

**Gasto de bolsillo en salud en el Hospital Regional Polivalente IPS Concepción de usuarios de los servicios de clínica médica y cirugía 2020***Out-of-pocket spending on health at the IPS Multipurpose Regional Hospital Concepción of users of medical clinic and surgery services 2020***Benítez Britez, Laura Patricia<sup>1</sup>  
Giménez Insrán, Miriam Karina<sup>1</sup>  
Giménez Caballero, Edgar Daniel<sup>2</sup>**

1. Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina Especialistas en en Salud Pública. Concepción - Paraguay.
2. Universidad Nacional de Concepción, Facultad de Medicina Docente investigador, Concepción – Paraguay.

**RESUMEN**

El objetivo general del estudio fue analizar la magnitud, la composición y la incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) de los pacientes hospitalizados en los servicios de clínica médica y cirugía en el Hospital Polivalente de IPS – Concepción durante la pandemia COVID-19 del año 2020. La metodología fue no experimental, observacional, transversal, descriptiva. Se incluyó una muestra no probabilística por conveniencia de 48 pacientes. Las variables de estudio fueron: GBS promedio, porcentaje de componentes del GBS, incidencia del GBS sobre los ingresos del hogar. Los gastos excesivos se definieron como aquellos que superan el 10% y 25% del ingreso. Se aplicó un cuestionario estructurado que recogió información para describir la población, las características del evento y del gasto. Los resultados indicaron que: 70,83% ingresó en clínica médica y 29,17% en cirugía, con una hospitalización media de 7,2 días. El promedio de GBS fue 720,1 mil Gs., el principal componente fue compra de medicamentos y representó el 32,6 % del ingreso del hogar. El 81,3% tuvo gastos excesivos mayor a 10% del ingreso y el 39,6% mayor a 25% del ingreso. El promedio y la incidencia económica del GBS fue mayor cuando la hospitalización fue en cirugía. Se identificaron otros gastos concurrentes. En conclusión, la hospitalización en el sector público de Concepción puede generar gastos excesivos y dificultades económicas para los hogares. Para lograr cobertura universal de salud se requiere de mecanismos de protección financiera específicos sobre todo de acceso a medicamentos.

**Palabras clave:** Gasto de bolsillo en salud – Incidencia económica – Gastos excesivos en salud – Hogares de usuarios.

*Cómo referenciar este artículo/  
How to reference this article*

**Benítez Britez, Laura Patricia, Giménez Insrán, Miriam Karina, Giménez Caballero, Edgar Daniel** Gasto de bolsillo en salud en el Hospital Regional Polivalente IPS Concepción de usuarios de los servicios de clínica médica y cirugía 2020. Rev. Medicinae Signum. 2023; 2(1):36-47.

**ABSTRACT**

The general objective of the study was to analyze the magnitude, composition, and incidence of Out-of-Pocket Health Expenditure (GBS) of hospitalized patients in the medical clinic and surgery services at the IPS Multipurpose Hospital – Concepción during the COVID-19 pandemic. of the year 2020. The methodology was non-experimental, observational, cross-sectional, descriptive. A non-probabilistic convenience sample of 48 patients was included. The study variables were: average GBS, Percentage of GBS components, incidence of GBS on household income. Excessive expenses were defined as those that exceed 10% and 25% of income. A structured questionnaire was applied that collected information to describe the population, the characteristics of the event and the expense. The results indicated that: 70.83% were admitted to a medical clinic and 29.17% to surgery, with an average hospital stay of 7.2 days. The GBS average was 720.1 thousand Gs., the main component was the purchase of medicines and represented 32.6% of the household income. 81.3% had excessive expenses greater than 10% of income and 39.6% greater than 25% of income. The average and economic

Fecha de recepción: marzo 2023. Fecha de julio: 2023

\***Autor de correspondencia:** Benítez Britez, Laura Patricia. email: laubenitez92@gmail.com



Este es un artículo fue publicado en acceso abierto, bajo licencia de Creative Commons Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional.

incidence of GBS was higher when hospitalization was for surgery. Other concurrent expenses were identified. In conclusion, hospitalization in the public sector of Concepción can generate excessive expenses and economic difficulties for households. To achieve universal health coverage, specific financial protection mechanisms are required, especially access to medicines.

**Key words:** Out-of-pocket spending on health – Economic incidence – Excessive spending on health – User households.

## INTRODUCCIÓN

Este estudio se realizó en un contexto donde la enfermedad ocasionada por el Virus SARS-CoV-2 fue establecido en la categoría de pandemia por Organización Mundial de la Salud (OMS)(1). En la Ciudad de Concepción, se procedió a reorganizar los servicios de salud de los dos principales hospitales de referencia de la ciudad y del Departamento según lo dispuesto en la Resol. N° 136/2020 del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS)(2) donde se establecen mecanismos de coordinación de los hospitales dependientes del MSPBS y del Instituto de Previsión Social (IPS) para la integración de los mismos. De esta manera, se designó al Hospital Regional de Concepción como Hospital Respiratorio (para la atención de pacientes con síntomas respiratorios y pacientes COVID-19 positivos) y al Hospital Regional del IPS como Hospital Polivalente (para la atención general a pacientes que no presenten síntomas respiratorios).

Según los datos proporcionados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el gasto en salud a nivel mundial está representado por el 10% del PIB y, haciendo una comparación, entre los países con medianos y bajos ingresos este gasto representa el 6% del PIB y en los países con

ingresos altos representa el 4% respectivamente (3). En Paraguay, a pesar de que el Estado reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental de la persona a través de la Constitución Nacional (4) y las legislaciones del sector; aún persiste una importante cantidad de personas que por diversas causas se encuentran excluidos de ese amparo principalmente porque cuando necesitan acceder a los servicios públicos de salud indefectiblemente tienen algún gasto de bolsillo (5).

El Gasto de Bolsillo en Salud (GBS) se define como el pago directo que se realiza al utilizar los servicios de salud, entre sus componentes se consideran las consultas, los medicamentos, estudios de diagnóstico, hospitalizaciones y otros (6). El desafío de muchos países y entre ellos, el Paraguay de combatir los GBS se debe al compromiso asumido para lograr el tercero de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, el cual tiene como meta principal lograr Salud y Bienestar para todas las personas para el año 2030 (7). Para el logro de dicha meta, es necesario alcanzar la Cobertura Universal de Salud (CUS) que se refiere a la cobertura poblacional, de servicios y de financiamiento para el acceso y utilización de óptimos servicios de salud adecuadas a las necesidades de las personas

sin afectar a ninguno de ellos, en especial, a los más vulnerables (8-9). En lo que concierne a la cobertura poblacional, se ha avanzado bastante, con la habilitación 804 unidades de salud de la familia, las mismas fueron creadas para apoyar a los otros centros sanitarios que hacen parte de los servicios que ofrece el MSPBS dentro de las denominadas Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud (RIISS) (10), sin embargo, aún persisten muchas debilidades para superar el segundo componente de servicios y el tercer componente, que se refiere al financiamiento, y es en este último aspecto en donde se presenta la problemática para los usuarios de los servicios sanitarios al tener que realizar los gastos de bolsillo en salud.

Se considera como gasto público en salud a la inversión realizada por el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y otras dependencias y programas especiales, el gasto de Seguridad Social correspondiente al régimen de cotizaciones contributivo del Instituto de Previsión Social (IPS) y los regímenes especiales como las fuerzas armadas y policiales. El gasto privado en salud se compone por seguros privados voluntarios, se financia a través del gasto de bolsillo de los usuarios y las cotizaciones de los afiliados de los sistemas de medicina prepaga (11-12).

En cuanto a la cobertura sanitaria, solo el 9% de los paraguayos y paraguayas pagan por seguros de medicina prepaga, el 20,1% de los mismos están cubiertos por el seguro social del IPS, mientras que el 70,8% restante

no cuenta con ningún tipo de seguro y se encuentran bajo entera responsabilidad del MSPyBS (13). Este subsistema público se financia con impuestos y en menor medida con royalties y compensaciones, el subsistema de seguridad social se financia con los aportes de empleados y empleadores del sector privado y el Estado que aporta cierto porcentaje dentro del Régimen General, el subsistema privado es de prepago de los afiliados y también recibe transferencias estatales para la atención de funcionarios públicos (12,14). Esta fragmentación constituye un obstáculo para la eficiencia del sistema, el aumento de la cobertura, la calidad y la reducción de las desigualdades (14).

Consecuentemente a todo lo mencionado, en el Paraguay, la salud es financiada en gran medida de manera privada (49,3%) generalmente a través del GBS que está compuesto en un 53,4% por medicamentos, 22,8% por exámenes de diagnóstico, 18,7% internaciones y 5,7% por consultas (6), en cuanto al gasto per cápita en salud, se destaca que en el año 2014 fue de 464 dólares, cifra inferior a países vecinos como Argentina y Brasil y llegando a ser tres veces inferior que el Uruguay (15).

La inversión pública en materia de salud ha venido aumentando progresivamente, llegando al 3% del PIB en el 2018, sin embargo, sigue siendo insuficiente de acuerdo al mínimo recomendado por la OMS que es del 6% del PIB (10). Es por ello que, persisten brechas de acceso a la salud para toda la población y en especial para los

hogares con menores ingresos económicos, en vista de que, se debe realizar el gasto privado para subsanar la brecha entre lo que le ofrece el sistema y lo que le hace falta para lograr el tratamiento y/o la intervención completa necesaria para superar el evento de accidente o enfermedad por el cual se atraviesa, dicha situación puede llevar a la pobreza o pobreza extrema.

Cuanto mayor sea la protección financiera ofrecida a través del organismo estatal, mayores serán las posibilidades de evitar que los hogares incurran en gastos excesivos por atender sus necesidades de salud, y no quedarán expuestos al riesgo de empobrecimiento. Los gastos excesivos en salud son considerados como aquellos que tienen incidencia monetaria mayores al 10% y al 25% sobre los ingresos de los hogares (16).

En el presente estudio, además de analizar los gastos concernientes a los medicamentos, se incluyeron otros componentes que son los gastos derivados de los estudios de diagnóstico y de imágenes, además, se incluyeron otros tipos de gastos realizados durante el evento de internación, como los son los gastos de alimentación de pacientes y familiares, así como los gastos de transporte.

La mayoría de los estudios sobre GBS se ha realizado a través de la utilización de datos de Encuestas Permanentes de Hogares. Con respecto a dichas informaciones, esta investigación aporta datos muy relevantes y novedosas recogidas directamente de los usuarios del Hospital Polivalente en cuanto al abordaje de la magnitud de los gastos de

bolsillo y su incidencia en la economía de sus familias.

Por todo lo mencionado, este estudio se planteó como objetivo general analizar el gasto de bolsillo en salud y su incidencia económica en los hogares de personas hospitalizadas en los servicios de clínica médica y cirugía del hospital polivalente del IPS – Concepción en el marco de la pandemia COVID-19 en el año 2020.

## **METODOLOGIA**

Los datos analizados fueron recogidos de los pacientes internados en los servicios de clínica médica y cirugía del Hospital Polivalente del IPS Concepción durante el mes de noviembre del año 2020. Se aplicó un cuestionario estructurado que recogió información para describir la población, las características del evento y del gasto. La metodología fue no experimental, observacional, transversal, descriptiva. La población estimada se tuvo en cuenta desde el momento de la reorganización del hospital en fecha 15 de abril del 2020 hasta el inicio del trabajo de campo, en ambos servicios ingresaron 1.005 pacientes de los cuales habían egresado 940. La población estuvo conformada por 68 pacientes internados en los servicios estudiados. Se incluyó una muestra no probabilística por conveniencia de 48 pacientes. Los criterios de inclusión correspondieron a pacientes que ingresaron al hospital y fueron dados de alta durante el tiempo de la recolección de los datos.

Las variables estudiadas de entre las características de la población fueron: edad, sexo, estado civil, nacionalidad, procedencia, nivel educativo, ocupación, situación y tipo de empleo, cantidad de personas del hogar, cantidad de personas que tienen ingresos en el hogar, jefe del hogar, tenencia de seguro médico, tenencia de subsidios estatales, cantidad total de ingresos del hogar.

Las variables incluidas dentro de las características del evento de estudio fueron: motivo de ingreso (tratamiento médico o quirúrgico), días de internación y diagnóstico de COVID-19.

Para el estudio de las variables de los gastos de bolsillo se asignaron los componentes de medicamentos, descartables, estudios de laboratorio, de imágenes, otros estudios de diagnóstico. Se incluyeron también otros gastos concurrentes como alimentación y traslados de acompañantes.

GBS promedio durante la hospitalización: se calculó teniendo en cuenta la sumatoria de los pagos directos que realizaron las personas hospitalizadas en conceptos de medicamentos, insumos hospitalarios descartables, estudios de diagnóstico por laboratorio, estudios auxiliares por imágenes, estudios de electrocardiografía, y otras pruebas diagnósticas o procedimientos médicos.

Porcentaje de componentes del GBS: se discriminaron los porcentajes de pagos directos realizados en la compra de medicamentos y descartables, estudios de laboratorio, de imágenes y otros estudios

realizados por los pacientes hospitalizados en ambos servicios.

Promedio de otros gastos concurrentes: se calculó a través de la sumatoria de los gastos realizados en conceptos de alimentación y traslados de acompañantes durante el proceso de la internación.

Promedio de gasto total: se calculó teniendo en cuenta la sumatoria entre los gastos de bolsillo en salud y otros gastos concurrentes.

Incidencia del GBS sobre los ingresos del hogar: se calculó teniendo en cuenta la relación entre el gasto de bolsillo en salud durante el proceso de la hospitalización y el ingreso económico mensual de los hogares, se expresó en porcentajes.

Incidencia del gasto total sobre los ingresos monetarios del hogar: se calculó teniendo en cuenta la relación entre el gasto total en salud durante el proceso de la hospitalización y el ingreso económico mensual de los hogares, se expresó en porcentajes.

Gastos excesivos: se consideró como la incidencia del gasto total en relación al ingreso económico mensual de los hogares mayor al 10% y al 25% respectivamente (16), se expresó en porcentajes.

## RESULTADOS

### Descripción de la población de estudio

Este estudio estuvo constituido por una muestra de 48 pacientes. La edad promedio de los mismos fue de 51,97 en mayor proporción de 60 a 69 años (25%). El 58% de los mismos fueron del sexo masculino y 42% del sexo femenino, de estado civil

casado/a en un 46%, todos de nacionalidad paraguaya.

Con respecto a la procedencia el 50% fueron del área urbana y 50% del área rural, principalmente procedentes del Departamento de Concepción (69%).

El 52% de los internados corresponden al nivel educativo de la primaria, con un promedio de 6,91 años de estudio.

La ocupación de la mayoría de los pacientes fue de ama de casa (23%), de entre todos los pacientes que se encontraron en edad laboral (n=25), el 61% trabajaban y el 39% no trabajaban, siendo el 52% de los mismos empleados privados, 32% empleados cuentrapropistas y 12% empleados públicos. De entre los que se encontraban desempleados (n=16) en el 81% se encontraban en esa situación por causa de la enfermedad.

El promedio de la cantidad de personas del hogar fue de 4,60, en el 58% de los hogares de los internados vivían de 4 a 6 personas, en el 40% de los hogares eran dos personas los que tenían ingresos económicos, teniendo a uno de los conyugues como jefe/a del hogar.

El 75% de los pacientes no contaba con ningún seguro médico y el 25% tenía seguro del IPS.

En el 23% de los hogares recibían subsidios estatales (n=11) el 82% recibían subsidios de la tercera edad y el 18% subsidios del programa teko pora.

La cantidad total de ingresos en los hogares de los pacientes en promedio fue de Gs. 3.783.396. En el 33% de los casos tenían un ingreso menor o igual a 2 millones de Gs.

**Tabla 1.** Distribución según características de la población de estudio

Características de la población de estudio	Todos los casos n: 48	Casos de Clínica Médica n: 34	Casos de Cirugía n: 14
Edad promedio	51,97	53,74	47,71
Estado Civil	Casado/a (46%)	Casado/a (41%)	Casado/a (42,85%)
Promedio de años de estudio	6,91	7,32	5,93
Cantidad de integrantes del hogar	4,60	4,82	4,07
Ingreso promedio en Gs.	3.783.396	4.261.457	2.318.000

*Fuente: Elaboración propia.*

#### Características del evento de estudio

El promedio de los días de internación de los usuarios fue de 7,22. Cuando la internación fue en clínica médica (n: 34) el promedio de días de internación fue de 7 y para los casos de cirugía (n: 14) fue de 6 días.

El 100% de los pacientes no tenían conocimiento de su situación de diagnóstico de COVID-19 debido a no haber sido sometidos a la realización de dicha prueba.

En el 98% de los casos sí recibieron todos los medicamentos necesarios (n: 47) y en el 2% (n:1) no lo recibieron en su totalidad, en el 100% de los casos se realizaron todos los

estudios de diagnóstico y los procedimientos requeridos.

En el 52% de los casos de internación el responsable de pagar los gastos del hospital es el familiar directo de los pacientes (madre, padre, hermana, hermano), en el 25% de los casos lo paga uno de los cónyuges, en un 21% lo paga el mismo paciente y en el 2% de los casos lo pagan otros familiares.

**Tabla 2.** Distribución según características del evento de estudio.

Características del evento de estudio	Todos los casos n: 48	Casos de Clínica Médica n: 34	Casos de Cirugía n: 14
Promedio de días de internación	7,22	7	6

Fuente: *Elaboración propia.*

**Descripción del gasto de bolsillo en salud, composición y magnitud**

El promedio de los Gastos de Bolsillo en Salud de los internados es de 720.069 Gs, con un mínimo de 203.000 Gs y un máximo de 3.192.000 Gs. Cuando la hospitalización fue para tratamiento médico, el GBS fue 653.922 Gs y cuando fue para tratamiento quirúrgico el promedio fue 882.589 Gs.

El promedio de otros gastos realizados por los pacientes es de 170.187 Gs., con un mínimo de 0 y un máximo de 546.000 Gs. Para los internados en clínica médica, el

promedio de otros gastos relacionados con la internación fue de 160.794 Gs y para los internados en el servicio de cirugía esos gastos fueron en promedio de 193.000 Gs.

En el 81,25% de todos los casos (n: 48) el gasto de bolsillo fue mayor al 10% de los ingresos de los hogares de las familias.

En el 39,58% de todos los casos se tuvo una incidencia de gasto de bolsillo sobre sus ingresos mayores al 25%.

**Tabla 3.** Distribución según descripción del GBS

Descripción del GBS	Todos los casos n: 48	Casos de Clínica Médica n: 34	Casos de Cirugía n: 14
Promedio del GBS en Gs.	720.069	653.922	882.589
Promedio de otros gastos en Gs.	170.187	160.794	193.000
Gastos mayores al 10% del ingreso del hogar	81,25%	76,47%	92,86%
Gastos mayores al 25% del ingreso del hogar	39,58%	29,40%	64,29%

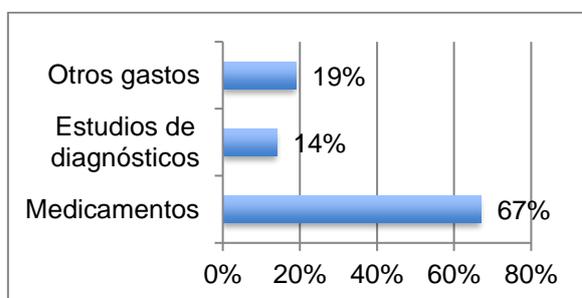
Teniendo en cuenta ambos servicios, la mayor cantidad de gastos se concentró en la compra de medicamentos (67%), los gastos

por estudios de diagnósticos lo realizaron en un 14% y los otros gastos relacionados con el evento están compuestos por el 19% del total de gastos.

En el servicio de clínica médica, los pacientes gastaron en un 64% por adquisición de medicamentos, 16% por la realización de estudios de diagnósticos y el 20% de sus gastos fue por otros componentes relacionados con dicho evento.

En el servicio de cirugía, los gastos realizados por pacientes hospitalizados en un 72% fue por compra directa de medicamentos, el 10% fue para la realización de estudios de diagnósticos y el 18% se debió a que se incurrió a otros gastos.

Gráfico N° 1. Distribución según composición de gasto total en salud. (n:48)



### Incidencia económica de los gastos en salud sobre los ingresos de los hogares

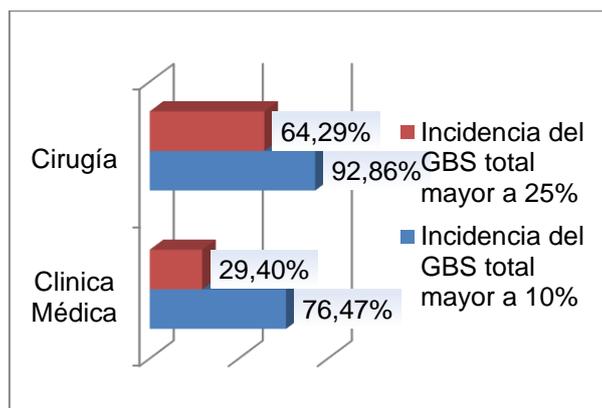
En el 18,75% de las familias la incidencia de los Gastos de bolsillo fue menor al 10% y en el 81,25% dicha incidencia fue mayor al 10%.

El 60,42% de los casos tuvo una incidencia de gasto de bolsillo sobre sus ingresos menor a 25% y el 39,58% tuvieron una incidencia mayor al 25%.

Considerando la incidencia del Gasto total en salud, en el servicio de Clínica Médica los casos con incidencia mayor a 10% del ingreso de los hogares representaron el 76,47% y la incidencia del GBS total mayor a 25% del ingreso de los hogares fueron en un 29,40%.

En el servicio de Cirugía la incidencia del GBS total mayor al 10% del hogar es 92,86% y la incidencia GBS total mayor a 25% fueron en un 64,29%.

Gráfico N° 2. Distribución de pacientes hospitalizados según incidencia de Gasto total en salud mayor al 10% y al 25% del ingreso económico de sus hogares. n=48



### DISCUSION

En cuanto a las características sociodemográficas se determinó que el promedio de edad de todos los pacientes encuestados fue de 51,9 años. En su mayoría, fueron de la tercera edad, con respecto a tal condición, es importante mencionar que eso conlleva a que sean portadores de varias patologías, sobre todo, las crónicas. En cuanto al sexo, se observó un

mayor número de pacientes masculinos (58%).

Con referencia al nivel de cobertura del hospital polivalente, se constató que no solo cubría a la población del Primer Departamento, sino que también brindó atención a pacientes de otros Departamentos del país como Alto Paraguay. Además, existió paridad en cuanto al área de procedencia, ya que la mitad de los pacientes hospitalizados proceden del área urbana y la otra mitad del área rural.

En cuanto al promedio de años de estudios, se encontró que fue de 6,91 años, lo cual demuestra el bajo nivel de instrucción de los pacientes hospitalizados y que esta condición guardaba relación con el tipo de empleo que poseen, en su mayoría del sector informal, mal remunerado y sin posibilidad de acceder a un seguro social para hacer frente a un evento de enfermedad. Así se constató que el 75% estaban sin seguro y sólo 25% con goce de seguro social (IPS).

En el 61% de los hogares el jefe directo fue uno de los cónyuges del paciente hospitalizado y, en su mayoría dos miembros del hogar tenían ingresos económicos, cada familia tenía un promedio de 4 a 6 miembros. La existencia de mayor capacidad de enfrentar los gastos por enfermedad se dio cuando fueron más los integrantes que declararon tener ingresos económicos.

Por otro lado, cuando el jefe del hogar (21%) fue el enfermo, se comprometió en alto grado la capacidad económica del

hogar, ya que usó de sus ingresos para restablecer el estado de salud, esa circunstancia impactó en forma directa sobre la economía familiar. Cabe mencionar que en algunos los hogares de los pacientes se recibía ayuda estatal a través de las transferencias monetarias como el programa tekopora (18%) y el subsidio a la tercera edad (82%), parte de esos montos percibidos fueron utilizados por los beneficiarios para paliar los gastos de salud.

Los motivos de ingreso fueron 71% por tratamiento médico y 29% por tratamiento quirúrgico con un promedio de 7,2 días de internación, se señala que, a mayores días de internación, aumentan los gastos por dicho evento. De igual modo, se registró que la mayoría de los pacientes recibieron todos los medicamentos indicados (98%) y todos accedieron a estudios de diagnósticos, así como a los procedimientos médicos.

Entre los mecanismos de pago de gastos del hospital, se destaca que, en la mayoría de los casos, el principal responsable del pago fue el familiar directo de los pacientes, esto es debido a que los hospitalizados no poseían ingresos propios y se encontraban en situación de dependencia. Entre otros mecanismos de pago, se constató que principalmente la ayuda familiar o de amigos que no es préstamo, se convirtió en otra fuente de principal apoyo junto con el uso de ahorros, estas fuentes apoyaron a la inversión para el evento de internación.

El promedio de los GBS de los pacientes hospitalizados fue de 720.069 Gs., en la mitad de los casos, dicho gasto oscila de

500.000 a 800.000 Gs. El principal componente de los gastos lo constituyó el pago directo por medicamentos. El promedio de otros gastos realizados por los pacientes fue de 170.187 Gs, los conceptos fueron por alimentación y transportes. El promedio del gasto total realizado por los pacientes en los dos servicios fue de 890.257 Gs. en la mayoría de los casos los gastos fueron de 601.000 a 900.000 Gs.

La incidencia de los GBS sobre los hogares considerando todos los casos fue de 32%. Considerando los estándares de gastos excesivos, en un 81% de los casos fue mayor al 10% y en un 39,58% fue mayor al 25%. Cuando se trató del servicio de clínica médica el promedio de incidencia de gastos sobre los ingresos económicos del hogar correspondió al 23% y cuando se trató del servicio de cirugía dicha incidencia tuvo un promedio del 56%.

La incidencia del gasto total en salud sobre los ingresos de los hogares de los pacientes internados en ambos servicios fue de 40%, con una mínima de 6% y un máximo de 245%. Cuando se trató del servicio de clínica médica dicha incidencia fue de 65%, con un mínimo de 20% y un máximo de 147%. En el servicio de cirugía, el promedio de incidencia del gasto total fue del 88%, con un mínimo de 20% y un máximo de 319%.

Teniendo en cuenta los estándares de gastos excesivos estudiados en el trabajo de investigación, la incidencia del gasto total mayor al 10% en el servicio de clínica médica fue de 76,47% y fue mayor al 25%

en un 29,40%. Cuando los casos fueron del servicio de cirugía, la incidencia de los gastos mayores al 10% constituyeron un 92% de los ingresos del hogar y los gastos mayores al 25% constituyeron el 64% de dichos ingresos.

Al observar la situación planteada, en esta investigación se concluyó que, existió desigualdad al momento de utilizar los servicios públicos de salud, principalmente al adquirir los medicamentos, además, las familias no contaron con la protección financiera ni la equidad al momento de utilizar dichos servicios, aunque existan leyes que garantizan el derecho a la salud, muchos de estos hogares se expusieron a riesgos de gastos catastróficos por su gran vulnerabilidad al acontecer la situación que conllevó a la hospitalización en los servicios estudiados.

**Conflictos de interés:** Los autores declaran no tener conflicto de interés.

**Observaciones:** Éste estudio se desarrolló y fue parte del proyecto Análisis de Gastos Catastróficos y Empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay, cofinanciado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología – CONACYT con recursos del FEEL.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. OMS. Alocución de apertura del Director General de la OMS en la

- rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020 [Internet]; 2020 [acceso 20 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
2. Resolución S.G N° 132 Por la cual se establecen los mecanismos de coordinación de los hospitales, dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y del Instituto de Previsión Social para la integración de los mismos en el marco de la emergencia sanitaria declarada ante la epidemia del Coronavirus (Covid-19), y se abroga la Resolución S.G. N° 124, de fecha 27 de marzo de 2020. Asunción: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social; 2020.
  3. OMS. Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 21 noviembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/20-02-2019-countries-are-spending-more-on-health-but-people-are-still-paying-too-much-out-of-their-own-pockets>
  4. Artículo 68 - Del Derecho a la Salud. Asunción: Constitución Nacional del Paraguay; 1992.
  5. Giménez E, Barrios M. ¿Cuánto se paga para utilizar servicios de salud en Paraguay? Una aproximación a las brechas para la cobertura universal de salud. Instituto Desarrollo [Internet] 2014 [consultado 16 setiembre 2020]. Disponible en: <https://desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-06-01-898909497.pdf>
  6. Giménez Caballero E, Rodríguez JC, Ocampos G, Flores L. Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2017; 15(3), 64–72.
  7. Giménez Caballero E, Ocampos G, Rodríguez JC, Araujo JM, Peralta N. Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. An la Fac Ciencias Médicas. 2019; 52(1), 33–42.
  8. Giménez E, Rodríguez JC, Ocampos G, Barrios R. Gasto catastrófico y cobertura universal de salud: Análisis en el Sistema Nacional de Salud del Paraguay. An la Fac Ciencias Médicas. 2018; 51(3), 41–52.
  9. Giménez E, Flores L, Rodríguez JC, Ocampos G, Peralta N. Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. Memorias del Inst Investig en Ciencias la Salud. 2018; 16(2), 38–48.
  10. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Plan Estratégico Institucional 2019-2023. Avanzando hacia el Acceso y Cobertura Universal de la Salud en Paraguay; 2019.

- Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/c5fbf6-PlanEstratgicoInstitucionalPEI20192023.pdf>
11. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social - MSPBS. Cuentas de salud 2012 – 2014. Asunción: OPS/OMS; 2018.
12. Benítez G. Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP [Internet] 2017 [citado 2 septiembre 2020]. Disponible en: <https://www.cadep.org.py/uploads/2022/05/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
13. Giménez, E. Desafíos para una cobertura universal de salud en Paraguay ~ 7 Propuestas para encender el debate. Investigación para el desarrollo [Internet] 2014 [citado 2 octubre 2020]: 1–33. Disponible en: <http://www.desarrollo.org.py/admin/app/webroot/pdf/publications/12-10-2015-11-11-39-1270357564.pdf>
14. Serafini V. Financiamiento de salud y protección social. Documento 2. 2020; 1-15. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2022/05/Doc2-Financiamiento-de-Salud-y-Proteccion%CC%81n-Social-Serafini-2020.pdf>
15. Gaete R. Financiamiento de la Cobertura Universal de Salud en el Paraguay. 2017; 1-25. Disponible en: <http://paraguaydebate.org.py/wp-content/uploads/2017/12/Nota-de-Politica-Salud.pdf>
16. Giménez E, Caballero R, Peralta N, Araujo J.M. Análisis del gasto de bolsillo ante la enfermedad de personas de 60 y más años según su condición de pobreza en Paraguay. Rev. salud publica Parag. [Internet]. 2019 Dec [cited 2020 Ag 19]; 9( 2 ): 46-52. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2307-33492019000200046&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492019000200046&lng=en). <https://doi.org/10.18004/rspp.2019.diciembre.46-52>