentos, descartables, estudios de diagnóstico de laboratorio u otros no disponibles en ese momento. El principal componente del gasto fue la compra de medicamentos. La magnitud del gasto promedio fue cercano a un salario mínimo y se triplicó cuando hubo ingreso a cuidados intensivos. El gasto total y diario fue variable y se asoció de forma significativa con la edad

de 60 y más años, con el ingreso a la unidad de cuidados intensivos y a la confirmación de SARS-CoV-2 por PCR. La protección financiera del sistema de salud, incluida la del seguro médico de la seguridad social, fue insuficiente para evitar gastos excesivos en la mayoría de los casos estudiados.

RECONOCIMIENTO

El estudio fue realizado en el marco del Proyecto PINV18-672 cofinanciado por

CONACYT con recursos del FEEI.

Contribución de los investigadores:

Investigador principal, primer autor: Dr. Edgar Giménez C. Realizó el diseño de

estudio, procesamiento de datos y análisis.

Coautores: Dr. Juan María Martínez y Dr. José Carlos Acosta. Participaron del trabajo de campo y participaron en la discusión de los resultados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. OMS (2003) Reporte: metodología OMS de análisis de la equidad del financiamiento de la salud. Ginebra, OMS.
2. Knauth FM, Wong R, Arreola-Ornelas H. (2012) 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.
3. Organización Panamericana de la Salud (2018). Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Resumen Ejecutivo del Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2018.
4. World Health Organization (2015). Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra, 2015.
5. World Health Organization. The World Bank (2015). Tracking universal health coverage first global monitoring report. France. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/174536/9789241564977_eng.pdf;jsessionid=97710DCF0E77797D32B8B1F6E8CD58F1?sequence=1
6. 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

7. 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.
8. O'Donnell, O. , van Doorslaer, E. , Wagstaff, A. , and Lindelow, M. (2008). Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation. Washington, DC: The World Bank.
9. Global monitoring report on financial protection in health 2019. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
10. Saksena P, Xu K, Durairaj V: The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines? In World Health Report (2010) Background Paper, No 21. Geneva: World Health Organization; 2010.
11. Ghiasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. Hospitalization and catastrophic medical payment: Evidence from hospitals located in Tehran. Arch Iran Med. 2014; 17(7): 507 – 513.
12. Kastor A, Mohanty SK (2018) Disease- specific out-of-pocket and catastrophic health expenditure on hospitalization in India: Do Indian households face distress health financing? PLoS ONE 13(5): e0196106. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196106>
13. Peticara M. Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie Políticas Sociales 141. Santiago, Chile: CEPAL; 2008.
14. 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>
15. 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
16. Wang, Z., Tang, K. Combating COVID-19: health equity matters. Nat Med 26, 458 (2020). <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0823-6>
17. Ayodeji Emmanuel Iyanda, Richard Adeleke, Yongmei Lu, Tolulope Osayomi, Adeleye Adaralegbe, Mayowa Lasode, Ngozi J. Chima-Adaralegbe, Adedoyin M. Osundina, A retrospective cross-national examination of COVID-19 outbreak in 175 countries: a multiscale geographically weighted regression analysis (January 11-June 28, 2020), Journal of Infection and Public Health, Volume 13, Issue 10,2020, Pages 1438-1445ISSN 1876-0341, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.006>.
18. El-Khatib, Z., Otu, A., Neogi, U., & Yaya, S. (2020). The Association between Out-of-Pocket Expenditure and COVID-19 Mortality Globally. Journal of epidemiology and global health, 10(3), 192–193. <https://doi.org/10.2991/jegh.k.200725.001>
19. Rodela, T. T., Tasnim, S., Mazumder, H., Faizah, F., Sultana, A., & Hossain, M. (2020, April 4). Economic Impacts of Coronavirus Disease (COVID-19) in Developing Countries. <https://doi.org/10.31235/osf.io/wygpk>
20. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3442/2020.
21. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3456/2020.
22. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3478/2020.
23. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3835/2020.
24. Paraguay. Presidencia de la República. Decreto 3475/2020.
25. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Sitio web Covid-19. Monitoreo por Fases. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/monitoreo-fases-covid19.html>
26. Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Resolución SG 135/2020. Disponible en: <https://www.msps.gov.py/resoluciones-covid19.html>
27. Paraguay. Ley N° 6524/2020 Declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del pParaguay ante la pandemia declarada por la organización mundial de la salud a causa del covid-19 o coronavirus y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras. Disponible en: <https://www.bacn.gov.py/leyes-paraguayas/9156/ley-n-6524-declara-estado-de-emergencia-en-todo-el-territorio-de-la-republica-del-paraguay-ante-la-pandemia-declarada-por-la-organizacion-mundial-de-la-salud-a-causa-del-covid-19-o-coronavirus-y-se-establecen-medidas-administrativas-fiscales-y-financieras>
28. 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>
29. 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)
30. OCDE (2018), Estudio multidimensional de Paraguay: Volumen 2. Análisis detallado y recomendaciones, Caminos de Desarrollo, Éditions OCDE, Paris. <https://doi.org/10.1787/9789264306226-es>
31. Banco Mundial. 2018, Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.
32. Giménez E.; Rodríguez, JC.; Ocampos G.; Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: análisis en el sistema nacional de salud del Paraguay. An. Fac. Cienc. Méd. (Asunción) / Vol. 51 - No 3, 2018
33. 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
34. 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
35. Paraguay. Poder Legislativo (2013). Ley N° 5099 / de la gratuidad de aranceles de las prestaciones de salud de los establecimientos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.
36. Paraguay. Instituto de Previsión Social. Digesto normativo. Disponible en: <https://portal.ips.gov.py/sistemas/ipsportal/archivos/archivos/1617893656.pdf>
37. Paraguay. INE. Resultados de la EPH a nivel departamental 2018. Itapúa. Disponible en: <https://www.ine.gov.py/Publicaciones/resultados%20de%20la%20EPH%202018/eph-itapua.php>.