

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA, ENFERMERIA, NUTRICIÓN
Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POSTGRADO**



**“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO FAMILIAR Y EL
GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS, DE
PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL
AFILIADAS AL SUS EN EL CENTRO DE SALUD
JUANCITO PINTO DE LA CIUDAD DE LA PAZ, MARZO A
JUNIO DE 2020”**

POSTULANTE: Dra. Liz Xenia Terrazas Morga

TUTOR: Msc. Dr. Richard Cruz Guisbert

**Tesis de Grado presentada para optar al título de
Magister Scientiarum en Salud Pública mención
Gerencia en Salud**

La Paz - Bolivia
2023

DEDICATORIA:

“Esta tesis está dedicada a:

A Dios por darme cada día una oportunidad más de seguir adelante.

A mis padres José y Rossy quienes con su amor y paciencia me han motivado para llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no temer las adversidades porque Dios está conmigo siempre.

A mi esposo Willams por su cariño y apoyo incondicional, durante todo este proceso, por estar conmigo en todo momento.

A mis hijos Rouse, Alisson y Nathaniel por ser mi motivación constante y ser mi más grande inspiración.

Dra. Liz Xenia Terrazas Morga.

AGRADECIMIENTOS:

A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida.

A mi casa superior de estudios UMSA en la cual realice mi formación profesional, en especial al Post Grado de la Facultad de Medicina por fortalecer mi desarrollo profesional y a todas sus autoridades superiores.

A mis docentes y en especial a mi tutor por su ayuda, paciencia y dedicación.

A mis padres por confiar, por los valores y principios que me han inculcado

A mi esposo, por la paciencia, apoyo, comprensión brindada.

A mis hijos Rousse, Alisson y Nathaniel por ser la fortaleza para seguir adelante y ser mejor cada día.

Dra. Liz Xenia Terrazas Morga.

INDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN	4
III. MARCO TEÓRICO	11
1. Gasto de bolsillo	11
2. Gasto de bolsillo en Latinoamérica	13
2.1. Carga Económica de las Enfermedades No transmisibles.....	14
3. Gasto del bolsillo en América del Sur	15
4. Gasto de Bolsillo en Bolivia.....	17
5. Gasto de Bolsillo en La Paz. –	19
6. Gasto Catastrófico. -	20
7. Enfermedades Crónicas. –	20
8. Ingreso Familiar. -	21
9. Hipertensión Arterial. –	21
10. Artrosis. –	22
11. Covid 19.-	23
12. Impacto económico de la pandemia	24
13. Seguro único de salud. –	28
14. Centros de salud de La Paz. –	29
15. Centro de Salud Juancito Pinto. –	29
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
V. HIPOTESIS.....	32
VI. OBJETIVOS	33
VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	34
VIII. RESULTADOS.....	42
IX. DISCUSIÓN. –.....	52
X. CONCLUSIONES	55
XI. RECOMENDACIONES	56
XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
XIII. GLOSARIO.....	65
XIV. ANEXOS	66

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	
Características sociodemográficas de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto 2020.....	42
Tabla 2	
Características clínicas de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....	43
Tabla 3	
Ingreso del hogar de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....	44
Tabla 4	
Gasto de bolsillo en medicamentos de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....	44
Tabla 5	
Gasto de bolsillo en medicamentos según características sociodemográficas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....	45
Tabla 6	
Gasto de bolsillo en medicamentos según características clínicas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....	46

Tabla 7

Ingreso del hogar según características sociodemográficas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....47

Tabla 8

Ingreso del hogar según características clínicas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....48

Tabla 9

Gasto del bolsillo en medicamentos según el ingreso del hogar de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....49

Tabla 10

Factores relacionados al gasto de bolsillo en medicamentos de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020.....50

ACRONIMOS Y ABREVIATURAS

DSS:	Determinantes sociales de la salud
GB:	Gasto de bolsillo
GBC:	Gasto de Bolsillo Catastrófico
GBM:	Gasto de bolsillo de medicamentos
GBS:	Gasto de bolsillo en salud
CS:	Centro de Salud
ENT:	Enfermedades no transmisibles
ECNT:	Enfermedades crónicas no transmisibles
ECV:	Enfermedades cardiovasculares
IH:	Ingreso Familiar.
HTA:	Hipertensión Arterial
OCDE:	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
OMA:	Organización Mundial de Aduanas
OMS:	Organización Mundial de la Salud
SAFCI:	Salud Familiar Comunitaria Intercultural
SGSS:	Sistema General de Seguridad Social
SOAPs:	Software de Atención Primaria en Salud
SP:	Seguro Popular
SNIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
SUS:	Sistema Único de Salud

RESUMEN

El gasto de bolsillo (GB) en salud puede producir dificultades financieras, dependiendo del ingreso familiar, según la Organización Mundial Salud (OMS) mayormente los países latinoamericanos tienen un bajo ingreso familiar y un alto GB en medicamentos lo cual puede llevar a un gasto catastrófico (gastos directos o del propio bolsillo, sin reembolso, que sobrepasan la capacidad de pago de un hogar según la OMS). Según los antecedentes el GB en salud y el ingreso al hogar están muy relacionados, más en personas de edad mayor, con comorbilidades como es Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) y con pocos o nulos ingresos económicos. El gasto de bolsillo es un problema para la sociedad, familias y personas el cual afecta de manera significativa a nivel mundial provocando una crisis financiera y más en aquellas personas vulnerables como las personas que necesitan constantemente sus medicaciones. El presente documento tiene como objetivo general determinar la relación entre el ingreso familiar y el GB en medicamentos, de personas con Hipertensión Arterial afiliadas al Seguro Universal de Salud (SUS) en el Centro de Salud Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre marzo a junio de 2020. El diseño de investigación es descriptivo cuantitativo de corte transversal. Según los resultados se conoce las características sociodemográficas y clínicas, el GB y el ingreso familiar de personas con hipertensión arterial que acuden al centro de salud “Juancito Pinto” y las conclusiones se caracteriza fundamentalmente con un gasto de bolsillo, una edad mayor a 60 años, pacientes con HAS no mayor a 4 años.

PALABRAS CLAVE:

Gasto de bolsillo, Ingreso del hogar, Hipertensión Arterial Sistémica.

RESUME

Out-of-pocket spending on health can cause financial difficulties, depending on family income. According to the WHO, most Latin American countries have low family income and high out-of-pocket spending on medicines, which can lead to catastrophic spending (direct or own expenses). out-of-pocket, without reimbursement, that exceed a household's ability to pay). According to the background, out-of-pocket health spending and household income are closely related, more so in older people, with comorbidities such as SAH, and with little or no income. Out-of-pocket spending is a problem for society, families and individuals, which affects significantly worldwide, causing a financial crisis and more so for those vulnerable people such as people who constantly need their medications. The general objective of this document is to determine the relationship between family income and out-of-pocket spending on medications, of people with Arterial Hypertension affiliated with the SUS in CS Juancito Pinto during the period from March to June 2020. The research design it is quantitative descriptive cross-sectional. According to the results, the sociodemographic and clinical characteristics, the out-of-pocket expense and the family income of people with arterial hypertension who attend the "Juancito Pinto" health center are known and the conclusions are fundamentally characterized by an out-of-pocket expense, an age older than 60 years old, patients with SAH no older than 4 years.

KEYWORDS:

Out-of-pocket expenses, Household income, Systemic Arterial Hypertension

I. INTRODUCCIÓN

En 2010, aproximadamente 100 millones de personas a nivel mundial empobrecieron debido a costos de atención médica. Se define al gasto de bolsillo en salud como el pago realizado de la comunidad o individuos a servicios que proveen atención médica o de salud. Dentro de ese gasto de bolsillo generado, el mayor porcentaje es invertido en el gasto directo de medicamentos (1).

El GB en salud puede producir dificultades financieras, incluyendo el gasto catastrófico (gastos directos o del propio bolsillo, sin reembolso, que sobrepasan la capacidad de pago de un hogar) y los gastos sanitarios empobrecedores (reducción en gastos no médicos hasta quedar por debajo del nivel indicado por la línea de pobreza) (1). En 2010, la incidencia media de gasto catastrófico a nivel mundial, con índices del 10 y 25% del total de ingresos del hogar fue aproximadamente de 9,2 y 1,8%, afectando de esa manera a 808 y 179 millones de personas, respectivamente. (1).

El GB en medicamentos tiene una importante repercusión en el gasto en salud de los hogares bolivianos. Por ello, el objetivo del estudio fue determinar la relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos, de personas con Hipertensión Arterial afiliadas al SUS en el C.S. Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre marzo a junio de 2020. Debido que en esos meses fue la cuarentena rígida por la pandemia de COVID 19 y la relación de los ingresos familiar y el gasto de bolsillo por medicamentos (GBM) tuvo una repercusión más fuerte en la economía de los bolivianos. Más si las personas involucradas tienen una enfermedad crónica como la Hipertensión Arterial y son mayores de 60 años.

La repercusión social del ingreso familiar en los adultos mayores es preocupante y si tienen que erogar un GBM pueden entrar a un gasto catastrófico.

Los hogares realizan GB por motivos de salud ante eventos no planeados o inesperados de enfermedad en nuestro entorno en la mayoría es por enfermedades crónicas, y este gasto puede exceder su capacidad de pago

dependiendo del evento de enfermedad, el cual puede colocarlos en una situación de riesgo de sufrir gasto catastrófico. Sin embargo, el GB no es privativo de los hogares que no tienen acceso a los servicios de salud, incluso aquellos hogares con un esquema de seguridad social realizan un gasto de este tipo, así como es el SUS en Bolivia.

La salud es un derecho fundamental para todo ser humano, siendo reconocida como tal desde la formación de la Organización de las Naciones Unidas en el año 1948. (2)

El S.U.S. es un Sistema Público mismo que es un aseguramiento público y voluntario, implementado a partir de 2019, para brindar una protección financiera a la población que no tiene el beneficio de gozar una seguridad social y reducir su GB (3)

Cabe entonces la pregunta: ¿cuál es la relación entre en GB y el ingreso familiar durante la cuarentena por COVID 19? En la revisión bibliografía se ha identificado que la economía de la salud desde hace aproximadamente más de 20 años la realización de gastos extraordinarios en los hogares para atender preocupaciones en el estado de salud, es decir, enfermedades y accidentes. (4) Estos tipos de gastos, no se los puede evitar lo que los hacen impredecibles y en la mayoría de los casos son súbitos, dando lugar a que se produzcan los gastos catastróficos por motivos de salud, y estos se han calificado como un factor que aumenta la pobreza en los hogares, más en aquellos pacientes vulnerables, adultos mayores, y que tienen una o más enfermedades crónicas, las mismas que necesitan medicaciones mensualmente, alegando a eso la cuarentena por COVID 19, que tuvieron un impacto económico, social y psicológico. (4)

Esta situación está presente aún más en las personas que tienen un seguro público, personas que asisten a un centro de salud, así como uno de ellos es el Centro de Salud Juancito Pinto, el mismo que tiene una gran cantidad de adultos mayores y con enfermedades crónicas, entre la más frecuente esta las enfermedades Cardiovasculares como la Hipertensión Arterial sistémica. El principal objetivo es que se debe determinar la relación entre el ingreso familiar y

el GBM, de personas afiliadas al SUS en el CS Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre la cuarentena por COVID 19.

II. ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN

2.1. ANTECEDENTES

El gasto de bolsillo en salud y el ingreso económico que entra a los hogares están relacionados con su ingreso, el gasto total, la capacidad de pago o consumo final, esta es a menudo la medida utilizada para evaluar la eficacia de los sistemas en cuanto a la protección financiera que proponen y al gasto que cada individuo debe realizar, tomando en cuenta que su ingreso familiar muchas veces no lo cubre.

- En el estudio de investigación de Gloria Marcela Valencia Ramírez titulado, “Gasto de bolsillo para salud en pacientes hipertensos” donde se establece la relación entre el gasto de bolsillo en salud de pacientes con hipertensión Arterial sistémica del municipio de San José de Caldas de la prestación de servicio particular y del que es dado por el Sistema General de Seguridad Social en salud, realizando un estudio comparativo del GB en salud de 278 pacientes con hipertensión arterial con y sin lesión en órgano blanco o complicaciones. Utilizando un modelo econométrico se consiguió el aumento marginal del gasto de bolsillo. El mismo dio como conclusión que el GB para el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial, es mayor en pacientes que presentan complicaciones o lesión en órgano blanco. Aunque dicho gasto no alcanza a ser catastrófico, el control y vigilancia de estos pacientes es una prioridad para la seguridad social, dando el impacto en la calidad de vida y costos de atención en salud. (5)
- En el estudio Anai Garcia Fariñas titulado “Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar”, donde menciona que el ingreso en el hogar familiar como alternativa de atención en el primer nivel de atención en salud tiene ventajas en términos de la calidad del servicio, así también lo relaciona con el uso de los recursos del estado, sin embargo, también representa un gasto para las economías familiares. Su objetivo de este estudio es estimar y caracterizar el GB de los pacientes con tengan ingresos, pero de cuatro grupos

de ingresos básicos de trabajo y estos estén representados en diferentes áreas geográficas. Se analizó la información recopilada de los pacientes según el ingreso en el hogar, entre julio de 2002 y junio de 2003 en el municipio Playa, municipio Cruces, municipio Unión de Reyes y municipio de Fomento. Se analizó el GB por paciente, por día de atención y por las causas de consultas médicas más frecuentes. En los resultados mostraron que el 80 % aproximadamente de las familias realizaban gasto de bolsillo adicional. En estos municipios urbanos el mayor gasto fue en la alimentación y en las áreas rurales los medicamentos. El gasto por transporte fue importante en el área rural. La mediana del GB por paciente estuvo entre 109,17 y 31,75 pesos cubanos no convertibles. Por día de estadía el GB, osciló entre 16,79 y 3,14 pesos cubanos no convertibles. Al final el estudio dio como conclusiones que el gasto en salud que se realiza en el hogar es una carga económica adicional para la familia y más aún para el área urbana. También recomienda que se debe profundizar en el tema de costo efectividad de los tratamientos terapéuticos indicados, así también como la necesidad de realizar los medios de diagnóstico en el área de salud. (6)

- El estudio de Patricia Pavon Leon titulado “Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México” el objetivo del estudio es de: “Identificar la asociación de distintas variables sociodemográficas con el gasto de bolsillo en servicios de salud en adultos de 60 años y más afiliados al Seguro Popular (SP)”. Dicho estudio fue de tipo transversal analítico donde se realizó encuestas a través de una entrevista cara a cara a usuarios de la consulta externa de tres centros médicos en el Estado de Veracruz: centro de salud (primer nivel), hospital regional (segundo nivel) y hospital de alta especialidad. El GB en salud se lo analizó con el modelo lineal generalizado. Los Resultados dieron que se utilizó una muestra fue de 1049 adultos de 60 años y en su mayoría de beneficiarios del SP y la tasa de respuesta fue del 97,7%. El GB en salud mensual fue US\$ 64,8 (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 59,9-69,8). El rubro con mayor gasto fueron los medicamentos incluidos en el SP

(US\$ 28,8; IC95%: 25,8-31,7) y los medicamentos que no cubre el SP (US\$ 8; IC95%: 6,7-9,2). Al finalizar el estudio mencionaron como conclusión: Los adultos de 60 años y más afiliados al SP pagan de su bolsillo para atender su salud, a pesar de contar con un seguro público de salud, lo que representa una inequidad en el acceso, principalmente para los más vulnerables, como son la población rural. (7)

- En el estudio realizado por Rory Narvaez quien es Economista de la Salud e investigador Senior Invitado de INESAD sobre “El Gasto de Bolsillo (GB) para la salud en Bolivia y sus efectos sobre la pobreza y la desigualdad” menciona que desde el 2014 los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud firmaron estrategias para el acceso universal a la salud y cobertura universal de la salud y se vio que en Bolivia pese que el Gasto público en salud es uno de los mayores también lo es el Gasto de Bolsillo el cual es el Gasto realizado por las familias al momento de utilizar los servicios en salud para recibir cualquier tipo de atención, el mismo implica que las familias bolivianas tengan que disponer sus activos para financiar su recuperación sanitaria y los efectos del GB se pueden ver en la disminución del ingreso disponible de los hogares que también es utilizado en mediciones de la pobreza y la desigualdad. Entre los efectos más característicos está en que las personas más afectadas en el gasto de bolsillo son personas con una o más enfermedades crónicas y adultos mayores. (8)

En otros estudios consideran como en el caso de México, país que ocupa el sexto lugar entre los países miembros de la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) con menor gasto total en salud. México destina 14.1% del gasto público a salud, lo que representa 53.04% del gasto total en salud. El restante 47% corresponde a gasto privado, es decir 87.18% GB. En México la media de GB por hogar es de 126 USD por año, equivalente a 9.1% del ingreso disponible de los hogares, lo que implica una importante carga financiera para las familias. (9)

Los gastos de bolsillo en salud indirectos también existen y afectan las economías familiares, una de esas es el transporte para poder acudir a un servicio de salud y es más en el área rural, y otro gasto indirecto es también la estadía que debe tener para realizar todos los exámenes complementarios. (10)

Por otra parte, en otros estudios se menciona que la proporción del gasto en salud correspondiente a GB resulta un indicador importante de tener en consideración al momento de evaluar el desempeño de los sistemas de salud. En un estudio se menciona que, en Chile, en el año 2009, el gasto de bolsillo de los hogares familiares representó 34% del gasto total en salud, el cual a comparación con otros países de la Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (OECD) resulta considerablemente alto, donde menciona que “ese mismo año ascendió a 19,2%, con un rango desde 7,3% y 10,5% para Francia y Reino Unido respectivamente, hasta 47,8% para México”. Sin embargo, ese gasto de bolsillo de 34% no parece tan alto si se compara con el promedio para países sudamericanos, que ese año fue de 31%, con un rango desde 8% para Colombia, hasta 54% para Venezuela (11)

En términos generales, se constata la alta proporción de su ingreso que los hogares dedican a salud en forma de GB, proporción que en el contexto internacional resulta alta tanto en comparación con los países de la OECD, como con países de Latinoamérica.

En Bolivia cada año aprox. el 6% de los hogares bolivianos enfrentan gastos catastróficos en salud y por consiguiente el aumento de la pobreza. En ausencia de mecanismos de protección eficaces, los grupos desatendidos, en particular las comunidades indígenas y los trabajadores informales, son los más vulnerables a los altos gastos de salud de su bolsillo.

El GB en el contexto nacional es ejemplo de las dificultades para el acceso real a los servicios de salud de la población más vulnerable, entre los que se encuentran los adultos mayores, quienes requieren mayor atención por la morbilidad a la que están expuestos debido a su edad. (3). Además, la población de adultos mayores está aumentando de forma acelerada debido a la transición

demográfica a nivel latinoamericano, y la evidencia del gasto de bolsillo en salud en este grupo de edad es escasa. (12)

Aunque el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, un alto porcentaje de adultos mayores presenta enfermedades crónicas que impactan las dimensiones biológica, psicosocial y económica. Se sabe que los individuos con una enfermedad crónica representan un gasto mayor para los sistemas de salud, mientras que aquéllos con multimorbilidad cuestan hasta siete veces más en comparación con aquéllos con una sola enfermedad. Se ha reportado que entre 37 y 47% del gasto total en salud se destina a los adultos mayores, con lo que se observa una correlación positiva entre la edad y el gasto en salud.

Pero no sólo es importante el gasto en el que incurre el sistema de salud; la población también incurre en GB para solventar sus necesidades de salud. Dicho gasto se incrementa si la inversión pública en el sistema de salud disminuye, situación altamente frecuente en países de ingresos medios y bajos.

El gasto de los hogares en servicios de salud como porcentaje del total de gastos de consumo doméstico, representa los costos de la atención de salud solventados por las familias mediante gastos directos denominados también “gastos de bolsillo” o indirectos, que se refieren al pago de planes de atención médica prepagados, seguros médicos privados y contribuciones al seguro público. Se estima que los pagos directos del propio bolsillo son una de las formas menos eficientes y menos justas de financiamiento de la salud y pueden acarrear el empobrecimiento de las familias (13)

Desde el 2020 con la llegada de la pandemia por COVID 19, por la disminución del ingreso económico familiar el GB fue mayor.

En la mayoría de los países, se evidencio que, en los grupos vulnerables, así como los adultos mayores, realizaron el gasto de bolsillo debido al temor que existía de contagiarse al ir a sus centros de salud, temor a las filas, temor a la aglomeración de gente.

Señalar que no existe información a nivel nacional y departamental acerca de Gasto de bolsillo en medicamentos, recurriendo de esta manera a estudios realizados a nivel internacional el mismo que tampoco es mucho.

2.2. JUSTIFICACIÓN

El gasto de Bolsillo constituye un problema para las personas, familias y la sociedad, y más en aquellas personas que tienen factores de riesgo como lo son las enfermedades crónicas y entre ellas la Hipertensión Arterial Sistémica, debido a que el tratamiento es diario y de manera indefinida.

El gasto de bolsillo afecta a nivel mundial pero más en Latinoamérica y Bolivia no está exento, pudiendo llevarla a una crisis financiera debido a la carga que genera en la capacidad de pago del hogar (el dinero que un hogar dispone para gastar que queda del ingreso total luego de realizar los gastos de subsistencia), siendo el extremo de este problema el gasto catastrófico.

La consecuencia del gasto de bolsillo representa una desproporción desfavorable entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo, lo cual ocasiona el aumento de la pobreza y el mal control de enfermedades en su mayoría enfermedades crónicas no transmisibles.

La población vulnerable es aquella que tiene un ingreso familiar bajo y un gasto de bolsillo alto, entre la mayoría de esta población son personas con enfermedades crónicas y adultas mayores, debido a la necesidad de ser medicados constantemente y más en tiempos de COVID 19 como lo ha sido la pandemia y cuarentena por SARS COV 2, donde el ingreso familiar ha disminuido considerablemente.

El gasto de bolsillo es un tema muy vulnerable, de los mismos que no se encuentran datos y aun mas de nuestro país no se encuentra el GB en Hipertensión arterial y más en una población tan vulnerable como son los adultos mayores, esa es la importancia de esta investigación.

La pertinencia es que al ser uno de los pocos estudios se pretende coadyuvar a la toma de decisiones y se beneficia la sociedad, debido a que puede generar

políticas públicas que van a evitar el gasto de bolsillo en medicamentos y a través de ellos que se tenga un mejor control de la presión arterial, debido a que son pacientes en su mayoría adultos mayores donde sus ingresos son muy bajos, los cuales los gastos de bolsillo en medicamentos pueden llegar a ocasionar gastos catastróficos y más en tiempos de pandemia.

El desarrollar o aplicar medidas de prevención y promoción de la salud para enfermedades como hipertensión arterial sistémica coadyuva en la reducción del gasto de medicamentos producidos por el estado o por el mismo paciente.

Señalar que no hay muchos estudios a nivel nacional sobre gasto de bolsillo en medicamentos.

Haciendo una exhaustiva búsqueda de información en las bases de datos nacionales se ha constatado la inexistencia de estudios referentes al gasto de bolsillo en medicamentos, recurriendo de esta manera a estudios realizados a nivel internacional el mismo que tampoco es mucho.

III. MARCO TEÓRICO

1. Gasto de bolsillo

En el concepto de pagos directos o gastos de bolsillo, se consideran los honorarios cobrados para las consultas y procedimientos médicos, para el pago de medicamentos, insumos y otros; siempre y cuando hayan sido realizados directamente por la persona tenga o no un seguro. Cuando la persona tiene seguro, los pagos directos se realizan a través de coaseguros, copagos y/o deducibles. (14)

El gasto de bolsillo se genera ya sea por una realidad impuesta o por decisión propia de los usuarios. La demanda por salud y por servicios de salud (15) plantea que las personas invierten en su salud y educación porque esperan tener mejores ingresos (preservando su estado de salud). De esta manera, las personas pueden producir salud para sí mismas (autocuidado), pero también demandar servicios para su atención.

La importancia del gasto de bolsillo radica en que puede ser aplicado deliberadamente como herramienta de política para recuperar costos de la atención, contener costos en los servicios de salud, mejorar la calidad y guiar la demanda para modular el uso de los servicios, en busca de la eficiencia del sistema. La otra cara del gasto de bolsillo es que es fundamentalmente un gasto inesperado para las familias, y la decisión de no incurrir en gasto de bolsillo en salud de las familias puede poner en riesgo la salud y la vida, o la decisión de incurrir en gasto de bolsillo puede llevar al empobrecimiento de la familia. La decisión se mueve en torno a la búsqueda de la equidad.

Tomando en cuenta estas dimensiones del gasto de bolsillo, el funcionamiento de los sistemas de salud debe buscar un equilibrio. Según (16), los sistemas de salud tienen tres metas principales: el financiamiento equitativo de la salud, la buena salud y la capacidad de respuesta.

La cobertura universal en salud se define como la interacción de tres dimensiones: la cobertura poblacional, los servicios a los que la población cubierta accede y el grado de protección financiera que obtienen los individuos

(17), atención de su salud en el momento de la utilización de los servicios, y el gasto catastrófico en salud se determina cuando el gasto en servicios sanitarios que debe realizar un hogar supera el umbral del 30% ó 40% de su capacidad de pago, esto es, de los ingresos disponibles luego de satisfacer las necesidades de alimentación (18).

Si definimos la equidad como la ausencia de diferencias innecesarias y evitables y donde las diferencias no se consideran arbitrarias ni injustas, entonces algunos sistemas de costos compartidos pueden estar diseñados de forma tal que comprometan el acceso de los individuos a los servicios sanitarios y resulten, por ende, en inequidades en salud. Tratar de igual manera a todos los usuarios, independientemente de su capacidad de pago y estado de salud, es sin dudas negativo desde el punto de vista de la equidad. En primer lugar, porque implicará una proporción mayor de los ingresos para la población de menores recursos, por lo que, ante una posible disminución de la utilización de servicios necesarios, ésta presentará mayor severidad para este grupo de la población. Por otra parte, las enfermedades crónicas, requieren de una utilización intensiva de los servicios de salud, que puede verse obstaculizada si el diseño del sistema de costos compartidos no la considera. En particular, el acceso a la medicación es en estos casos una fuente potencial de desprotección financiera.

La relación entre los determinantes sociales de la salud y las enfermedades no transmisibles (ENT) no se comprende completamente. Se sabe que están sobre todo las enfermedades cardiovasculares (ECV), la diabetes mellitus, el cancer y las enfermedades respiratorias crónicas, son las principales causas de enfermedad prevenible, discapacidad y mortalidad.

Se entiende por determinantes sociales de la salud (DSS) las condiciones en que las personas nacen, se crían, viven, trabajan y envejecen, así como el papel que desempeñan los sistemas de salud en el control de las enfermedades. Estas condiciones están influenciadas por circunstancias económicas, sociales y políticas. Para comprender mejor esta relación, es necesario ampliar la información recogida sistemáticamente en las estadísticas de morbilidad y

mortalidad, intentando incluir datos fácilmente accesibles sobre factores sociales. La Asamblea decidió: distribución geográfica, situación laboral, seguro médico y clase social.. Estos datos se recogen en los censos y en los estudios socioeconómicos, pero no suelen incluirse en la notificación de las estadísticas de salud y mortalidad. (19).

Para reducir la mortalidad que causan las ENT es necesario tomar medidas para modificar las condiciones estructurales de la vida cotidiana y con ello frenar el aumento de la obesidad y la diabetes, y para contrarrestar los factores de riesgo correspondientes, tales como la falta de actividad física, el tabaquismo, el consumo nocivo de alcohol y el consumo de sal en exceso. Las condiciones estructurales de la vida cotidiana (es decir, las circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, así como los sistemas existentes para tratar las enfermedades) constituyen los factores determinantes sociales de la salud (DSS), explican una gran parte de las desigualdades en salud..

Además, en un estudio de las enfermedades cardiovasculares en Porto Alegre (Brasil), la frecuencia de muerte prematura a causa de dichas enfermedades fue casi tres veces mayor en los distritos más pobres que en los más prósperos. El tener un mayor grado de instrucción en estudios superiores también es un factor importante en la aparición tardía de las ENT. La baja escolaridad se ha visto asociada con una mayor prevalencia de diabetes mellitus en Argentina y con las enfermedades cardiovasculares en 52 países de ingresos altos, medianos. (20)

2. Gasto de bolsillo en Latinoamérica

Existen muchos factores que determinan las ENTs en América y aún más en Latinoamérica. Así como también ocurre en otros países de ingresos bajos y medianos, los países están experimentando cambios demográficos asociados con el envejecimiento de la población, lo cual incide en el crecimiento social y plantea nuevas metas a los sistemas de atención de salud.

Los determinantes sociales de la salud, como el origen étnico, el sexo, el nivel de educación y la posición socioeconómica, son factores que están en la base de

las ENT, del acceso a la salud y los resultados en materia de salud según Marmot en su estudio realizado el 2004

2.1. Carga Económica de las Enfermedades No transmisibles. - A pesar del avance en el diagnóstico de estas enfermedades, las consecuencias económicas de las ENTs continúan aumentando en Latinoamérica. En un escenario caracterizado por “seguir haciendo lo mismo de siempre”, donde los esfuerzos de intervención se mantienen inalterados y las tasas de ENT siguen elevándose en la medida en que las poblaciones aumentan y envejecen, las pérdidas acumulativas de la economía mundial alcanzarán los US\$ 47.000 millones en el periodo de dos decenios a partir de 2010. (21). Los índices actuales muestran que las pérdidas económicas que se van acumulando para los países en desarrollo y no desarrollado ocasionados por las ENT serán de más de US\$ 7.000 millones durante el periodo 2011-2025 (un promedio de casi US\$ 500.000 millones por año) (22). Esta pérdida anual es equivalente a aproximadamente 4% de la producción económica anual actual de estos países. (23).

A partir de las experiencias analizadas de América Latina y el Caribe, podríamos concluir que las modalidades que adoptan los copagos son bien diversas, según el sistema de salud y la matriz de protección social de que se trate. (24).

Pero lo que sí es seguro, son los elevados niveles de gasto de bolsillo. Se ha identificado una clara tendencia a dar prioridad, mediante el acceso gratuito, a la atención materno infantil, la atención primaria y, en algunos casos, a las enfermedades crónicas y a tratamientos costosos.. En aquellos casos en que la atención es gratuita, se señalan, sin embargo, algunas problemáticas asociadas al acceso y a la disponibilidad de medicamentos e insumos (25).

En el sistema colombiano hace una clara distinción entre cuotas moderadoras (su finalidad es regular la utilización de los servicios y estimular su uso racional) y copagos (su objetivo es servir de fuente de financiamiento al sistema). Existe un sistema con escala y precios ajustados a los servicios y tramos de ingresos involucrados. Las tarifas de moderación se aplican a los miembros contribuyentes

y sus beneficiarios, mientras que los copagos se aplican únicamente a los miembros beneficiarios.

Los afiliados al Programa de Subsidio pagan únicamente copagos, establecidos según categorías establecidas, aplicables excepto para servicios promocionales y preventivos, programas materno infantiles, programa de enfermedades infecciosas, enfermedades graves o costosas y primeros auxilios de emergencia. Las consecuencias negativas para la salud que pueden prevenirse y que están arraigadas en las desigualdades socioeconómicas (y no en causas biológicas), han sido designadas por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como inequidades sanitarias. Las desigualdades evitables son el resultado de determinantes estructurales de la salud, incluidos factores macroeconómicos, gobernanza y políticas públicas, que se traducen en estratificación social basada en la posición socioeconómica, escolaridad y otras características como el género, la raza y el grupo étnico (26). Estos factores, a su vez, regulan los determinantes intermedios de la salud, como el comportamiento, las circunstancias materiales y los factores psicosociales. Los grupos en mejor situación socioeconómica disfrutan los beneficios de una vida más saludable y de mejores condiciones de vida y trabajo. En cambio, las personas en estratos socioeconómicos más bajos son impactadas de forma negativa por los determinantes estructurales de la salud. La evidencia sobre la relación entre los determinantes sociales de la salud y las ENT, en el mundo en desarrollo en general y en América Latina y el Caribe en particular es limitada, pero la complejidad de la situación actual es evidente. (27).

3. Gasto del bolsillo en América del Sur. -

En Argentina existen copagos de servicios en las Obras Sociales, y existen cuotas y abonos complementarios en los seguros prepagos; el sistema cubre entre el 40% del costo de los medicamentos (medicamentos de uso habitual), 70% (patologías crónicas) y el 100% en algunos casos (insuficiencia renal crónica, lepra, hepatitis B, tuberculosis y los tratamientos oncológicos protocolizados, SIDA, drogadicción, diabetes, miastenia gravis y anticonceptivo)

En Chile existen desde 2005, año en que se comienza a implementar la reforma de salud, una garantía de protección financiera, es decir, el derecho a que se determine el valor que el afiliado debe pagar por las atenciones de acuerdo al Arancel GES (con ciertas normas en el cálculo del copago y topes máximos). Los asegurados a través del FONASA son clasificados según tramos de ingresos en categorías: los pertenecientes a los menores tramos de ingresos (A y B) no pagan por las atenciones garantizadas, los ubicados en el tramo siguiente (C) pagan como máximo el 10% del costo y el tramo D paga el 20%; a su vez, rige un techo de pago anual aumentado poco a poco para sus cotizaciones, asociado al ingreso de los afiliados. Aquellos del tramo C que tengan tres o más familiares a cargo pasan al tramo B y lo mismo ocurre con las personas del tramo D, (pasan al C). Chile financió en el año 2011 el 38% de su gasto en salud con gasto de bolsillo; junto con México son los dos países de mayor participación del gasto de bolsillo de la OCDE.

En Brasil, el Sistema Único de Salud (SUS) brinda cobertura al 100% de la población (cerca de una cuarta parte, además, compra un seguro voluntario privado y en los centros públicos no cobran a los usuarios, aunque si hay problemas o falta de acceso, los usuarios pueden tener que adquirir medicamentos, insumos e incluso acceder a técnicas de diagnóstico. por fuera del sistema público. Se identifican algunos intentos, anteriores al SUS, de introducir copagos, pero todos ellos fueron infructuosos. (28).

América Latina durante la pandemia se ha convertido en uno de los epicentros de Covid-19, con una crisis humanitaria y sanitaria. Son analizados los casos de Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, Uruguay y Venezuela. (29) Los siete países adoptaran medidas de aislamiento social de diferentes alcances, con grados distintos de sostenibilidad. La mayoría de las respuestas estuvo más en la atención hospitalaria que en la vigilancia de la salud, donde se identificaron casos y contactos y las nuevas normativas adecuadas para el confinamiento. En casi todos los países, se subestimó la capacidad de los servicios de atención primaria en el territorio. Sin embargo, iniciativas de carácter territorial y

comunitario han buscado integrar la vigilancia de la salud con actividades de promoción, prevención y atención, aunque sólo de forma parcial. En este contexto, la atención primaria de salud integral e integrada adquiere un nuevo significado y exige un desarrollo que contribuya a restablecer el equilibrio entre la sociedad y el medio ambiente. Es necesario repensar los sistemas de salud y la importancia de una atención primaria de salud integrada e integral.. (30).

4. Gasto de Bolsillo en Bolivia. -

Cada año, el 6% de los hogares en Bolivia enfrentan gastos catastróficos en salud y el consiguiente empobrecimiento. En ausencia de mecanismos de protección eficaces, los grupos desatendidos, especialmente las comunidades indígenas y los trabajadores informales, son los más vulnerables a los altos costos de salud. Con el sector informal más grande del mundo, una proporción significativa de la fuerza laboral de Bolivia no tiene seguro médico. El gasto catastrófico en salud limitará el acceso a los servicios de salud y descarrilará los esfuerzos hacia la cobertura sanitaria universal. Para abordar las inequidades en salud y las barreras financieras, el gobierno boliviano introdujo ambiciosas reformas de salud en 2019 a través del modelo del Sistema Único de Salud. Bolivia es uno de los pocos países del mundo que implementa un modelo de cobertura sanitaria universal, centrado en el derecho a la atención sanitaria. El gobierno boliviano tiene como objetivo brindar seguro universal y gratuito al 50% de la población, duplicando las tasas de cobertura anteriores y protegiendo a aproximadamente 5 millones de bolivianos desatendidos y sin seguro. La Oficina de País de la OMS/OPS en Bolivia (OMA) lidera el desarrollo de la política de salud universal de Bolivia, facilitando debates entre organizaciones de la sociedad civil que representan a comunidades diversas, comunidades marginadas, representantes de salud y varias agencias gubernamentales, para asegurar la aceptación por parte de múltiples partes interesadas. De enero a marzo de 2019, la OMA trabajó estrechamente con el Ministerio de Salud (MoH) para desarrollar un plan de implementación y establecer un grupo de trabajo central. El Equipo Regional OMS/OPS apoyó sesiones técnicas y de conocimiento para mejorar la

comprensión del Ministerio de Salud sobre los aspectos e implicaciones clave de una política de salud universal, incluida la administración financiera, la gestión de servicios médicos de salud y la red integrada de servicios de salud. Los adultos mayores y las personas con enfermedades cardíacas, pulmonares o diabetes son los más vulnerables al COVID-19. Sin embargo, los niños y adolescentes no están exentos y de hecho, al 3 de mayo Bolivia registró el 12,5% de casos positivos de COVID-19 en niños y adolescentes de 0 a 19 años (datos del SNIS, Bolivia). Los impactos sociales de la pandemia afectan la calidad de vida de los niños, principalmente aquellos que pertenecen a las clases más bajas y se ven privados de derechos de ejercicio, siendo imperativo evaluar estos impactos para desarrollar políticas para este grupo etario.. El equipo regional de la OMS / OPS facilitó sesiones técnicas y de conocimiento para desarrollar el entendimiento del Ministerio de Salud en torno a los aspectos cruciales y las implicaciones de la política universal de salud, incluido el financiamiento de la gobernanza, la gestión de los servicios de salud y las redes integradas de servicios de salud.

Las personas mayores y con enfermedades cardíacas, pulmonares o diabetes son las más vulnerables al contagio de COVID-19. Sin embargo, los niños, niñas y adolescentes no están exentos y, en efecto, al 3 de mayo, Bolivia registró que el 12.5% de casos positivos de COVID-19 correspondían a niños, niñas y adolescentes entre 0 a 19 años (Dato SNIS, Bolivia. Este grupo presenta más riesgos de ser vectores de contagio que víctimas de complicaciones. Además, los efectos sociales de la pandemia afectan la calidad de vida de la infancia principalmente de aquellas en los estratos más bajos y con déficit de ejercicio de derechos. Por esto es imperativo evaluar estos impactos para la elaboración de políticas dirigidas a este grupo etario. Se analiza cinco dimensiones del ejercicio de derechos de la niñez y adolescencia por estrato socio-económico, área urbano y rural y por sexo, en 2018. El análisis situacional de la niñez y adolescencia muestra que Bolivia todavía enfrenta grandes desafíos en cerrar brechas que restringen logros hacia niveles de bienestar deseables. (31).

En la Región, el GBS es alto, con una deficiencia crónica de gasto público para financiar el sistema de salud, situación que tiene implicancias sobre la protección financiera (32). No obstante, existen países con similares niveles de GBS que presentan diferencias en los indicadores de protección financiera. (33).

Las reformas de salud de Bolivia, a través del modelo del Sistema Único de Salud (SUS), aumentaron el gasto público en salud, fortalecieron los servicios primarios de salud y redujeron los gastos de bolsillo de las comunidades vulnerables.

La COVID-19 destacó la necesidad y trascendencia del modelo de salud de Bolivia. A pesar de las limitaciones creadas por la pandemia y el malestar social generalizado debido a los controvertidos resultados de las elecciones presidenciales, los establecimientos de salud pública en Bolivia ofrecieron servicios de salud esenciales ininterrumpidos. suministros médicos, particularmente a nivel de atención primaria de salud, en los 339 municipios del país. El SUS fortalece la atención de primer nivel con enfoque en vigilancia epidemiológica, clínicas barriales y servicios de salud para comunidades marginadas; En algunas ciudades, el SUS apoya programas de salud existentes (p. ej. SAFCI y MISALUD), encargados de los servicios esenciales de salud. El SUS abolió los vínculos anteriores en los diferentes niveles de los establecimientos de salud y se garantizó a todos los bolivianos el acceso a los tratamientos disponibles contra el COVID-19. Los servicios gratuitos han mitigado (o incluso parcialmente) el enorme impacto económico de la pandemia en los grupos marginados y vulnerables.. Si él SUS no se hubiera lanzado un año antes de la pandemia, la respuesta de Bolivia al COVID-19 habría estado menos preparada. Por lo tanto, el modelo de salud de Bolivia promete un sistema de salud fortalecido para resistir el impacto de futuras emergencias sanitarias. (34).

5. Gasto de Bolsillo en La Paz. –

En La Paz, el Sedes La Paz, dio la instrucción de no parar la atención medica en todos los niveles de atención, preparando un plan de contingencia por la pandemia por COVID 19. (35).

El municipio de La Paz dio la instrucción de para los enfermos crónicos y los adultos mayores dar la medicación por 3 meses para que no sea necesaria acudir seguidamente. Ya que en su mayoría los enfermos crónicos son adultos mayores, los cuales catalogan un grupo vulnerable para la pandemia por COVID 19. (36).

6. Gasto Catastrófico. -

Gasto catastrófico en salud y medicamentos es cuando las familias deben reducir su gasto básico por un periodo de tiempo a fin de cubrir costos vinculados con la atención de la salud. (37) La estimación de la proporción de hogares que incurren en gasto catastrófico, ya sea por gasto de bolsillo en salud (GBS) o en medicamentos (GBM), se realizó según la metodología del 2005 propuesta por la OMS. El cual considera que un hogar presenta gasto catastrófico en salud cuando el gasto de bolsillo en dicho ítem representa a más de cierto porcentaje de su capacidad de pago, análogo para el gasto catastrófico por motivos de medicamentos. Este porcentaje se denomina umbral y por lo general se encuentra entre un 20% y 50% (38)

7. Enfermedades Crónicas. –

Las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) constituyen en la actualidad uno de los mayores retos que enfrentan los Sistemas de Salud a nivel mundial. La morbilidad y la mortalidad por ENT aumentan casi todos los años, no solo con el envejecimiento de la población a medida que aumenta la esperanza de vida, sino también en edades de vida muy activas. (39) Según las estadísticas de la OMS, más de 40 millones de personas mueren cada año por enfermedades no transmisibles y la principal causa de muerte son las enfermedades cardiovasculares (17,7 millones de personas al año), seguidas del cáncer (8,8 millones de personas), las enfermedades respiratorias (3,9 millones) y diabetes (1,6 millones). Estos cuatro grupos de padecimientos son responsables de más del 80 % de todas las muertes prematuras por ECNT (40)

En el 2020, la OMS alerta sobre el incremento en la presente década que comienza, debido a varias razones, debido a que las tasas de incidencia están en un aumento constante, y se conoce también un aumento de la mortalidad general. Es considerado como una emergencia por el problema de salud pública, se sigue considerando el resultado de varios factores: cambios sociales, culturales, políticos y económicos que modificaron el estilo y condiciones de vida de un gran porcentaje de la población a escala universal: los determinantes sociales de la salud (41).

8. Ingreso Familiar. -

El ingreso familiar (también denominado ingreso del hogar) es la totalidad de los ganancias o ingresos que tiene una familia. Al hablar de totalidad se incluye el salario, los ingresos extraordinarios e incluso las ganancias que se obtienen en forma de especie.

A la cantidad total del ingreso familiar hay que deducirle los impuestos correspondientes, así como una serie de obligaciones contraídas (planes de pensiones o amortizaciones de préstamos, por ejemplo). El importe resultante será otro valor económico, la renta familiar disponible. La cantidad resultante estará destinada al consumo y al ahorro, otros dos índices clave para comprender la realidad económica.

El concepto de ingreso familiar medio es útil para medir la relación de este valor con otro índice significativo, la canasta familiar básica. Por otra parte, el ingreso familiar sirve como un índice de referencia para diversas ayudas sociales: becas para estudiantes, ayudas económicas para personas con discapacidad, acceso a viviendas públicas y toda una serie de prestaciones sociales que dependen de la medición objetiva de los ingresos familiares. (42)

9. Hipertensión Arterial. –

La HTA y las ECV constituyen riesgo para la letalidad por la infección y más aún si tienen asociada DM y la edad es superior a 65 años (43).

Las intervenciones que implican cambios en el estilo de vida forman el eje central de la prevención de la hipertensión y son una parte integral de la atención general de los pacientes hipertensos. Todos los pacientes con hipertensión necesitan realizar cambios en su estilo de vida; estos tienen un impacto positivo tanto en el control de la presión arterial como en el tratamiento antihipertensivo; Su principal problema radica en su inestable membresía a largo plazo. Los cambios en el estilo de vida pueden retrasar o prevenir de forma segura y eficaz la HTA en personas no hipertensas, retrasar o prevenir el tratamiento farmacológico en pacientes con HTA de grado 1 y contribuir a la reducción de la PA en pacientes hipertensos en tratamiento farmacológico, lo que permite una reducción de número y dosis de fármacos antihipertensivos. Además del efecto de control de la PA, los cambios en el estilo de vida contribuyen al control de otros FRC y otras afecciones crónicas (45).

Se debe considerar que el tratamiento farmacológico en la mayoría de los casos es de por vida, lo que provoca un gasto de bolsillo para el paciente o se reduce en el abandono del tratamiento.

10. Artrosis. –

La artrosis es una enfermedad crónica que representa una causa mayor de incapacidad y de pérdida de autonomía en el mundo. En un estudio de Global Burden of Disease, realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2010, forma parte de los más grandes responsables de disminución de las capacidades funcionales. Durante mucho tiempo considerado como una enfermedad benigna, en estudios recientes se ha demostrado que el riesgo de mortalidad en los pacientes afectados de artrosis es mayor que en la población general, en particular por exceso de enfermedades cardiovasculares, lo que está mediado parcialmente por la alteración de las capacidades funcionales. Además, los costos directos o indirectos son más elevados. Aunque algunos factores de

riesgo de artrosis como la edad, el sexo, el índice de masa corporal (rodilla, mano), los traumatismos y las displasias ya están bien identificados, otros son más inconstantes, variación según la articulación afectada y tienen un nivel de prueba limitado. Los factores de riesgo de progresión de la artrosis son clínicos (dolor, capacidades funcionales, signos inflamatorios: edema de los tejidos blandos en la artrosis de los dedos, sinovitis detectada por resonancia magnética y derrame articular en la rodilla) y radiológicos. El índice de masa corporal, la edad, la etnia y las comorbilidades son otros factores de riesgo de progresión de algunas localizaciones de la artrosis. A pesar de estos datos, en particular relativo a las consecuencias mayores de la artrosis, no ocupa todavía un lugar principal entre las prioridades en salud pública. Sin embargo, es indispensable implementar estrategias y políticas de prevención (46)

El envejecimiento supone cambios en las personas de orden morfológicos, óseos, de los sistemas corporales, físicos, psicosociales entre otros. Estos cambios pueden llevar a diferentes signos o síntomas de causas múltiples, más frecuentes en edades avanzadas y que tiene como consecuencias una pérdida de independencia. Estos signos y síntomas se reagrupan en el término “síndromes geriátricos”. Los grandes síndromes geriátricos son la incontinencia urinaria, la inestabilidad y caídas, la inmovilidad y el deterioro cognitivo. Existen también síndromes menores (Aparecen con menor prevalencia) como las úlceras por presión, la depresión, la malnutrición. En la mayoría de los casos, la aparición de estos síndromes se puede prevenir y tratar con un abordaje interdisciplinario y una valoración integral de la persona mayor. (47)

11. Covid 19.-

La transmisión del SARS-COV-2 proveniente de una fuente animal, pero apareció en Wuhan en el año 2019. (48) La vía de transmisión entre humanos más aceptada es de persona a persona por vía respiratoria, con un periodo promedio de incubación de 1 a 14 días (49). Se presenta en la mayoría de casos con un cuadro clínico correspondiente a una infección respiratoria alta auto limitada, con

variedad de sintomatología según grupos de riesgo, presentando una rápida progresión a una neumonía grave y fallo multiorgánico, generalmente fatal en personas de la tercera edad y con presencia de comorbilidades. (50).

El brote de COVID-19 en China tiene el potencial de alcanzar una proporción pandémica si no es así adecuadamente contenido. Los síntomas de COVID-19 son más leves, pero la infectividad es mayor en comparación con SARS-CoV MERS-CoV COVID-19; puede ser considerado como una grave amenaza para la salud pública en esta década. El fármaco para COVID-19 está distante y, por lo tanto, la propagación de COVID-19 se puede contener siguiendo estrictos protocolos de cuarentena. (51)

12. Impacto económico de la pandemia. – La pandemia del COVID-19 es uno de los desafíos más serios que ha enfrentado la humanidad en tiempos recientes. Todavía se desconoce lo que podrá ser su costo total en vidas humanas. De manera simultánea a la pérdida de vidas y a la profunda crisis de salud, el mundo está siendo testigo de un colapso económico que impactará de manera severa el bienestar de grandes segmentos de la población durante los próximos años. Algunas de las medidas que se están tomando para contrarrestar la pandemia afectarán nuestras vidas en el futuro de manera no trivial. Entender la relación entre los diferentes elementos del problema para ampliar el espacio de la política con una comprensión completa de los efectos sociales y económicos que las medidas que se adopten pueden traer consigo, es el propósito de esta serie.

La combinación de políticas como distanciamiento social, bloqueo y cuarentena significa reducir, o incluso detener por completo, las actividades de producción y consumo por un período de tiempo indefinido, provocando un colapso de los mercados y puede resultar en cierres de mercados, lo que resulta en el cierre de operaciones comerciales. desempleo para millones de trabajadores. El trabajo, factor esencial de la producción, está en cuarentena en la mayoría de los sectores

de la economía. las fronteras se han cerrado, y las cadenas globales de valor se han interrumpido.

La combinación de políticas como el distanciamiento social, el confinamiento y las cuarentenas implican una reducción, cuando no una parada total, de las actividades de producción y consumo por un periodo de tiempo incierto, que desploma los mercados y puede llevar al cierre de empresas, llevando al desempleo a millones de trabajadores. El trabajo, factor esencial de la producción, está en cuarentena en la mayoría de los sectores de la economía. las fronteras se han cerrado, y las cadenas globales de valor se han interrumpido. La mayoría de las estimaciones muestran una contracción del producto global. Enfrentamos una crisis que exige respuestas no convencionales. Es preocupante el efecto nivel: el impacto de la crisis sobre el tamaño de las economías y su capacidad para recuperar el crecimiento tras el choque. Pero nos preocupa igualmente su impacto distributivo. La crisis interactúa con la heterogeneidad preexistente en tenencia de activos, capacidad de generación de ingresos, condiciones de trabajo, acceso a servicios públicos y muchos otros aspectos que hacen que algunos individuos y hogares sean particularmente vulnerables a una parálisis de la economía como esta. Las personas que dependen de los mercados informales, los pequeños y microempresarios, las mujeres con empleos precarios y los grupos históricamente excluidos, como los pueblos indígenas y los afrodescendientes, deben estar en el centro de la respuesta política. (52) El 11 de marzo, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la agencia de salud de las Naciones Unidas, declaró una pandemia. Los primeros casos de COVID-19 en América Latina y el Caribe se detectaron a principios de marzo, cuando no se registraron pacientes en varios países.. En respuesta, todos los Gobiernos de la región han puesto en marcha medidas para frenar la propagación y varios de ellos han optado por la cuarentena y el confinamiento de las personas, en algunos casos de forma opcional y en otros obligatoria, mientras continúan abocados a la búsqueda de soluciones para detener la propagación del virus y mitigar sus efectos económicos y sociales. Ningún país, organización

o cooperación internacional ha cambiado su forma de operar. La pandemia ha obligado a todos los actores a redefinir sus planes y reorientar los recursos disponibles para poner el foco de acción no sólo en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, es decir, hacia la sostenibilidad económica, social y ambiental, sin dejar a nadie atrás, sino también las respuestas a la salud, crisis económicas y sociales en los países.. (53)

La soledad y el aislamiento social son problemas de salud pública, afectando principalmente al adulto mayor, son conceptos de diferente significado que a menudo se utilizan como sinónimos. El aislamiento social es la falta objetiva o la extensión limitada de contactos sociales con otros, por ejemplo: estado civil o vivir solo, aumentando el riesgo de soledad, la cual es definida como el sentimiento subjetivo de estar solo; estas situaciones son particularmente relevantes para la salud física, mental y la longevidad de los adultos mayores porque las circunstancias del envejecimiento, como la pérdida de relaciones, las morbilidades médicas y el deterioro funcional, son factores predisponentes (54) . Las personas que están socialmente aisladas pueden no sentirse solas, en contraste con las personas con muchas conexiones sociales. Por su parte, el aislamiento social causado por la pandemia tiene repercusiones en la salud mental, dado que el encierro puede traer consigo trastornos como la soledad, depresión y ansiedad, e incluso puede llegar a agravar los ya existentes (55). Las relaciones cercanas y el apoyo social pueden ser deficientes o experimentados como inadecuados en aquellos que están deprimidos debido a la angustia y las discapacidades impuestas por su estado depresivo. A pesar de las claras implicaciones de la soledad y el aislamiento social en la salud, se ha prestado relativamente poca atención a las implicaciones económicas.

Los problemas económicos en el adulto mayor han tenido un gran impacto por la pandemia actual de COVID-19, sin embargo, no son un tema nuevo, un claro ejemplo de ello son las jubilaciones obligadas, siendo uno de los acontecimientos más importantes en la vida del adulto, provocando diferentes problemas como insomnio, inadaptabilidad, así como sentimientos de incapacidad. Tiene un gran

impacto psicológico, debido a que es un factor de riesgo importante de los trastornos mentales, su prevalencia en los adultos mayores con menos estabilidad económica puede causar síntomas de ansiedad, así como de depresión lo cual varía según la población y el desarrollo socioeconómico.

Los adultos mayores son particularmente vulnerables al aislamiento social en comparación con los adultos más jóvenes, debido a las transiciones de roles relacionadas con el envejecimiento entre las que destacan la jubilación, pérdida de familiares y/o amigos, cambios físicos como el estado de salud, movilidad, función sensorial y puntos de vista de la sociedad, dado que suele haber una discriminación hacia este grupo de edad. El riesgo de aislamiento social se ha visto magnificado por la pandemia actual de COVID-19, debido a las medidas de distanciamiento físico que se han implementado para disminuir el riesgo de propagación del virus, ya que han impactado significativamente en el bienestar psicológico y salud mental del adulto mayor, teniendo como consecuencias el aumento de la soledad, ansiedad y depresión. Las restricciones que trae consigo la COVID-19 pueden afectar negativamente a la misma persona que se pretende proteger, como lo es el adulto mayor vulnerable. Tanto el aislamiento social como la baja conectividad social se han equiparado a los riesgos para la salud que causa la hipertensión arterial, inactividad física, obesidad o fumar 15 cigarrillos al día, también se asocia con peores resultados neurocognitivos y funcionales.

El impacto de la pandemia en la salud es crucial, pero también afecta los aspectos económicos, educativos y políticos de la vida a nivel mundial. Algunos de los factores de riesgo para sufrir problemas de salud relacionados con el COVID-19 son: ser afroamericano, pobreza, hacinamiento (hogares de ancianos) y otros entornos de la vida comunitaria, así como los que viven con demencia y sus cuidadores. (56)

13. Seguro único de salud. –

El Estado Plurinacional de Bolivia, se caracterizó por el grado de exclusión en salud, existiendo aún grupos etarios de la población que fueron relegados de los servicios de salud de forma gratuita, en todos sus niveles, sin ser considerados vulnerables, cubriendo sus gastos en salud con sus propios recursos. Al ser el acceso a la salud un componente importante para la inequidad y la exclusión de la población, se fueron creando diferentes decretos y leyes, con el fin de mejorar la salud, su oferta y demanda y sobretodo su acceso. (57)

El acceso a los servicios de salud es un elemento de los derechos sociales y económicos de la comunidad, está en la medida en que la sociedad pueda garantizar a todos sus miembros la atención pertinente ante situaciones de salud. Lo que exige también la demanda de la población por un servicio, ante procesos de salud y enfermedad. Por lo tanto, las políticas en salud hacen frente a nuevos y viejos desafíos, el primero debido a cambios de la demanda, producto de la dinámica geográfica, epidemiológica y tecnológica, que requieren de continuas actualizaciones en prestaciones, tratamientos además de costos y gastos en salud. El segundo refleja la carencia histórica de la región en relación a equidad de acceso real a servicios de salud oportunos y de calidad, la escasez de los recursos humanos y financieros. Así que el reto de avanzar hacia un Sistema Único de Salud, es un factor adicional de presión sobre la demanda y el gasto del sector, Respecto a la cobertura en salud existían grupos etarios de la población a nivel nacional que no cuentan con Seguro Social, ni pueden acceder a otro tipo de atención en salud, lo que puede representar altos gastos económicos en salud para la población. Así que, con el Sistema Único de Salud (S.U.S.) implementado desde el mes de marzo (2019), se amplía la cobertura a toda la población, ahora las personas vienen a ser beneficiarios con acceso a los Establecimientos de Salud en todos sus niveles, y así poder cubrir sus necesidades en salud, dependiendo de los recursos existentes en el sector salud, según: cartera de prestaciones, capacidad resolutiva, recurso humano, infraestructura y equipamiento.

El 20 de febrero del 2019, se promulga la Ley 1152, modificando la Ley 1069. Según ésta Ley “se amplía las prestaciones en salud a la población no beneficiaria del Seguro Social de Corto Plazo (tanto mujeres como hombres), con atención gratuita en salud, estableciendo las bases de la atención gratuita, integral y universal de la población beneficiada, la misma que debe ser registrada y suscrita en los Establecimientos de Salud Públicos”. (58) Esta ley se rige, por los siguientes principios: Eficacia, equidad, gratuidad, integralidad, interculturalidad, interculturalidad, intersectorialidad, oportunidad, preeminencia de las personas, progresividad, solidaridad, universalidad, acceso universal a medicamentos y tecnologías en salud. (59).

14. Centros de salud de La Paz. –

El municipio de La Paz, tiene 199 establecimientos de salud durante la gestión del 2020, de los cuales 152 pertenecen al primer nivel atención, 30 al segundo nivel de atención y 17 al tercer nivel. Como contingencia ante la pandemia por COVID 19 se abasteció de medicamentos los centros de salud, se dio cumplimiento a la entrega de medicamentos de enfermos crónicos para 3 meses. Pero por el tema de la pandemia y el miedo de la población en su mayoría los adultos mayores no querían acudir a sus centros de salud, y la afluencia de pacientes bajo considerablemente. (60).

15. Centro de Salud Juancito Pinto. –

El Centro de Salud “Juancito Pinto” pertenece a la RED 3 Norte Central del Área Urbana.

Mediante Resolución Suprema del Estado, constituye a los centros de salud de primer nivel, brindar una atención con calidez y eficacia y calidad a la población en general.

El Centro de Salud “Juancito Pinto” es un establecimiento de salud de primer nivel ubicado en Bolivia, en el Departamento de La Paz y Provincia Murillo. Forma parte de la Red 3 Norte Central. (61)

Para el año 2015 manejaba una población de 5483 habitantes y ahora para el 2021 maneja 10712 habitantes, siendo ese el número total de habitantes de la comunidad que le corresponde, siendo una población cambiante debido a la presencia de gremialistas y comerciantes en la zona que requieren de su atención.

Tiene además una densidad poblacional de 27.7 habitantes por km². Abarca un área de 198.02 m².

Durante la pandemia del COVID 19 el centro de salud, atendió con normalidad, tomando en cuenta las normas de bioseguridad. se realizó un horario de diferenciación para atender pacientes con COVID y sin COVID.

La población adulta mayor ha incrementado bastante y con ello también los enfermos crónicos.

Se dio cumplimiento estricto a los instructivos de dar medicación a enfermos crónicos por 3 meses, pero los pacientes no acudían al centro de salud, la afluencia de los mismos bajo considerablemente.

La población con hipertensión arterial es mayor en adultos mayores y son en una cantidad de 88 pacientes. Según el tratamiento más utilizado es el Lozartan 50 mg, hidroclorotiazida 25 mg, Enalapril 10 mg, el cual debe ser entregado cada mes por 30 días de tratamiento, pero en la mayoría no solo sufren las patologías cardiovasculares, sino también otras como Artrosis, Diabetes Mellitus tipo II, etc.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad el ingreso familiar ha tenido modificaciones negativas, debido al desempleo y a la pandemia por SARS COV 2, lo cual ha provocado un gasto de bolsillo constante para las necesidades familiares.

El ingreso familiar se ha visto afectado debido a que muchas familias y personas ya no han podido sustentar el gasto de bolsillo en medicamentos el cual en muchos países y más en los países subdesarrollados ha llegado a un gasto catastrófico, incrementando la pobreza, el aumento de las enfermedades crónicas y sus complicaciones.

El gasto de bolsillo en medicamentos según los diferentes estudios ha demostrado que es mas en personas que tienen una o más enfermedades crónicas, las cuales necesitan el consumo frecuente y por largo tiempo de los medicamentos, formando así un gasto constante. Una de las enfermedades crónicas más prevalentes es la Hipertensión Arterial.

Señalar que no hay muchos estudios a nivel nacional sobre gasto de bolsillo en medicamentos.

Haciendo una exhaustiva búsqueda de a información en las bases de datos nacionales se ha constatado la inexistencia de estudios referentes al gasto de bolsillo en medicamentos, recurriendo de esta manera a estudios realizados a nivel internacional el mismo que tampoco es mucho.

Es de esta manera que se realizara un estudio en personas con HTA afiliados al SUS en el Centro de salud Juancito Pinto de la ciudad de La Paz, por lo cual se plantea responder a la siguiente interrogante:

¿Cuál es la relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos de personas con Hipertensión Arterial afiliadas al SUS en el C.S. Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre marzo a junio de 2020?

V.HIPOTESIS

5.1. Hipótesis estadística

H0: No existe relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo de medicamentos.

H1: Si existe relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo de medicamentos.

VI.OBJETIVOS

6.1. Objetivo General:

Analizar la relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos, de personas con Hipertensión Arterial afiliadas al SUS en el CS Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre marzo a junio de 2020.

6.2. Objetivos Específicos:

- Conocer las características sociodemográficas y clínicas de la población objeto de estudio.
- Describir el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos según características sociodemográficas y clínicas.
- Establecer la relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos, ajustando por un conjunto de variables contundentes

VII. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

7.1. Tipo de estudio

El presente es un estudio descriptivo cuantitativo de corte transversal, el cual tiene por objetivo: determinar la relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo en medicamentos, de personas con hipertensión arterial afiliadas al SUS en el C.S. Juancito Pinto durante el periodo comprendido entre marzo a junio de 2020.

Es descriptivo debido a que la información que fue recolectada fueron de una fuente fidedigna es decir de las historias clínicas y el SOAPs del Centro de Salud “Juancito Pinto” donde se describió a todos los pacientes hipertensos, sus características sociodemográficas y el gasto de bolsillo en salud efectuada. No existió ningún tipo de manipulación de los datos.

Es cuantitativo porque el presente estudio se centra en cuantificar la recopilación y análisis de datos, dando un enfoque en los costos efectuados al realizar en gasto de bolsillo en relación al ingreso familiar.

Es de corte transversal debido a que es un estudio de investigación observacional que analiza los datos de las variables recopiladas de los pacientes hipertensos del Centro de Salud “Juancito Pinto” en un periodo de tiempo de los meses de marzo a junio del 2020.

Es Retrospectivo debido a que la información obtenida fue de documentación que ya existían ajenos a la planeación del trabajo de investigación, como ser los expedientes clínicos y el SOAPs del Centro de Salud “Juancito Pinto”

7.2. Área de estudio

El presente estudio se desarrolló durante los meses de marzo a junio de la gestión 2020 en el Centro de Salud “Juancito Pinto” mismo que pertenece a la Red de Salud Norte Central de la ciudad de La Paz.

7.3. Universo y muestra

7.3.1. Universo

El universo se encuentra representado por el conjunto de personas con el diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica que acuden para su control y monitoreo al Centro de Salud Juancito Pinto, los cuales según datos institucionales fueron en número de 88 hasta el mes de junio de la gestión 2020.

Población. - la población asegurada que corresponde al SUS que son atendidos en centro de salud Juancito Pinto mayores de 18 son 5210 personas

Universo. - pacientes que están asegurado en SUS y C.S. Juancito Pinto y con Hipertensión arterial son 88 personas.

Para el desarrollo del presente estudio se tomó en cuenta al conjunto del universo es decir a las 88 personas con diagnóstico de Hipertensión Arterial que fueron atendidas en el Centro de Salud Juancito Pinto de la ciudad de La Paz.

7.4. Métodos y técnicas

Se recolecto datos de fuentes secundarias para lo cual se elaboró un instrumento el cual contiene los siguientes apartados:

1. Características sociodemográficas
2. Características económicas
3. Características clínicas de la Hipertensión Arterial
4. Adquisición y consumo de medicamentos
5. Uso de terapias alternativas

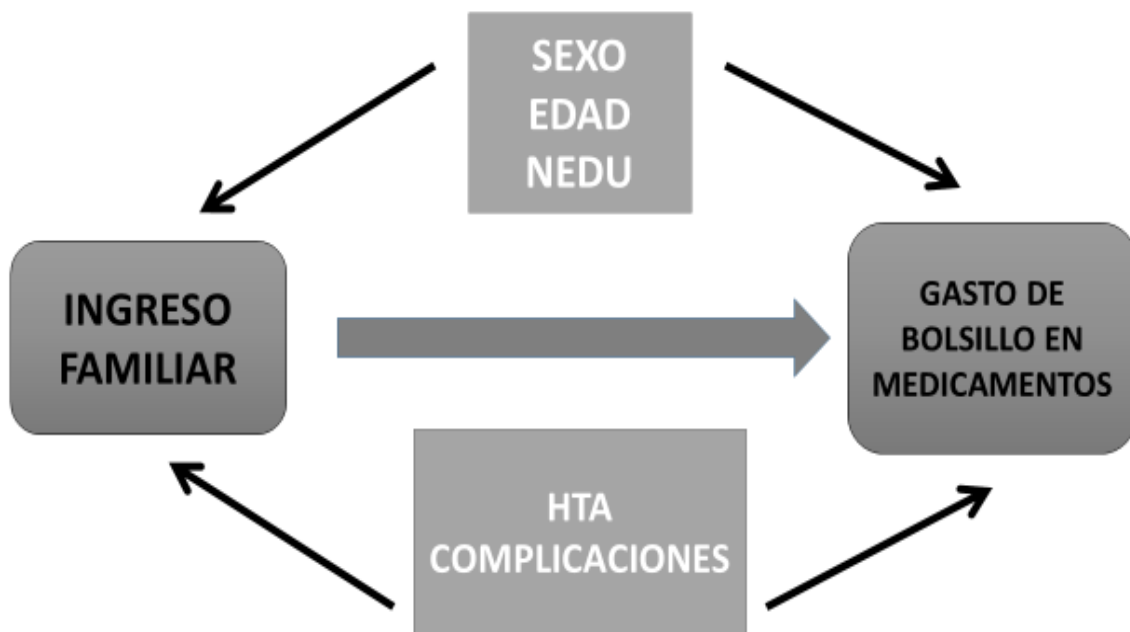
La información fue recolectada a partir de las fuentes de información primarias que está representado por personas con el diagnóstico de Hipertensión Arterial afiliadas al Sistema Único de Salud (SUS) y que acuden para su control y tratamiento al Centro de Salud Juancito Pinto.

Sin embargo, la información recolectada a partir de las fuentes primarias fue complementada con información contenida en la historia clínica (fuente secundaria) de cada uno de los participantes.

7.5. Definición de variables

Se han identificado tres tipos de variables: dependiente, independiente y confundentes:

Para establecer el vínculo entre las variables en estudio se realizó un análisis fundado en investigaciones relacionadas con la temática (véase marco teórico), dicho análisis permitió establecer el siguiente gráfico causal:



Variable dependiente: Gasto de Bolsillo en medicamentos.

Variable independiente: Ingreso familiar

Variables confundentes: Sexo, edad, nivel educativo, Tratamiento de hipertensión arterial y complicaciones.

7.5.1. Variable dependiente

Nº	Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala	Codificación
1	Gasto de bolsillo en medicamentos	Pago directo que realizan las personas y/o las familias para la obtención de medicamentos requeridos en caso de enfermedad.	Gasto promedio mes expresado en Bolivianos, del total de medicamentos adquiridos de forma particular en la farmacia u otro lugar.	Continua	Valor Real Positivo

7.5.2. Variable independiente

Nº	Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala	Codificación
1	Ingreso Familiar	Totalidad de las ganancias o ingresos que tiene una familia. Al hablar de totalidad se incluye el salario, los ingresos extraordinarios e incluso las ganancias que se obtienen en forma de especie.	Monto promedio mes expresado en bolivianos que percibe la familia. Aspecto que se dio a conocer de forma verbal por cada uno de los participantes.	Discontinua	Valor real positivo

7.5.3. Variables confundentes

El efecto de confusión aparece cuando la medición del efecto de una exposición sobre un riesgo se distorsiona porque la exposición es relacionada con otro(s) factor(es) que también influyen el resultado. (84)

Similarmente, una variable (o un factor) de confusión es: 1) un factor de riesgo conocido para el resultado que nos interesa (85), 2) un factor asociado con la exposición, pero no resultado de la exposición (85) y 3) un factor que no es una variable intermedia entre ambos.

Nº	Variable	Definición teórica	Definición operacional	Escala	Codificación
1	Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina	Catalogación que va de acuerdo a la percepción del entrevistador hacia el encuestado	Categorica	0: Masculino 1: Femenino
2	Edad	Cada uno de los períodos en que se considera dividida la vida humana	Edad calculada a partir de la fecha de nacimiento (obtenida a partir de la cedula de identidad) a la fecha de realización de la entrevista	Discontinua	Valor real positivo
3	Nivel educativo	Etapas que forman la educación de un individuo.	Declaración del último curso aprobado.	Categorica	0: Secundario 1: Primario 3: Técnico Univ
4	Tiempo con HAS	Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una	Cantidad de años con la enfermedad. Dato que fue calculo a partir	Discontinua	Valor real positivo

		enfermedad o el comienzo del tratamiento hasta.	de la resta de la fecha de diagnóstico (obtenida de la historia clínica) y la fecha al momento de la entrevista.		
5	Complicaciones	Agravamiento de una enfermedad o de un procedimiento médico.	Catalogación clínica, laboratorial o radiológica que hace el personal de salud en referencia a la presencia de complicaciones. Dicha información se la obtuvo de la historia clínica de los entrevistados	Categoría	0: No 1: Si

7.5. Plan de tabulación y análisis

La aplicación de los instrumentos del estudio dio origen a un amplio espectro de información de los participantes, siendo esta información tabulada en el paquete estadístico SPSS v24.0 y STATA v14.0.

Una vez conformada la base de datos, se procedió a realizar el análisis el cual fue de tipo: Descriptivo

7.5.1. Análisis descriptivo

Para el desarrollo del análisis descriptivo se estableció la siguiente secuencia:

1. Se categorizo las variables consideradas como cuantitativas: edad, tiempo con la enfermedad, ingreso familiar y gasto de bolsillo en medicamentos.
2. Seguidamente, para cada una de las variables (sean: dependiente, independiente o confundentes), se obtuvo las frecuencias con sus respectivos porcentajes.

Posteriormente, con el objeto de establecer la relación entre cada una de las variables consideradas como confundentes con la variable independiente (ingreso familiar) y dependiente (gasto de bolsillo en medicamentos) se realizó el cruce respectivo bajo la siguiente secuencia:

1. Se realizó el cruce de variables, colocando en las filas a las variables consideradas como causas y en las columnas a las variables consideradas como efecto.
2. **Se aplicó la prueba del Chi², el cual se consideraba significativo cuando el valor-p era menor a 0,05.**

7.6. Consideraciones éticas

La presente investigación toma en cuenta los principios fundamentales de la bioética y ciertas previsiones éticas, siendo estas últimas las siguientes:

- **Beneficencia:** El estudio busca que el gasto de bolsillo en salud no afecte el ingreso familiar de las familias, buscando se cree nuevas políticas de salud en un futuro.

- No Maleficencia: El estudio busca no dañar a ninguna persona, manteniendo la seguridad física y psicológica de los pacientes que participaron del estudio.
- Autonomía: Antes de la aplicación del instrumento, los participantes fueron invitados a participar del estudio, reconociendo el derecho de los participantes a su privacidad y autodeterminación.
- Justicia: El estudio es equitativo o justo con los participantes y datos proporcionados, dando un trato diferenciado de acuerdo a la necesidad, siendo la mayoría de los participantes adultos mayores. También se establece que solo el investigador y asociados deberán tener acceso a la información original evitándose de esa manera la propagación de la misma.

VIII. RESULTADOS

Tabla 1

Características sociodemográficas de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	%
Sexo		
Masculino	44	50,0
Femenino	44	50,0
Edad (años)		
40 a 59	11	12,5
Mayores de 60	77	87,5
Nivel educativo		
Primaria	29	33,0
Secundaria	26	29,5
Técnico o Universitario	33	37,5

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

En la tabla num. 1 se evidencia que el 50 % (n=44) de la muestra corresponde a personas del sexo femenino y de igual manera el otro 50 % (n=44) al sexo masculino.

A sí mismo en cuanto se refiere a la edad en años cumplidos la mayor cantidad de los participantes (n=77 o 87.5%) tienen una edad superior a los 60 años.

Finalmente, en referencia al nivel educativo el 37.5% (n=33) tiene un nivel educativo de técnico o universitario.

Tabla 2

Características clínicas de personas con Hipertensión arterial que acuden al C.S. Juancito Pinto. 2020

	N=88	%
Tiempo de la enfermedad (años)		
1 a 4	42	47,7
5 a 9	33	37,5
Más de 10	13	14,8
Complicaciones		
Si	34	38,6
No	54	61,4

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Según las características clínicas las personas con hipertensión arterial tienen un tiempo de enfermedad mayor de 1 a 4 años en un 42 % y el 64% tienen complicaciones

Las características clínicas de las personas con Hipertensión Arterial nos demuestran que mientras van incrementado los años de edad existe una menor cantidad de personas con esta enfermedad, lo que nos puede llevar a realizar a otros estudios con la hipótesis es de que “Cuanto más años de enfermedad hay, mayor tendencia a las complicaciones y mayor mortalidad”, puede ser la razón que haya menor cantidad de pacientes con mayor a 10 años con la enfermedad.

Tabla 3

Ingreso del hogar de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	%
Menos de Bs. 700	65	73,9
Más de Bs. 700	23	26,1

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

El ingreso hogar de las personas con hipertensión es menos de 700 bs en un 73% de los pacientes que acuden al C.S. Juancito Pinto.

Tabla 4

Gasto de bolsillo en medicamentos de personas con Hipertensión arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	%
Si	55	62,5
No	33	37,5

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

El Gasto de Bolsillo en medicamentos se puede analizar que el 62 % si gasta en medicamentos, por lo que más de un 50% realiza gastos en medicamentos y el 37,5% no gasta en medicamentos

Tabla 5

Gasto de bolsillo en medicamentos según características sociodemográficas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	Gasto de Bolsillo				p
		Si		No		
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	44	28	50,9	16	48,5	0,826
Femenino	44	27	49,1	17	51,5	
Edad (años)						
40 a 59	11	7	12,7	4	12,1	0,934
Mayores de 60	77	48	87,3	29	87,9	
Nivel educativo						
Primaria	29	21	38,2	8	24,2	0,350
Secundaria	26	14	25,5	12	36,4	
Técnico o Universitario	33	20	36,4	13	39,4	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Según las características sociodemográficas en la TABLA 5, existe una igualdad entre el sexo masculino y femenino con un 28 % y 27%; el mayor gasto de bolsillo lo realizan los mayores de 60 años, con un nivel educativo entre primaria 29% y universitario 33%.

Según el nivel educativo se puede observar que cuantos más años de estudio tiene menor gasto de bolsillo existe, en cambio los que menos años de estudio tiene producen más gasto de bolsillo. Al analizar la variable educación, llega a la conclusión que la educación evidencia una relación inversa, de tal manera que un mayor nivel educativo es un factor protector a la hora de incurrir en gastos de bolsillos en salud.

Tabla 6
Gasto de bolsillo en medicamentos según características clínicas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	Gasto de Bolsillo				p
		Si		No		
		n	%	n	%	
Tiempo de la enfermedad (años)						
1 a 4	42	29	52,7	13	39,4	0,317
5 a 9	33	20	36,4	13	39,4	
Más de 10	13	6	10,9	7	21,2	
Complicaciones						
Si	34	21	38,2	13	39,4	0,910
No	54	34	61,8	20	60,6	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Según las características clínicas, el gasto de bolsillo lo realizan más las personas que tienen de 1 a 4 años con la enfermedad de Hipertensión arterial en un 42 %, y un 54 % personas de las personas con hipertensión que tienen complicaciones realizan gasto de bolsillo. Según las características clínicas, mientras más años con la enfermedad tienen, menor es el número de personas con gasto de bolsillo

Tabla 7
Ingreso del hogar según características sociodemográficas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	Ingreso del hogar				p
		<700 Bs.		>700 Bs.		
		n	%	n	%	
Sexo						
Masculino	44	31	47,7	13	56,5	0,467
Femenino	44	34	52,3	10	43,5	
Edad (años)						
40 a 59	11	11	16,9	0	0,00	0,061
Mayores de 60	77	54	83,1	23	100,0	
Nivel educativo						
Primaria	29	17	26,2	12	52,2	0,058
Secundaria	26	20	30,8	6	26,1	
Técnico o Universitario	33	28	43,1	5	21,7	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Según el ingreso laboral presentan un ingreso menor a los 700 bs, las personas de sexo femenino en un 52.3 %; según la edad las personas mayores a 60 años tienen menores ingresos en un 83%; según el nivel educativo los universitarios tienen un menor ingreso, pero los de nivel primario tienen mayor ingreso de 700 bs.

Tabla 8
Ingreso del hogar según características clínicas de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	Total	Ingreso familiar				p
		<700 Bs.		>700 Bs.		
		n	%	n	%	
Tiempo de la enfermedad (años)						
1 a 4	42	30	46,2	12	52,2	0,881
5 a 9	33	25	38,5	8	34,8	
Más de 10	13	10	15,4	3	13,0	
Complicaciones						
Si	34	27	41,5	7	30,4	0,347
No	54	38	58,5	16	69,6	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Según las características clínicas el ingreso familiar de las personas con hipertensión arterial con tiempo de enfermedad de 1 a 4 años tiene ingresos menores a los 700 bs.; los que tienen tiempo de enfermedad de 5 a 9 años un 38% tienen menor ingreso; y los que tienen más de 10 años con la enfermedad de hipertensión tienen menor ingreso del hogar. También con respecto al tiempo de la enfermedad los que tienen 1 a 4 años tienen menor ingreso familiar con relación a los demás y los que no tienen complicaciones de la hipertensión arterial tienen un ingreso familiar menor a los 700 bs.

Tabla 9
Gasto del bolsillo en medicamentos según el ingreso del hogar de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

	N=88	Gasto de bolsillo				p
		Si		No		
		n	%	n	%	
<700 Bs.	65	35	63,6	30	90,9	0,005
>700 Bs.	23	20	36,4	3	9,1	

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2022

De las personas Hipertensión Arterial tienen mayor gasto de bolsillo aquellos que tienen un ingreso del hogar menor a 700 bs en un 63% con respecto a los que realizan un gasto de bolsillo, pero tienen un ingreso mayor a 700 bs representado en un 36 %

La relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo es significativa porque es menor a 0.05, a mayor ingreso familiar mayor gasto de bolsillo, los que tienen mayor ingreso de más de 700 bs hay más personas que tienen gasto de bolsillo

Tabla 10

Factores relacionados al gasto de bolsillo en medicamentos de personas con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

Variables	Análisis Multivariado (Modelo inicial)			Análisis Multivariado (Modelo final)		
	Coef	IC 95%	p	Coef	IC 95%	p
Sexo						
Masculino	-	-	-	-	-	-
Femenino	4,59	[-9,853 ; 19,051]	0,528	-	-	-
Edad						
	0,15	[-0,628 ; 0,929]	0,701	-	-	-
Nivel educativo						
Secundario	-	-	-	-	-	-
Primario	11,24	[-7,397 ; 29,879]	0,234	-	-	-
Técnico o Universitario	7,07	[-10,763 ; 24,916]	0,432	-	-	-
Tiempo con la enfermedad						
	-1,11	[-3,421 ; 1,208]	0,344	-	-	-
Complicaciones						
Si	-	-	-	-	-	-
No	-0,32	[-15,741 ; 15,087]	0,966	-	-	-
Ingreso del hogar						
	0,03	[0,016 ; 0,055]	0,001	0,03	[0,021 ; 0,056]	0,001

Fuente: Elaboración propia en base a los datos de pacientes con Hipertensión Arterial que acuden al CS Juancito Pinto. 2020

La relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo es significativa porque es menor a 0.05, a mayor ingreso familiar mayor gasto de bolsillo, los que tienen mayor ingreso de más de 700 bs hay más personas que tienen gasto de bolsillo.

IX. DISCUSIÓN. –

La presente investigación tiene como objetivo analizar la relación de gasto de bolsillo en medicamentos por hipertensión arterial y el ingreso familiar en el centro de salud Juancito Pinto de la Red 3 norte central. En el marco de las características sociodemográficas y clínicas de la población objeto de estudio. (63)

Como lo menciona la OMS, las personas que realizan un gasto de bolsillo en medicamentos son en su gran mayoría los adultos mayores o personas de la 3ra edad, que perciben el Bono dignidad, por lo que quiere decir que estas personas tienen mayor probabilidad de caer en un gasto catastrófico, debido que, por el tema psicológico y físico por la pandemia, no dudan hacer un gasto en medicamentos, así como se denota la relación de la pobreza con las ENT. Se prevé que el rápido aumento de estas enfermedades sea un obstáculo a las iniciativas de reducción de la pobreza en los países de ingresos bajos, en particular porque dispararán los gastos familiares por atención sanitaria. También otros estudios mencionan el riesgo propio de la vejez, es decir, la pérdida de capacidad para generar ingresos, afecta no sólo a la persona adulta mayor, sino al entorno familiar y a la comunidad. (64)

Según el Estudio de Salinas Escudero donde en encuentra en promedio para 2015-2016, el 31% del gasto total en salud de los países de América Latina corresponde a gastos de bolsillo, este tipo de gasto también tiene un efecto importante en el empobrecimiento de los hogares, sobre todo en términos de los gastos extraordinariamente elevados o “catastróficos”. Con la pandemia por COVID 19, en varios países de América Latina las personas de grupos vulnerables como los adultos mayores realizaron más gasto de bolsillo tanto para sus medicamentos por enfermedades crónicas como para prevención y tratamiento por COVID 19. (65)

También un estudio de Serra M. concluye que la probabilidad de incurrir en gasto catastrófico aumenta con la presencia de adultos mayores de 65 años y de

mujeres en edad fértil, mientras que la presencia de niños ya no parece influir. (66)

El efecto protector de la cobertura en salud en relación a la probabilidad de ejercer gasto de bolsillo en salud, por ello resulta importante que la población Adulto Mayor tenga seguro de salud, a fin de proteger a los hogares de incurrir en elevado gasto de bolsillo o por lo menos intentar que no sea tan significativo, también refiere que el adulto mayor por las enfermedades crónicas ya diagnosticadas no realiza nuevos gastos de bolsillo. (67)

Vermorel concluye en su estudio del “efecto de confinamiento y el Gasto del bolsillo en que más del 80% de los adultos mayores contribuyen a la economía de su familia, pero sólo el 14% cuenta con una pensión de jubilación, que no cubre las necesidades básicas de su familia, ya que el 61% es jefe de hogar, por ello trabajan hasta donde las fuerzas físicas le permitan”. Según el INE, el 55% de los adultos mayores pertenece a los hogares más pobres de Bolivia. (68)

En el estudio Vilma Masterti según el abordaje a los adultos mayores y la encuesta realizada se concluye que cuanto mayor es la edad y las enfermedades crónicas menor es el ingreso familiar, debido que este grupo vulnerable ya no puede trabajar y tampoco ya no es tomado en cuenta por la sociedad para realizar trabajos, aunque tengan estudios superiores, lo que lleva a la disminución de los ingresos familiares. (69)

El presente estudio presenta limitaciones que debe tenerse en cuenta el momento de generalizar sus resultados. La más importante es cantidad de la muestra que es mínima, la cantidad de variables confundentes que no fueron muchas debido a que la muestra es pequeña. Otra limitación es que no se tiene el dato que, si existió gasto de bolsillo de medicamentos para COVID, el mismo que hubiera potenciado a un gasto catastrófico. Sin embargo, el presente estudio presenta fortalezas importantes, el sesgo de información posible de datos se minimiza por la exhaustiva recolección de datos en una encuesta local diseñada

exclusivamente para estimar el gasto de bolsillo en medicamentos en los pacientes con hipertensión arterial del centro de salud Juancito Pinto.

X. CONCLUSIONES

- Caracteriza fundamentalmente a la población objeto de estudio una edad mayor a 60 años, un nivel educativo de técnico superior o universitario, un diagnóstico de HAS no mayor a 4 años y la ausencia de complicaciones que derivan de esta enfermedad.
- Se presenta un gasto de bolsillo y un ingreso familiar en mayor cuantía en personas con una edad superior a 60 años, con un nivel educativo primario y/o superior y sin complicaciones derivadas de la HAS; sin embargo, se establece un que un mayor tiempo con la enfermedad implica un menor número de personas que asumen un gasto de bolsillo en medicamentos.
- Tras ajustar por un conjunto de variables consideradas como confundentes se establece que un incremento del ingreso familiar conlleva a un aumento del gasto de bolsillo en medicamentos
- En consecuencia, según los datos analizados se responde a la hipótesis alterna donde Si existe relación entre el ingreso familiar y el gasto de bolsillo de medicamentos.

XI. RECOMENDACIONES

- El tema social en el adulto mayor es preocupante, que sus ingresos son mínimos, en algunos solo es el bono, lo cual lo utilizan para pagar su vivienda, alimentación y el gasto de bolsillo por medicamentos más, por lo que es que se tiene que realizar políticas gubernamentales para evitar ese gasto de bolsillo en salud.
- Es fundamental invertir en una mejor gestión de las ENT, que incluye su detección, cribado y tratamiento, así como el acceso a los cuidados paliativos. Las intervenciones esenciales de gran impacto contra las ENT pueden llevarse a cabo en la atención primaria para reforzar su detección temprana y el tratamiento a tiempo. Los datos demuestran que esas intervenciones son una excelente inversión económica porque, si los pacientes las reciben tempranamente, pueden reducir la necesidad de tratamientos más caros.
- Este estudio debería ser realizado en una Gerencia de red, y ver la realidad, ya que la muestra sería más grande y también existiría pacientes de diferentes estratos sociales y analizar quienes están entrando en gastos catastróficos.
- También se podría realizar el estudio con otras patologías crónicas como por ejemplo la Diabetes Mellitus tipo II, Artrosis, etc.

XII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. World Health Organization. (2017). Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. 2017. *Organizacion Mundial de la Salud*. Obtenido de:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310924/9789243513553-spa.pdf?ua=1>
2. OMSa. (2019). Plan de Acción para la Prevención y Control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. *OPS*. Obtenido de

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=30526&Itemid=270&lang=es
3. Pavón-León, P. e. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 286-291.
4. García, J. B. (2019). Análisis de los principales determinantes de la incidencia de gastos catastróficos de bolsillo en salud para los hogares de México con base en la ENIGH 2019 . *Tesis economica*.
5. Valencia Ramírez, Gloria Marcela & Cardona Rivas, Dora. (2015). Gasto de bolsillo para salud en pacientes hipertensos. *Revista Médica de Risaralda* , 21 (2), 32-38.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0122-06672015000200007&lng=en&tlng=es.
6. (2008). Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(2)

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200007&lng=es&tlng=es.
7. Pavón-León, Patricia, Reyes-Morales, Hortensia, Martínez, Armando J., Méndez-Maín, Silvia María, Gogeoascoechea-Trejo, María del Carmen, & Blázquez-Morales, María Sobeida L.. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 31(4), 286-291.

<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.12.015>
8. Narváez Rory (2020). Gasto de bolsillo en salud y aseguramiento público de la salud en Bolivia. Instituto de Estudios Amansados en desarrollo.

<https://www.inesad.edu.bo/2020/12/28/gasto-de-bolsillo-en-salud-y-aseguramiento-publico-de-la-salud-en-bolivia/>

9. Salinas-Escudero, G. e. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Salud Pública de México*, 504-513.
10. García Fariñas, A. R. (2008). Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34.
11. Knaul F, W. R.-O. (2010). Network on Health Financing and Social Protection. *Salud Pública de México*, 85-95.
12. Knaul FM, G.-P. E.-D. (2013). Hacia la cobertura universal en salud: protección social para todos en México. *Salud Publica Mex*, 207-35.
13. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, U. (2008). Objetivos de Desarrollo del milenio. La progresión hacia el derecho a la salud en América. *Santiago de Chile: Naciones Unidas*.
14. Ginocchio, V. A. (2018). Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú. *TESIS DOCTORAL*, 162-170.
15. Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223-255. Obtenido de <http://www.jstor.org/stable/1830580>
16. Murray, C. J. (2000). A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization*, 78(6), 717-731. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2560787/pdf/10916909.p>
17. OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
18. P, C. (2013). Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera. *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*.
19. CDSS. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad. (C. s. Salud, Ed.) *Ginebra: OMS*. Obtenido de http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008_execsumm_es.pdf
20. OMSb. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. OMS. Obtenido de <http://apps.who.int/whr/2014/es/>

who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1.

21. A, L. B. (2017). Las dimensiones económicas de las enfermedades no transmisibles en América Latina y el Caribe. *Organización Panamericana de la Salud y la Universidad de Washington*. doi:978-92-75-11905-1
22. Dmytraczenko, T. y. (2015). Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Washington,. *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial*.
23. OMSb. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. OMS. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1
24. OMSa. (2019). Plan de Acción para la Prevención y Control de las enfermedades no transmisibles en las Américas. OPS. Obtenido de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=30526&Itemid=270&lang=es
25. OMS. (2010). Informe sobre la salud en el mundo. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <http://www.who.int/whr/2000/es/index.html>
26. CDSS. (2009). Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. OMS. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44084/1/9789243563701_spa.pdf.
27. Salud, C. M. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. *Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Obtenido de http://www.who.int/sdhconference/declaration/Rio_political_declaration_Spanish.pdf.
28. Merchán-Hamann, E. S. (2013). Perfiles Descriptivos dos Sistemas de Saúde dos Estados Parte do MERCOSUL. República Federativa do Brasil. *MERCOSUL*. Obtenido de <http://www.observasalud>.
29. Pereyra, A. T. (2003). El gasto en cuidados médicos de las familias uruguayas. *El Trimestre Económico* 70, 277(1), 43-79.
30. GIOVANELLA, L. e. (2020). ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica?

- Trabalho, Educação e Saúde*, 19. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00310>
31. TITO, C. e. (2020). Derechos, infancias y desigualdades en tiempos de Pandemia en Bolivia. Obtenido de <http://repositorio.ucb.edu.bo/xmlui/handle/20.500.12771/259>
 32. Ledo C, S. R. (2011). Sistema de Salud de Bolivia. *Salud Publica Mex*, 109-119.
 33. Cid C, F. G. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 45-95. doi:10.26633/RPSP.2021.95
 34. OPS. (2021). Estado Plurinacional de Bolivia - Acceso y cobertura universal de salud, una referencia para el mundo. OPS. Obtenido de <https://www.paho.org/es/noticias/1-9-2021-estado-plurinacional-bolivia-acceso-cobertura-universal-salud>
 35. SEDESLP. (s.f.). Plan de contingencia para COVID 19. *Servicio Departamental de La Paz*. Obtenido de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/sedes-publicaciones>
 36. SEDESLP. (2020). Plan del COED 2020. *Servicio Departamental La Paz*. Obtenido de <https://www.sedeslapaz.gob.bo/blog-node/resoluci%C3%B3n-del-coe-departamental-establece-medidas-frente-la-pandemia>
 37. Eliseo Díaz-González & Ramírez-García, J. B. (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. 23(91), 70-81. Obtenido de <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.91.004>
 38. Marcela Oyarte, M. E. (2018). Gasto de Bolsillo en Salud y Medicamentos en Chile: Analisis Comparativo de los Periodos 1997, 2007, y 2012. *Elsevier*, 202 - 209.
 39. VMÁ, S. (2020). Las enfermedades crónicas no transmisibles y la pandemia por COVID-19. *Finlay*, 78-8.
 40. Salud, O. M. (2010). Noticias ONU. Retos de salud urgentes para la próxima década según la OMS. *Ginebra: OMS*. Obtenido de <https://teresaperez.net/2020/01/21/retos-de-salud-urgentes-para-la-proxima-decada-segun-la-oms/>

41. Serra MA, S. M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Finlay*, 8. Obtenido de <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561>
42. Ferrer, J. (2014). Definición de Ingreso Familiar. *Economía*.
43. García RA, R. L. (2020). COVID-19: en torno al sistema cardiovascular. *Anales de la Academia de Ciencias de Cuba*, 10. Obtenido de <http://www.revistaccuba.sld.cu/index.php/revacc/article/view/782>
44. RB, H. (2001). Factores de riesgo para la hipertensión arterial. *Arch Cardiol Mex*, 208-210.
45. Pérez Caballero Manuel Delfín, L. Á. (2017). Guía cubana de diagnóstico, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial. *Rev cubana med.*, 242-321. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232017000400001&lng=e.
46. M. Wieczorek, A.-C. R. (2017). Generalidades sobre la artrosis: epidemiología y factores de riesgo, EMC - Aparato Locomotor,. *EMC*, 50(3), 1-12. Obtenido de [https://doi.org/10.1016/S1286-935X\(17\)86066-4](https://doi.org/10.1016/S1286-935X(17)86066-4).
47. Vermorel, C. (2021). Efecto del confinamiento debido a la pandemia de Covid-19 sobre la incidencia y la gravedad de las caídas en las personas institucionalizadas. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10854/6723>
48. D., C. (2020). Sharing research data and findings relevant to the novel coronavirus (COVID 19). *Wellcome Trust*. Obtenido de <https://wellcome.ac.uk/pressrelease/sharingresearch-data-and-findings-relevant-novelcoronavirus-covid-19-outbreak>
49. MA, S. V. (2020). Infección respiratoria aguda por COVID-19: una amenaza evidente. *Rev haban cienc méd*, 19(1), 1-5. Obtenido de <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/articulo/view/3171>
50. Pérez AMR, G. T. (2020). Características clínico epidemiológicas de la COVID-19. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 1-15
51. KANNAN S, S. P. (2020). COVID-19 (Novel Coronavirus 2019) . *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 2006-2011.
52. CEPAL, N. U. (2020). Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19).
53. HEVIA, C., & NEUMEYER, A. (2020). Un marco conceptual para analizar el impacto económico del COVID-19 y sus repercusiones en las políticas.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Buenos Aires-Argentina.

54. Donovan, N. &. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 28, 1233-1244. doi:doi:10.1016/j.jagp.2020.08.005
55. Siew, S. M. (2021). Directional Effects of Social Isolation and Quality of Life on Anxiety Levels Among Community-Dwelling Older Adults During a COVID-19 Lockdown. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*. doi:10.1016/j.jagp.2021.03.012
56. OLIVO MOREIRA, W. A., & MUÑIZ HOLGUIN, M. E. (2021). Impacto Psicosocial del Duelo en el Adulto Mayor durante la Pandemia por Covid-19. *Tesis de Licenciatura. Universidad de Guayaquil-Facultad de Ciencias Psicológicas.*
57. Bolivia, E. P. (2019). Hacia el sistema único de salud, universal y gratuito. Obtenido de https://www.lexivox.org/norms/BO-L-N1152.xhtml?dcmi_identifier=BO-L-N1152&format=xhtml
58. POCOATA CONDORI, J. C. (2019). Factores que influyen en la demanda de salud de la población masculina de 20 a 59 años de edad, Centro de Salud Integral Huayna Potosí-Red Los Andes. *Tesis Doctoral*. Obtenido de <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/25450>
59. BOLIVIA, T. D. (2021). PAPEL DE LA ORGANIZACIÓN POLÍTICA Y SOCIAL EN LAS POLÍTICAS DE SALUD. *Revista europea de medicina molecular y clínica*, 2295-2304.
60. Gobierno Autonomo Municipal de La Paz. (2020). ACCESO A SERVICIOS DE SALUD ESENCIALES DE CALIDAD. *Gobierno Autonomo Municipal de La Paz*. Obtenido de <http://sitservicios.lapaz.bo/sit/ods/ods-3.html>
61. Ministerio de Salud y Deportes. (2017). Norma Nacional de Caracterización de Establecimientos de Salud de Primer Nivel.
62. Mercedes Rojas, Y. G. (2016). Comportamiento epidemiológico de la Hipertension Arterial en individuos del Municipio de San Cristobal del estado de Tachira - Venezuela. *Revista latinoamericana de Hipertension*, 11(1), 1-11.
63. OMS. (2021). Enfermedades No Transmisibles. *datos y cifras*. Organización Mundial de Salud.

64. Salinas-Escudero, G. e. (2019). Gasto de bolsillo en salud durante el último año de vida de adultos mayores mexicanos: análisis del Enasem. *Salud Pública de México*, 504-513
65. Serra MA, S. M. (2018). Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. *Finlay*, 8.
66. UDAPE. (2013). Efecto de la Renta Dignidad en el nivel de pobreza, ingreso y consumo en Bolivia. Banco Central de Bolivia.
67. Vermorel, C. (2021). Efecto del confinamiento debido a la pandemia de Covid-19 sobre la incidencia y la gravedad de las caídas en las personas institucionalizadas. Obtenido de <http://hdl.handle.net/10854/6723>
68. Pedraza, C. C. (2017). Gasto de bolsillo en salud de los hogares: El Caso de Chile, 2007 y 2017. *Tesis de Maestría*, 2-5.
69. Akram Hernández, R. V. (2020). Análisis del gasto de bolsillo en medicamentos e insumos en Perú en 2007 y 2016. *Medwave*, 20(2). doi:10.5867/medwave.2020.02.7833
70. Almarzas, A. L. (2016). Gasto de bolsillo en salud por enfermedades crónicas en los adultos mayores: Implicaciones económicas para los hogares en México. *Tesis de Especialidad*, 1-12.
71. ANF. (2020). Adultos Mayores le recuerdan al Gobierno que se debe ajustar la Renta Dignidad. *Agencia de Noticias Fides*.
72. BID. (2018). Analisis del Sector Salud de Bolivia. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 75-82
73. *europa de medicina molecular y clínica*, 2295-2304.
74. Calderon, R. M. (2016). Percepcion de la Calidad de Vida y resiliencia del adulto mayor del Centro nueva Esperanza, La Paz. *Tesis de Grado, UMSA*, 26-34.
75. Castillo-Laborde, C. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Rev. méd. Chile*, 1456-1463.
76. CELDA. (2019). En Bolivia, la vejez es sinónimo de pobreza. *El Fulgor*.
77. Dmytraczenko, T. y. (2015). Toward Universal Health Coverage and Equity in Latin America and the Caribbean: Evidence from Selected Countries. Washington,. *Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial*.

78. OIT Países Andinos. (2021). Respuestas de corto plazo a la COVID-19 y desafíos persistentes en los sistemas de salud de América Latina. *Organización Internacional del Trabajo*, 9-11. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_768040.pdf
79. P, C. (2013). Costos compartidos en salud: gasto de bolsillo y protección financiera. *Economía, Política y Economía Política para el Acceso y la Cobertura Universal de Salud en Uruguay*.
80. Pavón-León, P. e. (2017). Gasto de bolsillo en adultos mayores afiliados a un seguro público de salud en México. *Gaceta Sanitaria*, 286-291.
81. OMS. (2014). Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/149296/1/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf?ua=1&ua=1
82. Jossie Alvis Zakzuk, C. M. (2018). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev. Salud Pública*, 20(5), 591-598. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v20n5/0124-0064-rsap-20-05-591.pdf>
83. García, J. B. (2019). ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES DETERMINANTES DE LA INCIDENCIA DE GASTOS CATASTRÓFICOS DE BOLSILLO EN SALUD PARA LOS HOGARES DE MÉXICO CON BASE EN LA ENIGH 2019 . *Tesis económica*.
84. Last J. A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition. New York, New York: Oxford University Press. 2001
85. Jenicek M, Cléroux R. Epidemiología: Principios, Técnicas y Aplicaciones. Barcelona, España: Salvat Editores. 1987

XIII. GLOSARIO

- **Gasto de bolsillo:** engloban todos los tipos de gastos sanitarios realizados en el momento en que el hogar se beneficia del servicio de salud
- **Gastos catastróficos:** Según la OMS por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago.
- **Coaseguro:** es un mecanismo que utilizan las compañías aseguradoras para repartirse la responsabilidad de la cobertura de un determinado riesgo.
- **Copagos:** es un cargo fijo que pagas en el momento en que visitas al médico o surtes un medicamento con receta
- **Deducibles:** son aquellos que se restan de los ingresos brutos para obtener el beneficio a efectos de impuesto
- **Hipertensión Arterial:** es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada.

XIV. ANEXOS

“RELACIÓN ENTRE EL INGRESO FAMILIAR Y EL GASTO DE BOLSILLO EN MEDICAMENTOS, DE PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL AFILIADAS AL SUS EN EL CENTRO DE SALUD JUANCITO PINTO DE LA CIUDAD DE LA PAZ, MARZO A JUNIO DE 2020”

cod _____

VARIABLES DEMOGRAFICAS

Sexo Mujer Varon

Edad _____ años cumplidos

Nivel Educativo primaria secundario tec/
Univ.

VARIABLES ECONOMICAS

Ingreso familiar Bs _____ mes

Gasto de Bolsillo Bs _____ mes

VARIABLES CLINICAS

Tiempo con HTA _____ años

Complicaciones si no