

Gastos de bolsillo catastróficos y exorbitantes durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación en 2021  
Catastrophic and exorbitant out-of-pocket expenses during COVID-19 hospitalization in the Encarnación public sector in 2021

Revista sobre estudios e investigaciones del saber académico

Edgar Daniel Giménez Caballero <sup>1</sup> 

<https://orcid.org/0000-0002-3531-2720>

<sup>1</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Dirección de Investigación y Ambiente. Encarnación, Paraguay. [dgica@gmail.com](mailto:dgica@gmail.com)

Juan María Martínez <sup>2</sup> 

<https://orcid.org/0000-0003-1624-2074>

<sup>2</sup>Hospital Regional. Instituto de Previsión Social. Encarnación, Paraguay. [anhyix@gmail.com](mailto:anhyix@gmail.com)

Diana Leticia Peloso González <sup>3</sup> 

<https://orcid.org/0000-0001-5548-3917>

<sup>3</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Pública. Encarnación, Paraguay. [dianapeloso3473479@gmail.com](mailto:dianapeloso3473479@gmail.com)

Mónica Patricia Ortigoza <sup>4</sup> 

<https://orcid.org/0000-0002-7283-6996>

<sup>4</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Pública. Encarnación, Paraguay. [moniortigoza00@gmail.com](mailto:moniortigoza00@gmail.com)

Paola Adriana Zapata Rodríguez <sup>5</sup> 

<https://orcid.org/0000-0002-2645-3628>

<sup>5</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Pública. Encarnación, Paraguay. [pao.adriana.zapata@gmail.com](mailto:pao.adriana.zapata@gmail.com)

Héctor Daniel Oliveira <sup>6</sup> 

<https://orcid.org/0000-0003-0080-5450>

<sup>6</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Pública. Encarnación, Paraguay. [hectorda\\_oli@hotmail.com](mailto:hectorda_oli@hotmail.com)

César González de Mestral <sup>7</sup> 

<https://orcid.org/0000-0003-3046-6007>

<sup>7</sup>Universidad Nacional de Itapúa. Escuela de Posgrado. Maestría en Gerencia de Servicios de Salud Pública. Encarnación, Paraguay. [cgonzademestral@gmail.com](mailto:cgonzademestral@gmail.com)

José Carlos Acosta <sup>8</sup> 

<https://orcid.org/0000-0003-1404-1930>

<sup>8</sup>Séptima Región Sanitaria. Encarnación, Paraguay. [josecar88@gmail.com](mailto:josecar88@gmail.com)

## Resumen

La población paraguaya enfrentó la pandemia con un sistema de salud segmentado y predominio de gasto de bolsillo como financiamiento. El objetivo del estudio fue estimar la incidencia y magnitud del gasto de bolsillo durante la hospitalización por COVID-19 en el Hospital Integrado IPS de Encarnación. Como material y método se implementó un estudio cuantitativo, transversal, descriptivo entre abril y julio de 2021 recabando información de 181 pacientes a partir de informantes claves. Se definió gasto excesivo, catastrófico y exorbitante cuando el gasto de bolsillo fue superior al 10%, 25% y 250% del ingreso del hogar respectivamente. Los resultados señalaron que el 100% tuvo gasto de bolsillo durante la estancia en el hospital, siendo en promedio 12,9 millones de Gs. (DE 15,5). La incidencia de gasto excesivo, catastrófico y exorbitante fue 98,90%, 94,48% y 51,38% de los casos respectivamente. La magnitud del gasto de bolsillo se asoció de forma estadísticamente significativa con el ingreso a la unidad de terapia intensiva pero no con la tenencia de seguro. En conclusión, los arreglos del sistema de salud fueron insuficientes para evitar gastos catastróficos ante el COVID-19.

**Palabras claves:** Gasto de bolsillo en salud. Gasto catastrófico. COVID-19.

## Summary

The Paraguayan population faced the pandemic with a segmented health system and a predominance of out-of-pocket spending as financing. The objective of the study was to estimate the incidence and magnitude of out-of-pocket expenses during hospitalization for COVID-19 at the Integrated Hospital of Encarnación (IPS). As material and method, a quantitative, cross-sectional, descriptive study was implemented between April and July 2021, collecting information on 181 patients from key informants. Excessive, catastrophic and exorbitant spending was defined when out-of-pocket spending was greater than 10%, 25%, and 250% of household income, respectively. The results indicated that 100% had out-of-pocket expenses during their stay in the hospital, averaging 12.9 million Gs. (DE 15.5). The incidence of excessive, catastrophic and exorbitant spending was 98.90%, 94.48% and 51.38% of the cases respectively. The magnitude of out-of-pocket expenses was statistically significantly associated with admission to the intensive care unit but not with having insurance. In conclusion, the health system arrangements were insufficient to avoid catastrophic expenses in the face of COVID-19.

**Keywords:** Out-of-pocket health spending. Catastrophic spending. COVID-19.

Área del conocimiento: Ciencias de la Salud

Correo de Correspondencia: [dgica@gmail.com](mailto:dgica@gmail.com)

Conflictos de Interés: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una licencia Creative Commons CC-BY

Fecha de recepción: 05/10/2021

Fecha de Aprobación: 10/01/2022

Página Web: <http://publicaciones.uni.edu.py/index.php/rseisa>

Citación recomendada: Giménez Caballero, E. D.; Martínez, J.M.; Peloso González, D. L.; Ortigoza, M. P.; Zapata Rodríguez, P. A.; Oliveira, H. D.; González de Mestral, C.; Acosta, J. C. (2022). Gastos de bolsillo catastróficos y exorbitantes durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación en 2021. Revista sobre estudios e investigaciones del saber académico (Encarnación), 16 (16): e2022002

## Introducción

Este estudio planteó el problema de la insuficiente protección financiera del Sistema Nacional de Salud de Paraguay para enfrentar la pandemia de COVID-19, cuestión que se abordó a través del análisis del *gasto de bolsillo en salud* durante la hospitalización de personas afectadas por el nuevo coronavirus en la Séptima Región Sanitaria, correspondiente al departamento de Itapúa, en 2021.

El gasto de bolsillo en salud corresponde a los gastos o pagos directos realizados para recibir atención, diagnóstico y tratamiento ante la enfermedad. Estos gastos pueden resultar catastróficos o empobrecedores según los ingresos o la capacidad de pago de los hogares (Knaul, Wong y Arreola, 2012). En la revisión de antecedentes bibliográficos, previos a la pandemia, se identificaron varios estudios que señalaron la relación entre gastos de bolsillo catastróficos y hospitalizaciones, con incidencias de 15% (Ghiasiand et al, 2014), 27,5% (Saksema et al, 2010) y 28% (Kastor y Mohanty, 2018). En América Latina, Peticara (2008) encontró asociación entre gastos catastróficos y hospitalizaciones en 7 países.

Publicaciones recientes señalan que en el contexto pandémico los países con mayor participación de gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario enfrentarán una mayor incidencia de casos de COVID-19 (Wang y Tang, 2020), mayor mortalidad (Ayodeji et al, 2020) y menor capacidad de respuesta ante el incremento de la demanda en el sistema de salud (El-Khatib, Neogi y Yaya, 2020).

Ante la disrupción sanitaria y económica generada por la pandemia, con gran impacto en los sistemas sanitarios, acompañado de aumento del desempleo y caída de los ingresos, expertos de la OMS han señalado que para “aguantar la tormenta” será necesaria una inversión sanitaria anticíclica adicional que garantice la continuidad de servicios esenciales, que sea capaz de contrarrestar el gasto de bolsillo o la pérdida del acceso por no poder cubrirlo (OMS, 2020). CEPAL y OPS (2020) también han señalado que para enfrentar la pandemia habrá que contrarrestar el gasto de bolsillo y copagos, reorientando recursos para dar respuesta al COVID-19 y mantener otros servicios esenciales para otras enfermedades en un contexto económico desfavorable y con marcada desigualdad.

La evidencia acumulada indica que cuanto mayor sea la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario, menor será la protección

financiera del sistema de salud. Se ha señalado que es posible lograr cobertura universal de salud con protección financiera para toda la población, evitando las penurias económicas para pagar las cuentas de atención médica, si la participación del gasto de bolsillo está por debajo del 20% del gasto total de salud y el gasto público de salud alcanza el 6% del producto interno bruto nacional o PIB (OMS, 2010).

Antes de la llegada del nuevo coronavirus, Paraguay estaba a mitad de camino de estas metas, siendo el gasto de bolsillo el 45% del gasto sanitario total y el gasto público 3% del PIB. Estos indicadores señalaban una protección financiera por debajo de los países del Cono Sur como Argentina cuyo gasto público antes de la pandemia era 5,9% del PIB, el de Brasil 3,9%, el de Chile 4,6% y el de Uruguay 6,7%, en tanto que la participación del gasto de bolsillo sobre el gasto total de estos países era 28%, 28%, 33% y 17% respectivamente. También había diferencias en el gasto público por persona al año: mientras en Paraguay era 175,2 USD, en Argentina era 692,6 USD, en Brasil 353,5 USD, en Chile 740,0 USD y en Uruguay 1.160 USD (Observatorio global de la OMS, 2018).

Otra característica persistente del sistema de salud paraguayo ha sido la desigual cobertura de los diferentes segmentos de la población. Por ejemplo, antes de la pandemia el Instituto de Previsión Social (IPS) tenía un gasto anual por cada asegurado de 439 USD mientras que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) tenía un gasto anual por persona de 125 USD para su población cubierta (Banco Mundial, 2018).

El resultado de este modelo de financiamiento sanitario en Paraguay ha sido una insuficiente y asimétrica oferta pública de servicios de salud, con notoria segmentación para el acceso, calidad y protección financiera ante la enfermedad en los subsistemas del sector público y privado (Gaete, 2017).

Ante esta situación, la gratuidad establecida por medio de la Ley 5099/2013 para utilizar servicios del MSPBS y la cobertura explícita de prestaciones para los asegurados del IPS establecida normativamente, en ocasiones resultan ser meras declaraciones pues en la práctica los déficits de disponibilidad deben cubrirse mediante gasto de bolsillo, cuyo principal componente ha sido la compra de medicamentos (Giménez et al, 2017). Este gasto de bolsillo ha generado catástrofes económicas y empobrecimiento para numerosos hogares paraguayos (Giménez et al, 2021), sobre todo

cuando hubo que pagar cuentas de hospitalización (Benítez, 2017). En efecto, antes de la pandemia, una hospitalización en Paraguay podía generar un gasto de bolsillo promedio equivalente a 193,1% del ingreso mensual de las personas o a 64,4% de la capacidad de pago mensual de los hogares (Giménez et al, 2017 y 2018).

Ante estas características de acceso y cobertura de salud, el gobierno paraguayo impulsó la creación de un fondo estatal de emergencia para hacer frente al COVID-19 (Ley 6524/2020). La autoridad sanitaria implementó medidas preventivas mediante una cuarentena por fases desde marzo 2020 y reorganizó la red asistencial del sector público en todas las regiones sanitarias, integrando los hospitales del MSPBS y del IPS (Resolución SG 136/2020).

En 2021, ante el rápido incremento de casos de COVID-19 y los pedidos de auxilio de la población para pagar las cuentas, se creó un fondo nacional para cubrir los gastos de los enfermos hospitalizados en el sector público, previsual y privado mediante la aprobación de sendas leyes conocidas como “de gasto cero” (Ley 672/2021 y 6742/2021). Esta legislación especial se respaldó en la Constitución Nacional que establece que la salud es un “derecho fundamental” y que “nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades”.

En este trabajo se estudió el gasto de bolsillo de las personas ingresadas al Hospital Regional del IPS de Encarnación, designado como “hospital integrado” para la atención de enfermos con COVID-19 en el sector público del Departamento de Itapúa, al que le corresponde el 8,5% de la población del país con 25,9% de cobertura de seguro médico (INE, 2020).

El momento del estudio, que se realizó entre abril y julio de 2021, coincidió con un pico de casos, fallecidos y hospitalizados que rebasó al sistema de salud generando listas de espera de pacientes graves para recibir atención. Los datos nacionales sobre la pandemia refieren que 14% de los ingresos en los hospitales fueron en unidades de terapia intensiva y 86% en otras salas de hospitalización, con un promedio de estancia entre 12 y 14 días. Hubo una letalidad de 53% entre los ingresados a cuidados intensivos y de 29,2% entre los hospitalizados en otras salas (MSPBS. Vigilancia de la Salud. Boletines epidemiológicos semanales, 2021).

## **Materiales y Métodos**

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, observacional, de tipo transversal,

descriptivo. La población estudiada fue de personas de ambos sexos, de todas las edades, que ingresaron al Hospital Integrado Respiratorio de Encarnación (IPS) entre abril y julio de 2021. Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico de COVID-19, estancia de al menos un día e identificación de un informante clave (familiar o responsable). Se incluyó información de 181 pacientes, que representó al 18% de los egresos del hospital. La muestra fue por conveniencia, no aleatoria.

Para recoger la información fueron capacitados siete egresados de programas de posgrado en salud, quienes identificaron los casos posibles y aplicaron un cuestionario estructurado por vía telefónica cada 24 a 48 horas a los informantes claves, bajo consentimiento informado. Los datos fueron registrados en fichas por paciente y luego codificados para 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 monetario total del hogar del último mes. Las variables sobre la enfermedad fueron: días de internación en sala, días de internación en unidad de terapia intensiva (UTI) y condición del egreso (alta, traslado, óbito).

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 directamente relacionados para el diagnóstico o tratamiento del paciente. Fueron excluidos gastos de alimentación, hospedaje, traslado y otros gastos de acompañantes. Se analizaron las siguientes variables: a) *gasto de bolsillo en salud (GBS)*: como la sumatoria de todos los gastos directos para recibir tratamiento o diagnóstico durante la hospitalización. Se expresó en moneda local, en guaraníes corrientes (Gs.). b) *razón GBS/ingreso*: razón entre el GBS y la sumatoria de todos los ingresos monetarios, laborales y no laborales, del hogar del último mes, antes de la hospitalización. Se incluyó el ingreso monetario del enfermo como parte del ingreso del hogar. c) *gasto excesivo de salud*: correspondió a la proporción de casos cuyo GBS superó el 10% de los ingresos (razón GBS/ingreso mayor a 0,10). d) *gasto catastrófico de salud*, como la proporción de casos cuyo GBS superó el 25% del ingreso del hogar (razón GBS/ingreso mayor a 0,25). Estos indicadores son utilizados por la OMS y por el Banco Mundial (2019) para dar seguimiento a la protección financiera a nivel poblacional, ante el

desafío de lograr cobertura universal de salud. Se calculó además un indicador innovador denominado e) *gasto de bolsillo exorbitante* (GBS exorbitante) cuando el gasto fue mayor al 250% del ingreso del hogar (10 veces el umbral del gasto catastrófico). La proporción de casos expresado en estos indicadores, *excesivos, catastróficos y exorbitantes*, utiliza como denominador a todos los casos ingresados, hayan tenido o no gasto de bolsillo. f) *gasto de bolsillo por día de internación*: o gasto de bolsillo diario, corresponde al cociente de la razón entre el GBS y los días de estancia de hospitalización de cada uno los casos.

Para el análisis bivariado se aplicaron pruebas de significancia estadística para explorar asociaciones entre indicadores de gasto de bolsillo y la tenencia de seguro del IPS así como con el ingreso a UTI, mediante las pruebas de  $\text{CHI}^2$  y de Mann-Whitney. La significancia estadística se estableció a partir de una  $p < 0,05$ . Para el gasto de bolsillo exorbitante se calculó además la razón de momios (OR) y su intervalo de confianza de 95% (IC 95%). Para procesar los datos se utilizó STATA 16.1.

## Resultados

### *Características de la población de estudio*

De los 181 pacientes incluidos en este estudio, 39,23% fueron de sexo masculino y 60,77% de sexo femenino. El rango de edad estuvo entre 15 años y 89 años. La edad promedio fue 46,52 años (DE 16,19 y la mediana fue 48 años. La proporción de personas mayores de 60 años fue 22,65%. El promedio de edad de las personas que ingresaron a la unidad de terapia intensiva (UTI) fue 51,1 años (DE 10,6) mientras que el de las personas que permanecieron en otras salas durante la hospitalización fue de 45,2 años (DE 17,3).

El 69,06% de los pacientes carecían de seguro médico, el 25,97% tenían seguro de IPS y el 4,97% tenían un seguro médico privado.

Los hogares estaban constituidos por 4,04 personas en promedio (DE 1,39), entre los cuales 2,14 integrantes (DE 0,99) tenían ingresos monetarios laborales o de otra fuente. Durante el último mes, todos los ingresos monetarios laborales y no laborales del hogar fueron de 3,93 millones de Gs. en promedio (DE 2,99). La mediana del ingreso de los hogares del último mes fue 2,50 millones de Gs. Puesto que el estudio se realizó en el sector público *integrado*, en un hospital dependiente del IPS en la ciudad de Encarnación, interesó saber si el seguro de esta institución los protegía o no de incurrir en gastos

de bolsillo elevados (según la magnitud del gasto) y gastos de bolsillo excesivos (según la razón del gasto de bolsillo con los ingresos del hogar), por lo que se exploró la asociación estadística entre el nivel de ingresos del hogar y la tenencia de seguro médico de IPS.

El resultado fue que la asociación entre ingresos del hogar y la tenencia de seguro del IPS era significativa (Mann-Whitney  $p = 0,0016$ ). En promedio, los hogares cubiertos por la seguridad social tuvieron 4,8 millones de Gs. de ingresos en el último mes (DE 3,0) mientras que los no cubiertos tuvieron 3,6 millones de ingresos en el último mes (DE 2,9). Esta asociación es clave para interpretar los resultados de indicadores que relacionan el gasto de bolsillo durante la hospitalización con los ingresos monetarios del hogar.

### *Características de la hospitalización*

Entre los 181 pacientes estudiados, el 22,10% ingresaron a la unidad de terapia intensiva (UTI) mientras que el 77,90% permaneció en otras salas de hospitalización como son las salas regulares de internación, la sala de urgencias y la sala de reanimación.

La estancia promedio en el hospital fue de 10,44 días (DE 8,00). La cantidad de días de estancia de hospitalización se asoció de forma estadísticamente significativa con el ingreso a UTI (Mann-Whitney  $p = 0,0000$ ). Los que ingresaron a UTI estuvieron en promedio 15,1 días en el hospital (DE 7,09), mientras que los que no ingresaron a UTI permanecieron en el hospital 9,13 días en promedio (DE 7,77).

Considerando a todos los pacientes estudiados, la letalidad fue de 30,94%. Considerando solo a aquellos que ingresaron a UTI, la letalidad fue de 60%, mientras que si se considera solo a aquellos que permanecieron en otras salas de hospitalización la letalidad fue de 22,70%.

### *Características del gasto de bolsillo*

Los resultados indican que 100% de los 181 pacientes estudiados tuvo gasto de bolsillo durante la estancia en el Hospital Integrado de Encarnación.

El gasto de bolsillo fue en promedio 12,9 millones de Gs. (DE 15,5), siendo la mediana del gasto de bolsillo 6,5 millones de Gs. El máximo gasto de bolsillo registrado fue 80,8 millones de Gs.

El principal componente del gasto de bolsillo fue la compra de medicamentos y otros insumos en farmacias privadas, seguido de estudios auxiliares de diagnóstico y otros gastos directamente relacionados

con el proceso de atención durante la hospitalización (Gráfico 1).

En cuanto a la protección financiera del seguro del IPS, considerando la magnitud del gasto de bolsillo, los resultados señalaron que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el gasto de bolsillo promedio y la tenencia de seguro de IPS (Mann-Whitney  $p=0.3632$ ).

El gasto de bolsillo promedio se asoció significativamente con el ingreso a UTI (Mann-Whitney  $p=0.0000$ ). Los que ingresaron a UTI tuvieron mayor magnitud de gasto de bolsillo, siendo en promedio 33,6 millones de Gs. (DE 18,7) mientras que para los que permanecieron en otras salas de hospitalización el gasto de bolsillo promedio fue 7,1 millones de Gs. (DE 7,3). El promedio mayor ante el ingreso a UTI no se debió exclusivamente a un mayor tiempo de estancia, sino también a un mayor gasto de bolsillo diario, como se verá a continuación.

El gasto de bolsillo diario de todos los pacientes fue en promedio 1,2 millones de Gs. (DE 1,0), siendo la mediana 0,83 millones de Gs. Hubo asociación estadísticamente significativa con el ingreso a UTI (Mann-Whitney  $p=0.0000$ ). Los que ingresaron a UTI tuvieron en promedio 2,4 millones de Gs. de gasto de bolsillo diario (DE 1,1), mientras que aquellos que permanecieron en otras salas el gasto de bolsillo diario fue en promedio 0,85 millones de Gs. (DE 0,7) (Tabla 1).

En cuanto a la protección financiera del seguro del IPS, los resultados señalaron que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el gasto de bolsillo diario y la tenencia de seguro de IPS (Mann-Whitney  $p=0.5320$ ).

El cociente de la razón del gasto de bolsillo con los ingresos del hogar del último mes (GBS/ingreso) fue en promedio 3,88 (DE 4,42), siendo la mediana de esta razón 2,59. Este cociente se asoció significativamente con la estancia en UTI (Mann-Whitney  $p=0.0000$ ). Para los que ingresaron a UTI esta razón fue en promedio 5,49 (DE 3,66), mientras que para los que permanecieron en otras salas de hospitalización fue en promedio 3,43 (DE 4,52).

Hubo asociación estadísticamente significativa entre este cociente y la tenencia de seguro del IPS (Mann-Whitney  $p=0.0220$ ). Para los asegurados del IPS el cociente fue en promedio 2,96 (DE 3,37) mientras que para los no asegurados el cociente fue en promedio 4,21 (DE 4,70).

Para el 98,90% de los pacientes el cociente GBS/ingreso fue mayor a 0,1 (gasto de bolsillo excesivo) y para el 94,48% de los pacientes el

cociente fue mayor a 0,25 (gasto de bolsillo catastrófico). Todos los pacientes que ingresaron a UTI tuvieron gastos excesivos y catastróficos adoptando cualquiera de estas definiciones (Gráfico 2).

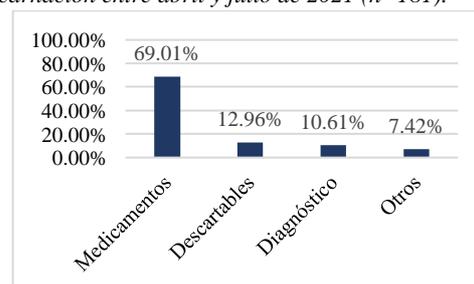
Esta amplia distribución de gastos excesivos y catastróficos no permitió explorar la asociación con la tenencia de seguro del IPS.

La medición del indicador innovador denominado *gasto de bolsillo exorbitante* tuvo como resultado que el 51,38% de todos los casos tuvo gasto de bolsillo mayor al 250% del ingreso monetario del hogar del último mes (GBS/ingreso mayor a 2,5) (Gráfico 2). Hubo asociación estadísticamente significativa entre el gasto de bolsillo exorbitante y la sala de hospitalización (Chi2  $p=0,000$ ). El 82,50% de los que ingresaron a UTI tuvo gasto de bolsillo exorbitante, mientras que para los que fueron hospitalizados en otras salas esta proporción fue de 42,55%. Los que ingresaron a UTI tuvieron 6 veces más chance de gasto de bolsillo exorbitante (OR= 6,36 IC95% 2,64 a 15,36).

También hubo asociación estadísticamente significativa entre el gasto de bolsillo exorbitante y la tenencia de seguro médico del IPS (Chi2  $p=0,037$ ). El 38,30% de los asegurados al IPS tuvo este tipo de gasto de bolsillo, en cambio, para los no asegurados la proporción fue de 55,97%. Los no asegurados del IPS tuvieron el doble de chance de tener gasto de bolsillo exorbitante (OR= 2,04 IC95% 1,04 a 4,04). Además de los ingresos monetarios laborales y no laborales, el 92,27% de los hogares tuvo que recurrir a diferentes mecanismos para conseguir más dinero para pagar las cuentas. Los informantes claves refirieron que la solidaridad social fue necesaria para cubrir el gasto de bolsillo en el 76,24% de los casos, 70,72% recurrió a préstamos familiares, 34,81% tuvo que vender bienes, 33,70% utilizó sus ahorros, 10,5% tuvo que recurrir a empeños o prestamistas y el 8,84% refirió que tuvo que realizar préstamos de financieras o bancos (Gráfico 3).

#### Gráfico 1.

Composición proporcional del gasto de bolsillo durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación entre abril y julio de 2021 ( $n=181$ ).



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del proyecto "Análisis del gasto de bolsillo de salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Itapúa". Universidad Nacional de Itapúa 2021.

**Tabla 1.**

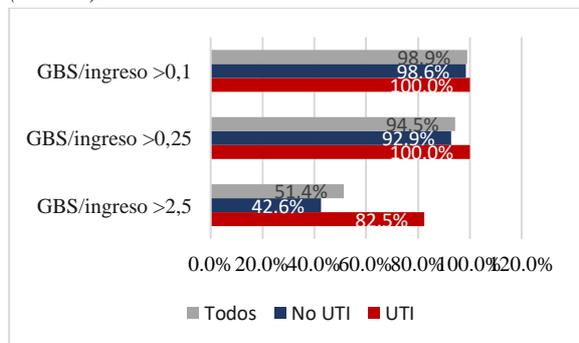
*Magnitud del gasto de bolsillo durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación entre abril y julio 2021 según la sala de internación (n=181)*

Servicios	GBS total promedio en millones de Gs.	GBS diario promedio en millones de Gs.	GBS/ ingresos
UTI	33,6	2,4	5,5
No UTI	7,1	0,85	3,4
Todos	12,9	1,2	3,9
Mann-Whitey	0.0000	0.0000	0.0000

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del proyecto "Análisis del gasto de bolsillo de salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Itapúa". Universidad Nacional de Itapúa 2021.

**Gráfico 2.**

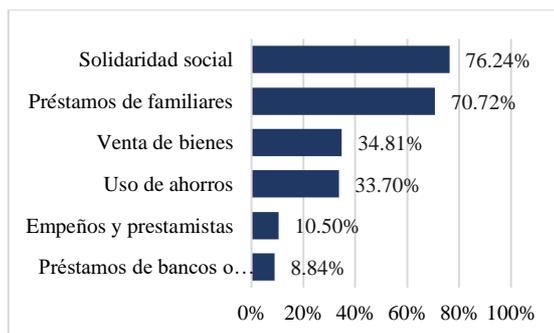
*Proporción de casos con gasto de bolsillo excesivo, catastrófico y exorbitante durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación entre abril y julio 2021 según la sala de internación (n=181).*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del proyecto "Análisis del gasto de bolsillo de salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Itapúa". Universidad Nacional de Itapúa 2021.

**Gráfico 3.**

*Principales mecanismos adicionales a los ingresos del hogar para cubrir el gasto de bolsillo durante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Encarnación entre abril y julio 2021 (n=181)*



Fuente: Elaboración propia a partir de datos del proyecto "Análisis del gasto de bolsillo de salud ante la hospitalización por COVID-19 en el sector público de Itapúa". Universidad Nacional de Itapúa 2021.

## Discusión

En este estudio, la distribución proporcional de casos por sexo fue distinta a la de personas hospitalizadas por COVID-19 a nivel nacional, que según los reportes de Vigilancia de la Salud de julio 2021 era 55% hombres y 45% mujeres (MSPBS. Vigilancia de la Salud. Boletines epidemiológicos semanales, 2021). La mayor participación de mujeres en este estudio (60,77%) se debió posiblemente a la inclusión de mujeres embarazadas con COVID-19 derivadas a este hospital, así como al muestreo no aleatorio del estudio.

La distribución de la población con seguro médico del IPS (25,97%) fue consistente con los datos del Instituto Nacional de Estadística sobre Itapúa, que reportó 25,9% de la población cubierta con seguro (INE, 2018).

Los resultados sobre ingresos monetarios mensuales de los hogares fueron consistentes con los datos publicados por el INE (2018) que señalan que el promedio de ingreso familiar de Itapúa era 4,4 millones de Gs. El promedio de ingreso del último mes en este estudio (3,93 millones de Gs.) correspondió a los hogares entre el tercer y cuarto quintil de ingresos de Itapúa según la categorización del INE. Es importante señalar que los asegurados del IPS son asalariados formales y que el impacto económico de la pandemia en América Latina afectó más al ingreso de los hogares del sector informal (CEPAL/OPS, 2020), situación que es aplicable al contexto de Paraguay. En este estudio, como era razonable esperar, los asalariados formales con seguridad social tuvieron mayores ingresos que aquellos sin seguridad social (predominantemente del sector informal) y este hecho fue determinante para los cálculos de gasto de bolsillo excesivos y catastróficos, pues el denominador es el ingreso monetario.

La proporción de casos estudiados que ingresó a UTI pudo compararse con los registros acumulados publicados en el boletín epidemiológico de la semana epidemiológica número 30 del 2021 sobre personas hospitalizadas, según el cual la proporción de pacientes ingresados a UTI a nivel nacional fue de 14% mientras que los hospitalizados en otras salas representaron el 86% del total de ingresos (MSPBS. Dirección de Vigilancia de la Salud. Boletín epidemiológico semanal, 2021). La mayor proporción de ingreso a UTI en este estudio (22,10%) se debió posiblemente a que el Hospital Integrado de Encarnación fue el hospital designado para la atención de mayor complejidad a nivel departamental y a la muestra no aleatoria de los casos.

Hay que señalar que el momento de este estudio, entre abril y julio de 2021, fue el periodo de mayor ocupación de camas en los hospitales de todo el país. Al inicio del estudio, el Hospital Integrado de Encarnación contaba con 9 camas de UTI y 110 camas en salas de internación de diferentes servicios, pero la sobredemanda hizo necesaria habilitar otras 9 camas en la sala de reanimación para pacientes con requerimiento de asistencia respiratoria por COVID-19, aun así, hubo lista de espera para el ingreso y fue necesario derivar pacientes a otros servicios.

La estancia promedio en este estudio (9 a 15 días) fue consistente con el promedio de estancia de 12 días a 14 días a nivel país, reportado por la Dirección de Vigilancia de la Salud, hasta la semana epidemiológica 30 del 2021.

La letalidad encontrada en este trabajo (30,9% considerando todos los casos, 22,7% para pacientes en salas de hospitalización no UTI y 60% para ingresados a UTI) fue consistente con los parámetros nacionales publicados por Vigilancia de la Salud en la semana epidemiológica 25 del 2021 con una letalidad en todos los establecimientos de 26%: 29,2% en salas no UTI y 53% en UTI (MSPBS. Vigilancia de la Salud. Boletines epidemiológicos semanales, 2021).

La magnitud del gasto de bolsillo en este estudio fue superior a los 2,7 millones de Gs. corrientes publicados por Benítez (2017) y a los 605 USD corrientes publicado por Giménez et al (2017) a partir de la Encuesta de Hogares del 2014, aún si estos valores se ajustan a precios actuales. En estas publicaciones también se encontró que el principal componente del gasto de bolsillo en Paraguay, a nivel nacional, fue la compra de medicamentos, hallazgos que son consistentes con los resultados de esta investigación donde la compra en farmacias

privadas fue el principal componente del gasto de bolsillo.

El mayor gasto de bolsillo ante el ingreso a UTI en este trabajo fue indicativo que ni los mecanismos de protección financiera generales en el ámbito sanitario (como la ley de gratuidad de atención y la cobertura declarada de la seguridad social) ni los mecanismos de protección financiera específicos (como el fondo de emergencia y las leyes de gasto cero ante el COVID-19) fueron suficientes.

El hecho que no hubo asociación estadísticamente significativa entre la magnitud del gasto de bolsillo (total y diario) y la tenencia de seguro del IPS indicó que no hubo una cobertura diferenciada para asegurados y no asegurados durante la estancia en el Hospital Integrado de Encarnación.

La asociación estadísticamente significativa entre la tenencia de seguro del IPS y el cociente del gasto de bolsillo con el ingreso monetario del hogar no ha de interpretarse como un factor protector, pues el gasto promedio total y diario no se asoció con esta cobertura, sino que más bien, este resultado se debe al mayor nivel de ingresos de los asalariados asegurados al IPS. El cociente resultó elevado (3,88 en promedio) pues el gasto de bolsillo se considera excesivo cuando el cociente es mayor a 0,1 y catastrófico cuando es mayor a 0,25 (OMS, 2019).

El alto porcentaje de casos con gasto de bolsillo excesivo (98,9%) y catastrófico (94,5%) en el contexto pandémico del estudio resultó superior a los hallazgos sobre gasto de bolsillo en pacientes hospitalizados publicados antes de la pandemia de COVID-19. En efecto, Saksena et al (2010) estudiaron 51 países, encontrando gastos catastróficos en el 27,5% de los hogares por gastos de hospitalización. Ghiasvand et al (2014) reportaron 15% de gastos catastróficos en 400 casos de 5 hospitales afiliados a la Universidad de Teheran. Kastor y Mohanty (2018) encontraron 28% de gastos catastróficos en la India, con diferencias según diferentes enfermedades. La amplia distribución del gasto de bolsillo excesivo y catastrófico en este estudio puede interpretarse como el efecto combinado de tres factores, entre otros: a) el modelo de financiamiento sanitario en el Paraguay desde antes de la pandemia, caracterizado por una reducida inversión pública y alta participación el gasto de bolsillo; b) el impacto de las epidemias en general, y particularmente de la pandemia de COVID-19, sobre el consumo intensivo de los limitados recursos del segmentado y fragmentado Sistema Nacional de Salud paraguayo; y c) la disminución de los ingresos

en los hogares como efecto económico de la pandemia.

No hay antecedentes para comparar los resultados de gastos de bolsillo exorbitantes, pues es una innovación en la medición del gasto de bolsillo en salud. Esta innovación podría ser útil para estudios similares durante el tratamiento de enfermedades que requieren medicina de alta complejidad y tecnologías costosas. El hallazgo de una asociación estadísticamente significativa con la tenencia de seguro de IPS, no se debe a un menor gasto de bolsillo en el ámbito de la seguridad social sino a los mayores ingresos monetarios mensuales de los trabajadores asalariados asegurados y, por lo tanto, no ha de interpretarse como un efecto protector del seguro.

El ingreso monetario de los hogares no fue suficiente para afrontar el gasto de bolsillo ante el COVID-19. Hubo que recurrir a diferentes mecanismos familiares, comunitarios y del sector financiero formal e informal para obtener el dinero adicional para pagar las cuentas. Estos procesos se relacionaron con penurias económicas para los hogares que al mismo tiempo enfrentaron la angustia por la enfermedad de un ser querido y la frustración ante las elevadas cuentas que pagar. La adaptación a esta situación, los efectos en el mediano plazo sobre proyectos de vida y la recuperación económica del hogar son fenómenos poco estudiados que podrían ser parte de una agenda de investigación futura.

### Conclusiones

Los mecanismos de protección financiera en salud de Paraguay fueron insuficientes para evitar gastos de bolsillo excesivos, catastróficos y exorbitantes ante el COVID-19. Tampoco la seguridad social pudo evitar este tipo de gasto para sus asegurados. El COVID-19 rebasó las capacidades del Sistema Nacional de Salud y exacerbó sus limitaciones. La población tuvo que enfrentar los déficits mediante un elevado gasto de bolsillo recurriendo a diferentes mecanismos para conseguir el dinero necesario para pagar las cuentas ya sea a través de la solidaridad social, préstamos, uso de ahorros o pérdida de bienes.

Superada la contingencia, habrá que diseñar e implementar políticas sectoriales para el fortalecimiento de la oferta pública de servicios de salud, con el objetivo de alcanzar cobertura y acceso universal de salud con protección financiera suficiente, duplicando el gasto público y reduciendo

sustancialmente la participación del gasto de bolsillo en el financiamiento sanitario.

### Referencias Bibliográficas

- Ayodeji, Emmanuel Iyanda; Adeleke; Richard; Yongmei, Lu; Osayomi, Tolulope; Adaralegbe, Adeleye; Lasode, Mayowa; Chima-Adaralegbe, Ngozi J.; Osundina, Adedoyin M. (2020) 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 1438-1445 ISSN 1876-0341, <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2020.07.006>.
- Banco Mundial. (2018), Paraguay. Revisión del gasto público en los sectores sociales. Capítulo III: Salud. © World Bank.
- Benítez G. (2017). Paraguay: Distribución del Gasto en Salud y Gastos de Bolsillo. Principales resultados. CADEP. Asunción Paraguay. Disponible en: <http://www.cadep.org.py/uploads/2017/06/Gastos-de-bolsillo-en-salud-OK.pdf>
- CEPAL/OPS (2020). Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el COVID-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe. Informe técnico. Julio 2020.
- 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>
- Gaete R. (2017) Financiamiento y Gasto en Salud. Fundación CIRD. 2017. Disponible en: <https://es.slideshare.net/rubengaete3/financiamiento-y-gasto-en-salud-en-el-paraguay>

- Ghiasvand H, Sha'baninejad H, Arab M, Rashidian A. (2014) Hospitalization and catastrophic medical payment: Evidence from hospitals located in Tehran. *Arch Iran Med*. 2014; **17(7)**: 507 – 513.
- Giménez Caballero, E.; Rodríguez, J. C.; Ocampos, G.; Flores, L. (2017) Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2017; **15(3)**: 64-72
- Giménez, E.; Flores, L.; Rodríguez, J. C.; Ocampos, G.; Peralta, N. (2018) Gastos catastróficos de salud en los hogares del Paraguay. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2018; **16(2)**: 38-48
- Giménez E.; Rodríguez, J. C.; Ocampos, G. (2018) 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
- Giménez, E.; Amarilla, M.; Brítez, A.; Rodríguez, J.C.; Flores, L.; Peralta, N. (2021) Asociación entre gastos de bolsillo de salud y pobreza utilizando datos de la Encuesta Permanente de Hogares en Paraguay en el 2014. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2021; **19(1)**: 18-30
- Kastor, A.; Mohanty, S. K. (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>
- Paraguay. Poder Legislativo (2020). Ley N° 6524 que Declara estado de emergencia en todo el territorio de la República del Paraguay 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.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Resolución SG 136/2020. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/resoluciones-covid19.html>
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (2020). Dirección General de Vigilancia de la Salud. Boletines epidemiológicos semanales.
- 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.
- Paraguay. Convención Nacional Constituyente (1992). Constitución Nacional 1992. Paraguay. Poder Legislativo (2021). Ley N° 6725 Que crea un fondo nacional para la cobertura de gastos durante la hospitalización en unidades de cuidados intensivos de personas con covid-19 en los sectores públicos, privados y previsionales y la adquisición de medicamentos esenciales para el tratamiento de todos los pacientes de COVID-19.
- Paraguay. Poder Legislativo (2021). Ley n° 6742 Que crea el fondo nacional de cobertura a pacientes hospitalizados con COVID-19.
- Perticara, M. (2008) Incidencia de los gastos de bolsillo en salud en siete países latinoamericanos. Serie Políticas Sociales 141. Santiago, Chile: CEPAL; 2008.
- Saksena, P.; Xu, K.; Durairaj, V. (2010). The Drivers of Catastrophic Expenditure: Outpatient Services, Hospitalization or Medicines? In *World Health Report 2010 Background Paper*, No 21. Geneva: World Health Organization; 2010.
- Wang, Z.; Tang, K. (2020) Combating COVID-19: health equity matters. *Nat Med* **26**, 458, 2020.
- WHO (2019). 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.

WHO (2020). Global spending on health 2020: weathering the storm. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.