

Gasto de bolsillo de salud en personas con diabetes e hipertensión arterial en el primer nivel de atención de Encarnación, Paraguay

Out-of-pocket health expenditure in people with diabetes and hypertension at the first level of care in Encarnación, Paraguay

Diana Paola Dressler¹, Edgar Giménez Caballero¹

¹Universidad Nacional de Itapúa, Itapúa, Paraguay



Recibido: 21/08/2024

Revisado: 30/08/2024

Aceptado: 04/09/2024

Autor correspondiente

Diana Paola Dressler
Universidad Nacional de Itapúa
Itapúa, Paraguay
dpdressler@uni.edu.py

Editor Responsable

Gladys Estigarribia, PhD¹
Universidad Nacional de Caaguazú
Coronel Oviedo, Paraguay

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Fuente de financiación

Los autores no recibieron apoyo financiero de entidades gubernamentales o instituciones para realizar esta investigación

Este artículo es publicado bajo una

[licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](#).



RESUMEN

Introducción: El gasto de bolsillo de salud se refiere a los gastos directos que realizan las personas por servicios médicos, medicamentos y otros cuidados de salud. En los pacientes con enfermedades crónicas se vuelve significativo por la carga económica que genera en el hogar. **Objetivo:** analizar las características del gasto de bolsillo de salud y su efecto económico en los hogares de pacientes con Diabetes e Hipertensión arterial en el primer nivel de atención. **Metodología:** Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental de corte transversal. Incluyó una muestra no aleatoria de 201 pacientes de las Unidades de Salud de la Familia del Distrito de Encarnación, a quienes se les aplicó una encuesta con una medición de una sola vez. Las variables dependientes fueron gasto de bolsillo de salud, razón gasto/ingresos, gasto excesivo de salud y gasto catastrófico en salud. Las variables independientes: Tipo de enfermedad crónica y presencia de complicaciones. La asociación significativa se determinó mediante pruebas de Chi², Kruskal Wallis y Mann-Whitney ($p < 0,05$). **Resultados:** Se encontró que el 75 % tuvo gasto de bolsillo principalmente por hospitalización y medicamentos. El gasto fue excesivo para el 22 % de los casos y catastrófico para el 10 %. El gasto se asoció significativamente con el tipo de enfermedad crónica y con la presentación de complicaciones. **Conclusión:** Se denotó que el acceso a medicamentos no fue asequible y que la protección financiera del sistema no fue suficiente porque los pacientes incurrieron a gastos excesivos y catastróficos de salud.

Palabras clave: gasto de bolsillo en salud, protección financiera, enfermedades crónicas no transmisibles, primer nivel de atención.

ABSTRACT

Introduction: Out-of-pocket health spending refers to the direct expenses people make for medical services, medications, and other health care. In patients with chronic diseases, it becomes significant due to the economic burden it generates at home. **Objective:** Analyzing the characteristics of out-of-pocket health spending and its economic effect in the homes of people with Diabetes and Hypertension at the first level of care. **Methodology:** A quantitative, non-experimental, cross-sectional research. It included a non-random sample of 201 patients from the Family Health Units of the District of Encarnación, to whom a survey with a one-time measurement was applied. The dependent variables were out-of-pocket health spending, spending/income ratio, excessive health spending, and catastrophic health spending. The independent variables: Type of chronic disease and presence of complications. The significant association was determined using Chi², Kruskal Wallis and Mann-Whitney tests ($p < 0.05$). **Results:** It was found that 75% had out-of-pocket expenses mainly for hospitalization and medications. The expense was excessive for 22% of the cases and catastrophic for 10%. Expenditure was significantly associated with the type of chronic disease and the presentation of complications. **Conclusion:** It was noted that access to medicines was not affordable, and that the financial protection of the system was not sufficient because patients incurred excessive health expenses.

Keywords: out-of-pocket spending on health, financial protection, non-communicable chronic diseases, first level of care.

INTRODUCCIÓN

La evidencia mundial indica que el gasto de bolsillo en salud está creciendo más rápidamente que el resto de la economía mundial, representando el 10 % del producto interno bruto (PIB) mundial (1). El gasto de bolsillo de salud (GBS) comprende todo tipo de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud. Incluye las consultas médicas, medicamentos, tratamientos, procedimientos, hospitalización y otros servicios de salud (2,3). En América Latina y el Caribe, dicho gasto representa el 32,1 % del gasto total en los hogares (4,5), mientras que en Paraguay ha variado de 53 % del gasto total en salud en el 2000 al 44 % en el 2018 (6).

Cuando los costos de atención a la salud se relacionan con enfermedades complejas, se requiere una inversión continua, debido al ritmo de incremento que supera la capacidad de crecimiento de los ingresos del hogar por un amplio margen. Esta situación se agrava para los hogares con pacientes que necesitan atención sostenida frente a enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial y la diabetes. En estos casos, la falta de protección financiera puede llevar a que los hogares se vean obligados a priorizar otros gastos esenciales, provocando la discontinuidad en los tratamientos o incluso la exclusión de los servicios de salud. Esto no solo afecta la salud de los pacientes, sino que también tiene un impacto devastador en la economía básica del hogar, ya que los gastos de salud no planificados pueden desestabilizar la capacidad económica de la familia, reduciendo su bienestar general.

El sistema de salud en Paraguay refleja una situación de fragmentación y falta de coordinación entre los diferentes actores, que comprenden el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), el Instituto de Previsión Social (IPS) y subsectores del sistema de salud (7,8). Si bien se han implementado medidas para avanzar hacia el acceso universal y la cobertura de salud, a través de iniciativas como las Unidades de Salud de la Familia (USF) (9), no se refleja equidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente para aquellos pacientes cuyas atenciones sanitarias deben ser sostenible con el tiempo. Datos recabados del Ministerio de Salud y Pública y Bienestar Social señalan que para el 2022 existían 902 Unidades de Salud de la Familia, de las cuales, 115 corresponden al Departamento de Itapúa (10).

La atención de la Hipertensión arterial y la Diabetes constituyen gran parte de la consulta en las unidades de salud familiar. De hecho, Paraguay es el país del MERCOSUR con prevalencia más alta de hipertensión,

el 45,8 % de la población tiene presión arterial elevada y el 9,7 % padece diabetes (11-13).

En la actualidad existen estudios sobre el análisis GBS en Paraguay (14,15,6); sin embargo, hasta la fecha no se han encontrado investigaciones sobre la protección financiera del sistema nacional de salud paraguayo con respecto al GBS en los pacientes que cursan con Diabetes e Hipertensión y asisten al primer nivel de atención. Por lo tanto, este estudio propone conocer las características del GBS en pacientes con Diabetes e Hipertensión arterial y como afecta económicamente a sus hogares, a fin de aportar orientaciones para contribuir a la formulación de políticas sectoriales, las cuales son fundamentales para mejorar el acceso a servicios de salud esenciales, garantizar la protección financiera de la población y promover la equidad en el sistema de salud.

METODOLOGÍA

El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, observacional, descriptivo de corte transversal. Se trabajó en 13 Unidades de Salud de la Familia (USF) del Distrito de Encarnación, Paraguay, organismos dependientes de Séptima Región Sanitaria. La población estuvo integrada por los pacientes mayores de 18 años con Diabetes e Hipertensión arterial que asistieron a las USF entre marzo a junio del año 2024. Se incluyó un total de 201. El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico, se seleccionaron todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión a medida que se presentaron, hasta alcanzar el tamaño de muestra deseado. Se realizó una medición por cada persona, incluida como unidad de análisis. Para la recolección de datos, se utilizó un cuestionario con preguntas estructuradas, se probó previamente a través de una prueba piloto y se validó teniendo en cuenta los objetivos del presente estudio, incluyendo un total de 29 preguntas. No se tuvo datos faltantes en las respuestas.

Se detalló el promedio del GBS en guaraníes y la descripción de los componentes del GBS (compra de medicamentos, análisis laboratoriales, estudios de imágenes, compra de dispositivos, pago por servicios curativos) por paciente en el último mes o tres meses previo a la aplicación de la encuesta, se aplicaron estadísticas descriptivas (medidas de tendencia central y de dispersión). Para hallar la magnitud, se sumaron los gastos realizados por cada paciente en un periodo de tiempo, se aplicaron las medidas de tendencia central.

Se calculó la razón de GBS por ingresos en los hogares. Se requirió calcular si el GBS superó el 0,10 o el 0,25 del

ingreso del hogar a través de la razón gasto de bolsillo de salud (numerador) e ingreso económico del hogar (denominador). Se definió como gasto excesivo al cociente de la razón gasto de bolsillo/ingreso del hogar mayor a 0,1 y catastrófico al cociente mayor a 0,25.

Las variables dependientes fueron gasto de bolsillo de salud, razón gasto/ingresos, gasto excesivo de salud y gasto catastrófico en salud. Las variables independientes: Tipo de enfermedad crónica y presencia de complicaciones. Se aplicaron pruebas de significancia estadística mediante la prueba de CHI², Kruskal–Wallis y de Mann–Whitney. La significancia estadística se estableció a partir de una $p < 0,05$. Para procesar los datos se utilizó STATA 16.1.

Los participantes fueron informados sobre la finalidad del estudio previo a la firma del consentimiento informado. Se respetó la voluntad de cada paciente de participar y responder a las preguntas planteadas en la encuesta y se garantizó la confidencialidad de las respuestas de los mismos. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa.

RESULTADOS

De los 201 pacientes incluidos en este estudio, 80 % fueron del sexo femenino. El rango de edad estuvo entre 18 años y 89 años. La edad promedio fue 58,3 años (DE 12,8). El 94 % procedía del Distrito de Encarnación. El 91 % de los pacientes carecía de seguro médico, el 7 % era asegurado del Instituto de Previsión Social (IPS) y 2 % contaba con seguro privado. La mayoría de los hogares tenía 2-3 integrantes por hogar con un promedio de 3,18 (DE 1,78) personas por hogar. La cantidad promedio de integrantes con ingresos en los hogares fue de 1,54 (DE 0,73). El ingreso monetario de los hogares en el último mes fue en promedio 2,44 millones de Gs. (DE 0,16). Para los pacientes que cursaban con ambas patologías el promedio fue mayor que el de los pacientes diabéticos y los hipertensos (Tabla 1). El 53 % (N=106) de los pacientes presentó Hipertensión arterial, 38 % (N=77) Diabetes y el 9 % (N=18) ambas enfermedades. El 14 % manifestó presentar complicaciones, donde las más frecuentes fueron las complicaciones cardíacas y la retinopatía.

De aquellos que refirieron presentar complicaciones (14 %), el 93 % tuvo GBS (Figura 1). El 99 % (N=199) de los pacientes refirió tomar medicamentos, 98 % (N=197) sostuvo retirar gratuitamente de la USF a la que acude. Al preguntar si compraba medicamentos cuando no hay en la USF, el 84 % (N=169) afirmó hacerlo; el 30 % (N=60) indicó que deja de tomar

remedios cuando no tiene dinero para comprarlos. Por otra parte, el 62 % (N=124) mencionó que en el último mes tuvo que comprar medicamentos y el 29 % (N=58) afirmó que ha tenido que suspender su tratamiento por no tener dinero para comprarlos.

Del total de la muestra, el 75 % (N=150) de los pacientes incurrió en GBS. El 55 % (N=111) afirmó pagar sus propios gastos; en menor porcentaje, el 24 % (N=48) citó al hijo como encargado.

La distribución del GBS considerando a todos los pacientes y a aquellos que realizaron algún pago se presenta en la Tabla 2.

Al analizar a todos los pacientes que tuvieron o no gastos, se denota que el GBS promedio fue mayor para los que cursaron con ambas patologías que para los diabéticos e hipertensos. Al considerar a los que pagaron por alguno de los componentes, los resultados señalaron que el GBS promedio fue mayor para aquellos que cursan con ambas patologías. El gasto de bolsillo de salud se asoció significativamente con el tipo de Enfermedad crónica y con la presentación de complicaciones ($p < 0,05$). El 22 % (N=44) presentó GBS excesivo, mayor al 10 % de sus ingresos. De los que presentaron gastos excesivos en salud (GES), el 10 % (N=21) tuvo GBS mayor al 25 % de sus ingresos. Los resultados señalaron que no hubo asociación estadísticamente significativa entre el tipo de ECNT con el GBS excesivo ($\text{Chi}^2 p=0,160$) ni con el GBS catastrófico ($\text{Chi}^2 p=0,133$). Asimismo, la presencia de complicaciones no se asoció estadísticamente con el GBS excesivo ($\text{Chi}^2 p=0,423$) ni con el GBS catastrófico (GCS) ($\text{Chi}^2 p=0,524$). En la Figura 2 se detalla el GBS excesivo y catastrófico por patologías y complicaciones.

El 66 % (N=132) respondió no tener ningún tipo de ayuda por parte del Gobierno, el 25 % (N=51) manifestó ser beneficiado con el subsidio de tercera edad, y en menor porcentaje, 6 % (N=13) refirió cobrar Tekoporã. Al analizar las asociaciones de las variables, se observó que la magnitud del GBS total promedio no se asoció según el tipo de ECNT (Kruskal–Wallis $p=0,0534$); pero si se asoció de forma estadísticamente significativa con la presentación de complicaciones (Mann - Whitney $p < 0,05$). La razón del GBS sobre los ingresos se asoció de forma estadísticamente significativa con el tipo de enfermedad crónica (Kruskal Wallis $p < 0,05$); sin embargo, no se asoció según la presencia de complicaciones (Mann - Whitney $p=0,1487$). Las fuentes utilizadas para cubrir el GBS fueron: ingresos del hogar 53 %, 36 % ayuda familiar y 1 % préstamo de amigos o familiares.

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO (N=201).

Características	DM N=77 (%)		HTA n=106 (%)		DM + HTA n=18 (%)		Total n=201 (%)	
Demográficas								
Sexo, n (%)								
Femenino	54	70%	91	86%	16	89%	161	80%
Masculino	23	30%	15	14%	2	11%	40	20%
Grupos de edad								
18-27	3	4%	2	2%	0	0%	5	2%
28-37	2	3%	4	4%	0	0%	6	3%
38-47	10	13%	17	16%	1	6%	28	14%
48-57	15	19%	31	29%	3	17%	50	25%
58-67	22	29%	29	27%	5	28%	56	28%
68-77	20	26%	22	21%	8	43%	50	25%
78 y mas	4	6%	1	1%	1	6%	6	3%
Procedencia, n (%)								
Urbana	77	100%	100	94%	17	94%	194	97%
Rural	0	0%	6	6%	1	6%	7	3%
Socioeconómicas								
Tenencia de seguro								
Sí	15	20%	2	2%	2	11%	19	9%%
No	62	80%	104	98%	16	89%	182	91%
Ingresos del hogar en Gs.								
Menor a 1.000.000	10	13%	19	18%	2	11%	31	15%
1.000.000-1.999.999	16	21%	29	27%	6	33%	51	26%
2.000.000-2.999.999	21	27%	28	26%	1	6%	50	25%
3.000.000-3.999.999	18	23%	14	13%	7	39%	39	19%
Mayor a 4.000.000	12	16%	16	16%	2	11%	30	15%
Integrantes por hogar								
0-1	8	10%	19	18%	1	6%	28	14%
2-3	41	53%	48	45%	12	66%	101	50%
4-5	22	29%	28	26%	4	22%	54	27%
mayor a 5	6	8%	11	10%	1	6%	18	9%
Integrantes con ingreso por hogar								
0-2	42	55%	53	50%	10	56%	105	52%
3-4	34	44%	50	47%	8	44%	92	46%
mayor a 4	1	1%	3	3%	0	0%	4	2%
Ingreso, millones de Gs.								
Promedio + DE	2,54 ± 0,14		2,33 ± 0,16		2,73 ± 0,21		2,44 ± 0,16	
Clínicas								
Complicaciones en la Enfermedades								
Sí	10	13%	14	13%	5	28%	29	14%
No	67	87%	92	87%	13	72%	172	86%
Tipos de complicaciones								
Nefropatía	1	10%	0	0%	0	0%	1	3%
Retinopatía	6	60%	5	36%	2	40%	13	45%
Pie diabético	0	0%	1	7%	1	20%	2	7%
Cardíacas	3	30%	8	57%	2	40%	13	45%

DM: Diabetes Mellitus. HTA: Hipertensión arterial

FIGURA 1. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD POR TIPO DE PATOLOGÍA Y PRESENCIA DE COMPLICACIONES (N=201).

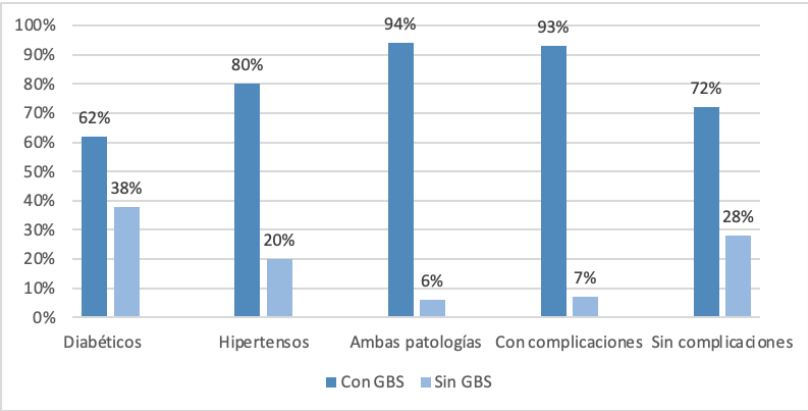
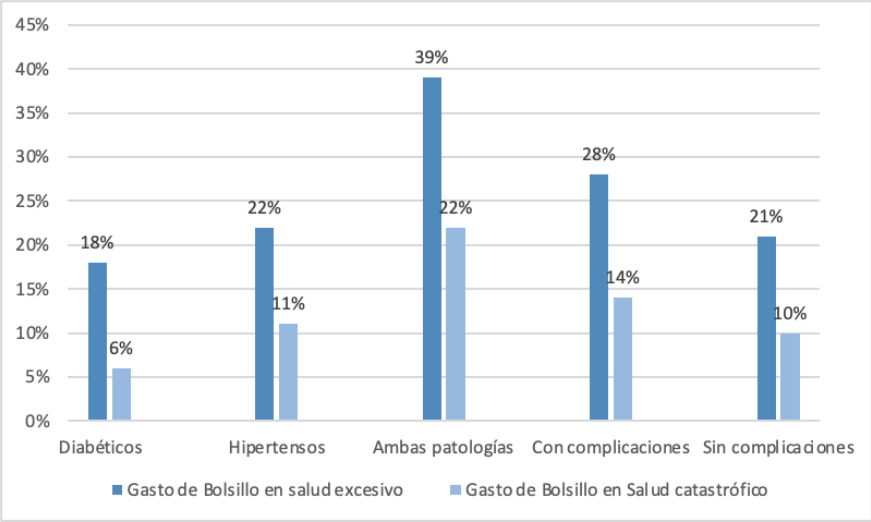


TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DEL GASTO DE BOLSILLO DE SALUD POR COMPONENTES EN MILES DE GUARANÍES (N=201).

Características	Diabéticos n=77		Hipertensos n=106		Ambas Patologías n=18		Total n=201	
	Promedio Gs.	DE	Promedio Gs.	DE	Promedio Gs.	DE	Promedio Gs.	DE
GBS total en miles de Gs. considerando a todos los pacientes.	149,4	389,7	158,9	355,9	371,7	719,6	174,3	414,8
GBS Medicamentos	34,3	61,4	51,5	77,3	90,3	130,1	48,4	79,1
GBS Análisis laboratoriales.	47,2	123,4	37,9	92,1	34,1	72,7	41,1	103,5
GBS Estudios de imágenes.	23,3	69,1	27,3	88,4	25,,1	77,1	25,6	79,8
GBS Consultas	0	0	1,41	14,5	0	0	0,74	10,5
GBS Hospitalización	44,4	34,3	40,5	29,8	22,2	73,2	58,3	37,3
GBS total en miles de Gs. considerando a los pacientes que realizaron algún pago	239,7	485,5	158,9	387,9	393,6	735,6	233,6	465,9
GBS Medicamentos	82,7	71,5	71,9	81,5	101,6	133,9	78,5	88,2
GBS Análisis laboratoriales.	214,1	185,4	191,666	116,6	153,7	73,9	197,1	116,9
GBS Estudios de imagen	200	75	223,1	97,6	225,000	106,1	214,5	91,5
GBS Consultas	0	0	150	12,2	0	0	150	12,2
GBS Hospitalización	1,140	1,613,3	860	332,6	2,000	1,414,2	1,172	432,5

FIGURA 2. GASTO DE BOLSILLO MAYOR A 0,1 Y GASTO MAYOR A 0,2 POR PATOLOGÍAS Y COMPLICACIONES (N=201).



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio señalan que la protección financiera del sistema nacional de salud del Paraguay es débil y el modelo, desde la perspectiva del GBS, es inequitativo. La protección financiera es débil porque hemos de financiamiento encontrado que el 75 % de los pacientes presentó GBS. No todos los pacientes con ECNT incurrieron en gastos, y los que gastaron no lo hicieron en todos los conceptos. Aun así, el hecho de no registrarse algún pago no significa que exista una protección financiera completa porque debería considerarse el contexto de la oferta y la accesibilidad a los servicios.

Dentro de las enfermedades crónicas, la Diabetes mellitus y la Hipertensión arterial son las que comúnmente se presentan en los hogares paraguayos, siendo la hipertensión arterial el de mayor prevalencia a nivel de Sudamérica (16). Por su nivel de prevalencia, en el presente estudio se eligieron como trazadores estas dos enfermedades a partir de la encuesta, denotándose mayor porcentaje de hipertensos (53 %), diabéticos (38 %) y con ambas enfermedades (9 %). La magnitud del GBS ha sido mayor en la hospitalización seguido por la compra de medicamentos, lo cual podría explicarse con la presencia de comorbilidades que aumentan los costos de tratamiento y prolongan la estadía hospitalaria.

Según la composición del gasto a nivel general, se obtuvo mayor porcentaje en la hospitalización, seguido del GBS en medicamentos, análisis laboratoriales, estudios de imagen y mínimamente en consultas. Algunos reportes realizados en Paraguay (17,18) sostienen que el principal componente del gasto de bolsillo son los medicamentos, los cuales representan la mayor proporción del gasto total en salud. Al comparar con otros países, en Chile se ha reportado que la composición fue del 30,8 % por gastos de medicamentos, 16,2 % por gastos de hospitalización, 8,1 % por estudios de diagnóstico y 6,3 % por consultas (19). Mientras que en Colombia los medicamentos representaron el 28,3 % GBS, los gastos de diagnóstico 8,2 % y los de consulta 16,2 % (20).

En la población diabética el promedio para los gastos fue mayor en los análisis laboratoriales y menor en la hospitalización, mientras que en los hipertensos el gasto promedio fue mayor en medicamentos. El motivo podría obedecer a que los pacientes diabéticos necesitan controles laboratoriales periódicos para la medición de la glicemia y/o la hemoglobina glicosilada. En general, el abastecimiento de reactivos no se da de manera continua en los laboratorios públicos, la limitación de la oferta disponible conlleva a que los

pacientes acudan a los laboratorios privados prefiriendo realizarse una sola extracción sanguínea e incurriendo al GBS.

En el caso de los hipertensos, la composición del GBS se reflejó en medicamentos, lo cual podría deberse a que en las USF no siempre se da el abastecimiento continuo de fármacos. Si bien existen disposiciones sobre la gratuidad de aranceles (21), la misma no es suficiente sin la provisión de medicinas y otros insumos necesarios para la atención. Por otra parte, a pesar de que varios pacientes manifestaron contar con seguro médico privado y de IPS, la cobertura no fue suficiente para protegerlos contra los gastos excesivos ya que incurrieron al GBS por no tener medicamentos disponibles.

Giménez et al (14) refiere que el análisis del GBS de las personas puede realizarse considerando la distribución de los pagos directos entre toda la población, entre todas las personas que enfermaron, o entre aquellas que enfermaron e incurrieron en algún pago por motivos de salud. Al considerar a todos los enfermos, que pagaron y no pagaron, la distribución del GBS se interpreta como una de las expresiones del grado de protección financiera y la equidad contributiva del sistema de salud. Al contemplar la distribución sólo de las personas que gastaron por cada componente, el resultado está más cerca de los promedios de precios pagados pudiendo indicar de cómo afecta a una persona que ante la necesidad de atención tenga que incurrir en pagos directos para usufructuar un servicio de salud.

Al evaluar en la población estudiada a las personas que pagaron por alguno de los componentes, excluyendo a aquellas que no realizaron pago alguno, el promedio pagado por hospitalización para todos los que tuvieron GBS es tan elevado que representa 15 veces lo pagado por medicamentos; en cambio lo pagado por estudios de imagen y análisis laboratoriales son 2,7 y 2,5 veces lo pagado por medicamentos. Estas relaciones se mantienen en la población diabética. En cambio, para aquellos que cursan con ambas patologías o solo hipertensión arterial, lo pagado por hospitalización es 19,6 y 11,9 veces superior al pago por medicamentos.

En esta investigación se calculó la incidencia del GBS sobre los ingresos de las personas considerando a todos los pacientes, diabéticos, hipertensos y que cursan con ambas enfermedades, en promedio fue mayor para los hogares de los pacientes con ambas enfermedades con una razón de gasto/ingreso de 0,13. Una razón alta de GBS/ingresos podría indicar una carga financiera significativa en la atención médica. El GBS excesivo fue dominante para el 22 % de los

pacientes y catastrófico para el 10 %. En el estudio nacional sobre el GBS en personas hospitalizadas se menciona que el GBS excesivo afectó al 87,37 % de los hospitalizados y el GCS al 51,58 % (22).

El gobierno paraguayo brinda servicios de salud gratuitos, no obstante en este trabajo se documentó que las personas con Diabetes e Hipertensión arterial incurren al GBS para no abandonar sus tratamientos, contradiciéndose con los principios de equidad y solidaridad que fundamenta a los sistemas de salud basados en la estrategia de APS (23) e inspira a las políticas de salud del país. Si bien el estado paraguayo presenta un costo anual de atención de la Diabetes de aproximadamente \$ 875.000 por paciente (24), incluyendo agendamiento, admisión, preconsulta, consulta médica, entrega de medicamentos y estudios de apoyo diagnóstico, esto no es suficiente si la cantidad de medicamentos no da abasto.

Este estudio presenta varias limitaciones que podrían influir en la interpretación de los resultados. En primer lugar, la naturaleza transversal de la encuesta impide establecer relaciones causales entre las variables estudiadas y el GBS. Además, aunque la recolección de datos fue exhaustiva y diseñada específicamente para estimar el GBS en pacientes con diabetes e hipertensión arterial, existe el riesgo de sesgo de información, ya que los datos se basan en auto-reporte de los pacientes, lo que podría conducir a subestimaciones o sobreestimaciones de los gastos.

Otra limitación importante es la falta de información sobre otros factores que podrían influir en el GBS, como la educación de los pacientes, el conocimiento sobre sus enfermedades, y su capacidad para acceder a servicios de salud de calidad. Estos factores pueden tener un impacto significativo en la gestión de enfermedades crónicas y en la capacidad de los pacientes para evitar gastos catastróficos.

Dentro de las fortalezas, se resalta la exhaustiva recolección de datos en la encuesta diseñada exclusivamente para estimar el gasto de bolsillo de salud en pacientes con Diabetes e Hipertensión arterial, minimizando el sesgo de información posible de datos. Los resultados de esta investigación revelan que los hogares de pacientes con diabetes e hipertensión arterial en Paraguay están en riesgo significativo de enfrentar GES y GCS, especialmente cuando se requieren servicios de alto costo, como hospitalizaciones. Para abordar estas inequidades, se recomienda que las políticas de salud en Paraguay se enfoquen en mejorar la equidad en el acceso a servicios de salud y medicamentos. Se debería asegurar un abastecimiento continuo y adecuado de medicamentos en las USF y otros centros de salud públicos para reducir la dependencia de los pacientes en los servicios privados y disminuir el GBS. Lograr la cobertura universal de salud requiere no solo la expansión de los servicios de salud, sino también la garantía de que estos servicios sean accesibles y asequibles para todos los segmentos de la población. Esto implica una reorientación de las políticas para priorizar la equidad y disminuir las asimetrías de los servicios de salud.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Diana Dressler ha participado de la concepción y diseño del trabajo, recolección y obtención de resultados, análisis e interpretación de datos, redacción del manuscrito. Edgar Giménez se ha encargado de la interpretación de los datos, la revisión crítica del manuscrito y aprobación de su versión final.

DISPONIBILIDAD DE DATOS

Los datos están disponibles previa solicitud al autor de correspondencia.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Los países están gastando más en salud, pero las personas siguen pagando demasiado de sus bolsillos. 2019. [URL](#)
2. Xu K. Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos. Metodología. Documento de Trabajo. Ginebra: OMS. 2012. [URL](#)
3. Pérez M. Acceso económico. 2023. [URL](#)
4. Bank W. World Development Indicators: Health systems. 2018. [URL](#)
5. Alvis J, Marrugo C, Alvis N., Gómez F, Flores A, Moreno D. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. Rev. salud pública. 2018;20(5). <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.61403>
6. Giménez Caballero E. Análisis de Gastos Catastróficos y Empobrecedores en el Sistema Nacional de Salud de Paraguay. Asunción. 2021. [URL](#)
7. Organización Panamericana de la Salud. Perfil de los Sistemas de Salud de Paraguay. 2008. [URL](#)
8. Mancuello J, Cabral de Bejarano S. Sistema de Salud de Paraguay. Rev. Salud Pública Parag. 2011;1(1):13-25. [URL](#)
9. Organización Panamericana de la Salud. Introducción: Salud Universal. 2014. [URL](#)
10. Agencia de Información Paraguaya. Itapúa suma 10 nuevas USF y se llega a 902 en funcionamiento en todo el país. 2022. [URL](#)
11. Dirección de Vigilancia de Enfermedades No Transmisibles. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. 2014. [URL](#)
12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. MSPyBS. 2017. [URL](#)

13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Análisis de la Situación de las Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Asunción. 2014. [URL](#)
14. Giménez E, Rodríguez J, 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. [https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015\(03\)64-072](https://doi.org/10.18004/mem.iics/1812-9528/2017.015(03)64-072)
15. Giménez E, Martínez J, Peloso D, Ortigoza M, Zapata P, Oliveira H, et al. 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. 2022;(16). [URL](#)
16. Galeano J. Paraguay es el país con más prevalencia de hipertensión arterial a nivel de Sudamérica, indica especialista cardiovascular. Noticias FCM-UNA. 2022 Septiembre 28.
17. Giménez Caballero E, Barrios Kuck M. ¿Cuánto se paga para utilizar servicios de salud en Paraguay? Una aproximación a las brechas para la cobertura. Investigación para el Desarrollo. 2014. [URL](#)
18. Rodríguez J, Giménez E, Amarilla M, Peralta N, Flores R. L, Araújo J, et al. Análisis de gastos de bolsillo de salud excesivos por quintiles de ingresos en Paraguay. Novapolis, Revista Paraguaya de Estudios Políticos Contemporáneos. 2021;(19): p. 91-107. [URL](#)
19. Castillo-Laborde C, Villalobos Dintrans P. Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. Revista médica de Chile. 2013;141(11):1456-1463. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872013001100013>
20. Prada S, Sarria M, Guerrero R. Medición del gasto de bolsillo en salud usando la Encuesta Nacional de Calidad de Vida de Colombia (Measuring Out-of-Pocket Health Expenditure Using Colombia's Living Standards Measurement Studies). Universidad Icesi School of Management and Economics Research Paper No. 2931192. 2016. <http://dx.doi.org/10.13140/RG.2.1.2426.5369>
21. Giménez E, Ocampos G, Rodríguez J, Araujo J, Peralta N. Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. Anales. Fac. Cienc. Méd. 2019;52(1):33-42. [https://doi.org/10.18004/anales/2019.052\(01\)33-042](https://doi.org/10.18004/anales/2019.052(01)33-042)
22. Giménez Edgar, Martínez Juan María, Acosta José Carlos. 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. 2021;54(3):51-60. <https://doi.org/10.18004/anales/2021.054.03.51>
23. Organización Mundial de la Salud. La Atención primaria de la Salud. Más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. Informe de un Grupo Científico de la OMS. Ginebra. 2008. Report No.: Serie de informes técnicos: clasificación NLM: W 84.6 ISBN 978 92 4 336373 2.
24. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Atención y tratamiento a más de 126 mil personas con diabetes, en 2022. 2023. [URL](#)