

FACTORES OBSTACULIZADORES DE ACCESO A SERVICIOS DE ASISTENCIA MÉDICA Y SOCIAL DURANTE LA PANDEMIA EN EL HOSPITAL DE CLÍNICAS¹

Hugo Pereira Cardozo²,

Elba Núñez³,

Ma. Limpia Díaz O.⁴

Mónica Ruoti Cosp⁵

Recibido: 28/05/2022

Aprobado: 01/07/2022

RESUMEN

La pandemia del Covid-19 profundizó la precarización de las condiciones económicas y sanitarias en Paraguay. El marco normativo vigente en el país protege el derecho a la salud y garantiza que nadie será privado de asistencia pública, pero en el contexto de la pandemia la oferta de servicios estatales ha sido ampliamente rebasada. Con el objetivo de identificar los factores obstaculizadores de acceso a servicios sociales y de salud que enfrentaron los familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19 en el Hospital de Clínicas, se llevó a cabo un estudio de nivel exploratorio, descriptivo y de corte transversal. Se entrevistaron a 43 familiares y/o allegados/as de pacientes internados/as en el Hospital de Clínicas. Casi las tres cuartas partes de los/las entrevistados/as dijeron haber experimentado alguna dificultad para acceder a los servicios. Los/las familiares y/o allegados/as de pacientes debieron hacer frente a numerosas dificultades. Además de la ayuda solidaria mutua, la organización de los/as

¹ Las autoras y autor del artículo agradecen el valioso trabajo de las Licenciadas en Trabajo Social, Haydeé Solís y Verónica Zorrilla, quienes realizaron una valiosa contribución al trabajo de investigación.

² Magíster en Metodología de la Investigación Científica y Tecnológica. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Asunción. hugopereirac@gmail.com

³ Magíster en Ciencias Políticas. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Asunción. Investigadora principal. elba_nunez@facso.una.py

⁴ Magíster en Trabajo Social. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Asunción. maria_diaz@facso.una.py

⁵ Magíster en Trabajo Social. Facultad de Postgrados. Universidad Americana. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Asunción. monicaruoti@gmail.com

familiares y/o allegados de pacientes internados/as fue fundamental para hacer frente a la falta de respuestas por parte del Estado.

Palabras claves: Acceso a políticas – salud – servicios públicos – Covid-19.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic deepened the precariousness of economic and health conditions in Paraguay. The current regulatory framework in the country protects the right to health and guarantees that no one will be deprived of public assistance, but in the context of the pandemic, the supply of state services has been widely exceeded. With the objective of identifying the hindering factors of access to social and health services faced by the relatives and/or relatives of Covid-19 patients in the Hospital de Clínicas, an exploratory, descriptive and exploratory study was carried out. cross section. 43 relatives and/or relatives of patients admitted to the Hospital de Clínicas were interviewed. Nearly three-quarters of those interviewed said they had experienced some difficulty accessing services. The relatives and/or relatives of patients had to face numerous difficulties. In addition to mutual solidarity, they organized themselves to deal with the lack of responses from the State.

Keywords: Access to policies - health - public services - Covid-19.

1. Introducción

El 30 de enero del 2020 la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el Covid-19 se constituía en una emergencia de salud pública de preocupación internacional (OMS, 2020). El 11 de marzo del 2020 la OMS llegó a la conclusión de considerar pandemia a la enfermedad (OPS, 2020). Según Rosselli, las pandemias han acompañado a la humanidad desde tiempos remotos. Sin embargo, la población mundial del siglo XXI no ha conocido los efectos e implicancias de una pandemia de tal magnitud hasta que apareció la enfermedad respiratoria aguda causada por un nuevo coronavirus humano, el SARS-CoV-2; esto a pesar de que el mundo haya experimentado otras pandemias como, por ejemplo, la aparecida en el 2009,

la de la influenza H1N1, que también causó muertes pero que ha sido de una intensidad menor a la surgida en el año 2020 en China, desde donde se extendió a todo el planeta (2020).

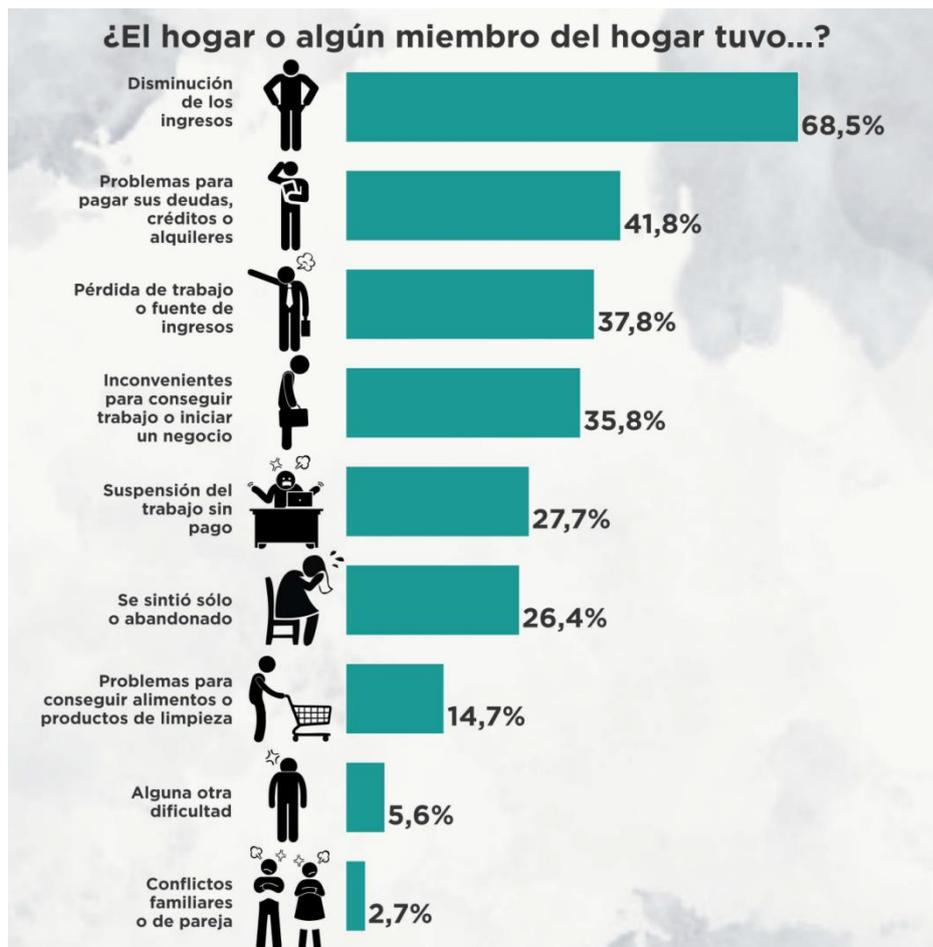
Numerosas familias paraguayas tuvieron a uno o más de sus integrantes con prolongadas internaciones en los centros hospitalarios, públicos o privados. La oferta de servicios públicos fue ampliamente rebasada. Al 25 de mayo del 2022, datos del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) indicaban que Paraguay registró, desde el primer infectado por el virus confirmado en el 2020, aproximadamente 650 mil casos de afectados/as por el Covid-19, equivalente a casi el 9% de la población total del país del año 2022 (INE a, s/f)⁶, y un número superior a 18 mil muertes (MSPBS, s/f)⁷. El 10 de marzo del 2020 Paraguay fue el primer país de la región en declararse en cuarentena tras la confirmación del segundo caso en el territorio nacional (MSPBS, 2020). Desde entonces se estableció el aislamiento social, la suspensión de clases, la cancelación de eventos públicos y privados, la circulación de personas, el cierre de fronteras y otras medidas en el marco de la cuarentena obligatoria. El 26 de marzo del año 2020 se promulgó una que declaró el estado de emergencia en todo el territorio nacional ante la pandemia declarada por la OMS (Ley N° 6524/2020).

La situación creada por la pandemia generó una crisis socioeconómica de importantes impactos en la población paraguaya. En menos de dos semanas de iniciada la cuarentena, se denunciaron más de 600 despidos de trabajadores (SEPPY, 2020). La Encuesta Permanente de Hogares Continua (INE b, s/f) indica que uno de los principales efectos registrados en el segundo trimestre del año 2020 fue la reducción de los ingresos en casi el 70 % de los hogares del país, lo que consecuentemente provocó que más del 40 % de las unidades familiares tuvieran dificultades para pagar sus deudas. La paralización de las actividades económicas impactó de manera negativa en el mercado laboral, lo que se vio reflejado en que los/las integrantes de casi el 38 % de los hogares paraguayos perdiera su trabajo o fuentes de ingresos. En aproximadamente el 36 % de las familias sus miembros tuvieron inconvenientes para conseguir trabajo o iniciar un negocio; en casi el 30 % refirieron la suspensión del trabajo sin pago, seguido de otros problemas ocasionados por la crisis pandémica (Figura 1).

⁶ Al 2022 Paraguay tiene una población de 7.453.695 personas según datos del Instituto Nacional de Estadística.

⁷ Consultado el 25 de mayo de 2022 a las 20:25hs.

Figura 1. Impactos socioeconómicos generados por la pandemia del Covid-19 en el segundo trimestre del año 2020.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística, INE (s/f).

En medio de la crisis socioeconómica mencionada, la sociedad paraguaya tuvo que hacer frente a la pandemia en un contexto contradictorio caracterizado por un proceso de precarización del presupuesto otorgado por el Estado a los servicios públicos de salud, por un lado, y las garantías al derecho de acceso a la atención médica, por el otro. En efecto, Paraguay tiene un marco normativo que protege el derecho a la salud. Entre ellos, el artículo 68 de la Constitución Nacional establece que el Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad. Dispone igualmente que nadie será privado de asistencia pública para prevenir o tratar enfermedades, pestes o plagas, y de socorro en los casos de catástrofes y de accidentes (Constitución Nacional de Paraguay, 1992).

En el año 1996, por Ley N° 1032, se creó el Sistema Nacional de Salud “*en cumplimiento de una política nacional que posibilite la plena vigencia del derecho a la salud de toda la población*” (Artículo 1°, Ley N° 1032/1996). La normativa legal señala que el Sistema tiene como finalidad primordial prestar servicios a todas las personas de manera equitativa, oportuna, eficiente y sin discriminación alguna (Artículo 3°, Ley N° 1032/1996). En los años posteriores a la aprobación de la ley gran parte de los recursos de salud seguían desperdiándose en prácticas de administración deficiente, un obstáculo para una atención de calidad (Gaete, 2002), además de que alrededor del 35 % de la población seguía sin tener un acceso regular a servicios básicos de salud (Mancuello y Cabral, 2011).

Pese al espíritu garantista de la legislación paraguaya, los análisis realizados desde la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (ALAMES), capítulo Paraguay sobre el sistema de atención a la salud en el país, mostraban en los años anteriores a la pandemia una tendencia a la precarización reflejada, por ejemplo, en el 2017 con un presupuesto limitado y una ejecución ineficiente (Martín, 2017). En el 2018 la principal institución de seguridad social del Paraguay, el Instituto de Previsión Social (IPS), cuya cobertura de atención a la salud llega solo a un quinto de la población, realizaba ese año una inversión per cápita anual doble con relación a lo invertido por el MSPBS, cuyos servicios están orientados a todos los/as habitantes del país, especialmente al 70 % que no cuenta con seguro social, lo que muestra inequidades dentro del sistema que se traducen en inequidades en los servicios prestados de salud (Martín, 2018).

En el 2019 se siguió sosteniendo un presupuesto insuficiente para hacer frente a la demanda de la población, lo que también consecuentemente fue una barrera para mejorar los servicios (Martín, 2019). En los meses finales del 2020, año de la aparición de la pandemia del Covid-19, de manera paradójica se anunció desde el gobierno un recorte del presupuesto del Ministerio de Salud para el año 2021 (Martín, 2020). Esto último conspira contra la posibilidad de ampliar la cobertura de la atención sanitaria en Paraguay, que termina dependiendo de la capacidad de pago de la población paraguaya (Giménez et al., 2021), por lo que el ejercicio del derecho a la salud se vuelve incierto (Giménez et al., 2019).

La vulnerabilidad del sistema de salud paraguayo llevó al gobierno a implementar, al inicio del brote del Covid-19 en el país, un aislamiento preventivo (PNUD, 2020). El MSPBS estableció como una de las primeras medidas la reorganización de los servicios hospitalarios por Decreto de la Presidencia de la República N° 3475 de 19 de marzo de 2020. Este trabajo buscó identificar los factores obstaculizadores de acceso a servicios sociales y de salud que enfrentaron los familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19 en uno de los principales hospitales de referencia del Paraguay, el Hospital de Clínicas.

2. Metodología

Se trata de una investigación de nivel exploratorio, considerando que la situación generada por la pandemia del Covid-19 fue novedosa.

El estudio es descriptivo, de carácter cuantitativo-cualitativo y de corte transversal. Fue realizado en el marco del Proyecto “Factores de acceso a las políticas de asistencia social que enfrentan familiares víctimas de COVID-19 en el contexto del Hospital de Clínicas y estrategias superadoras en el año 2021” apoyado con fondos de la Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica, dependiente del Rectorado de la Universidad Nacional de Asunción.

Se aplicó una encuesta a 43 familiares y/o allegados/as de pacientes internados/as en el Hospital de Clínicas, el cual fue seleccionado por ser un Hospital Escuela de referencia, dependiente de la Universidad Nacional de Asunción (UNA), que recibe a pacientes de diferentes puntos del país, lo que ayudó a tener a mano una diversidad de realidades para el análisis.

Para el relevamiento de datos de familiares y/o allegados/as, se confeccionó un cuestionario digital a través de la aplicación del diseño de formularios en línea. La realización

de las encuestas estuvo a cargo de estudiantes y egresadas de la Licenciatura de Trabajo Social de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la UNA, quienes previamente fueron capacitadas en el marco de la ejecución del proyecto de extensión universitaria “*Estudio sobre políticas de asistencia social dirigido a víctimas de COVID-19- internados/as en el Hospital de Clínicas*”. El formulario fue aplicado entre los meses de agosto y octubre del 2021. Los datos de la encuesta fueron procesados con el SPSS.

Los datos cualitativos fueron relevados a través de entrevistas semiestructuradas a fin de profundizar los aspectos indagados por el estudio. Con relación a los criterios de inclusión y exclusión para las entrevistas, se tomó en cuenta que fueran familiares directos de pacientes que estuvieron internados/as por Covid-19 en el Hospital de Clínicas y que fueran de diferentes puntos geográficos del país. En cuanto a los/las profesionales de salud entrevistados/as, se tomó en cuenta que estuvieran en roles de atención y coordinación de los servicios de cuidado a personas con Covid-19 durante el contexto de la pandemia.

El procesamiento de datos fue realizado tomando en cuenta las dimensiones operacionalmente definidas como:

- ✓ **Dimensión “Factores de acceso a servicios de salud de familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19”:** Considera los factores relacionados a la oferta y la demanda de las políticas de salud. Incluye la disponibilidad de recursos y la prestación adecuada de salud de calidad, así como las barreras para la utilización. Las barreras pueden ser económicas, personales, institucionales, sociales y culturales que limitan el acceso a estos.
- ✓ **Dimensión “Factores de acceso a servicios públicos sociales de apoyo a la atención sanitaria”:** Considera los factores relacionados a la oferta y la demanda de los servicios públicos de apoyo a la atención sanitaria. Incluye la disponibilidad de recursos y la prestación adecuada (calidad), así como las barreras para la utilización. Las barreras pueden ser económicas, personales, institucionales, sociales y culturales que limitan el acceso a estos.

Conforme a las normas éticas, la participación de los sujetos de estudio fue voluntaria, previo consentimiento informado. Se respetó la confidencialidad de la información obtenida. A fin de salvaguardar la identidad de los/as entrevistados/as, a lo largo del texto son presentados a través de códigos y sus respectivos roles: a-) Familiar de paciente; b-) Profesional de la salud; c-) Agente público, el cual hace referencia a funcionarios de instituciones que intervinieron en los trámites de asignación de subsidios destinados a la compra de medicamentos e insumos. En la tabla 1 pueden observarse con detalle los códigos asignados y las descripciones correspondientes.

Tabla 1. *Códigos y descripciones de roles de entrevistados y entrevistadas*

Código	Descripción
EPS1	Entrevista a profesional de la salud 1
EPS2	Entrevista a profesional de la salud 2
EPS3	Entrevista a profesional de la salud 3
EFP1	Entrevista a familiar de paciente 1
EAP1	Entrevista a agente público 1

*Fuente:
Elaboración*

propia

3. Resultados

El Hospital de Clínicas, al igual que todo el sistema público, tuvo un momento de crisis muy delicado en el momento de mayor contagio e internaciones en que los insumos resultaron ser insuficientes. Se presentaron dificultades para el acceso a camas de internación, terapia intensiva, medicamentos y otros insumos. La falta de oxígeno llevó incluso a que se tomaran decisiones difíciles como elegir entre uno y otro paciente.

[...] porque nosotros íbamos a la sala de contingencia que son las urgencias donde llegaban los pacientes y más o menos tenías que elegir qué paciente meter a terapia

porque había muy pocas camas y muchas necesidades y mismo dentro de la sala de urgencias un paciente de repente estaba con oxígeno y otro que estaba al lado estaba sin oxígeno y necesitaba oxígeno y había que sacarle a uno para poner en el otro o sea realmente eso fue muy fuerte (EPS1, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

Las tres cuartas partes de los familiares y/o allegados entrevistados señaló haber tenido dificultades para acceder a los servicios del Hospital de Clínicas. La imposibilidad de realización de estudios en el centro de atención médica fue la dificultad más señalada por los/as familiares y/o allegados/as de pacientes, 20 de 43. La segunda principal dificultad, aunque en menor medida a la citada, primeramente, fue conseguir turno de consulta, y en tercer lugar la falta de cama de terapia intensiva (Tabla 2). El presente estudio se llevó a cabo en momentos en que ya se encontraban disminuyendo los casos graves, lo que explica la poca cantidad de veces en que se menciona como problema el acceso a camas de terapia intensiva, que en los momentos más críticos de la pandemia fue una de las causas más importantes de muertes de pacientes en estado de gravedad.

Tabla 2. Principales dificultades experimentadas por familiares y/o allegados de pacientes de Covid-19 para acceder a los servicios del Hospital de Clínicas.

Principales dificultades	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna dificultad	11	25,6
Dificultades para conseguir turno de consulta	5	11,6
Falta de cama de terapia intensiva	3	7
Falta de cama para internación	4	9,3
Imposibilidad de realización de estudios en el Hospital de Clínicas	20	46,5
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia

Los médicos/as dejaron de hacer consultorio para atender a internados/as, fuera en salas comunes, urgencias o unidades de terapia intensiva. Sin embargo, se vieron sobrepasados en los momentos más críticos, ante lo que debieron priorizar la atención, siendo que no hubo nuevas incorporaciones de profesionales. El área de Psicología reorganizó su atención y trasladó psicólogos/as que estaban prestando servicios en otros departamentos o que no estaban cumpliendo con la función de su competencia profesional.

[...] lo que hicieron los directivos de Clínicas fue también un poco re-direccionar al recurso humano, o sea se suspendieron los consultorios, [...] como para re-direccionar un poquito los horarios del personal y poder estar en los lugares estratégicos que en ese momento eran la urgencia y la terapia (EPS1, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

[...] se hizo algo muy interesante que es tener colegas que estaban en el hospital cumpliendo otras funciones, por ejemplo como función administrativa, otras funciones, y que el departamento logró aglutinar, lo que se hizo fue una movida con talento humano como para tratar de optimizar el departamento [...] además también hay que decir eso, también derivó que ahora nos adjudicaron dos consultorios nuevos en la torre de consultorio que no teníamos y que ahora tenemos dos consultorios disponibles, [...] lo que sí sigue pendiente es un sistema de comunicación en términos informáticos qué es demasiado importante que se pueda conseguir (EPS2, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

[...] hay muchos Trabajadores Sociales en otras dependencias que no pueden pasar al departamento de trabajo social porque se tienen que reponer ese personal que va a migrar al departamento, no se abrieron rubros nuevos, la contratación solamente se realizó al nivel de médicos y enfermeras y máximo para el personal de farmacia, más para otros departamentos no, nosotros no tuvimos aumento de personas (EPS3, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

De los/las 32 entrevistados/as que dijeron haber experimentado dificultades de acceso a servicios del Hospital de Clínicas (Tabla 2), 20 habían recibido aportes del programa estatal “Pytyvõ”, un subsidio otorgado inicialmente por el Gobierno Nacional a las personas del sector informal afectadas económicamente por la pandemia del Coronavirus y posteriormente para la

cobertura de gastos de medicamentos e insumos de terapia intensiva⁸. Los/as demás entrevistados/as refirieron haber recibido otras ayudas o cubrieron los gastos que demanda la internación de su paciente con recursos propios (Tabla 3).

Tabla 3. *Familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19 con dificultades de acceso a servicios del Hospital de Clínicas, según ayuda recibida o cobertura propia de gastos de atención médica*

Ayuda recibida	Frecuencia
Programa "Pytyvõ de medicamentos"	20
Otras ayudas recibidas o cobertura propia de los gastos	12
Total	32

Fuente: Elaboración propia

El programa “Pytyvõ de medicamentos” se implementó responder en caso de darse un agotamiento de *stock* de medicamentos e insumos de alta demanda en unidades de terapia intensiva en las que se encontraban internados/as pacientes de Covid-19. Fue diseñado para subsidiar la compra de medicamentos e insumos por parte de familiares de enfermos/as (Diben, 2021).

[...]el Pytyvõ lo que nos ayudó muchísimo con el tema de medicamento, porque realmente ese es nuestro déficit importante, nunca tenemos antibiótico, sedación, vías centrales, etc. [...] fue como un poco de respiro también porque había personas que ya habían tenido dos o tres familiares en terapia y seguían enfermándose y bueno, la verdad que los costos en terapia son muy elevados e incluso en sala común porque viste que se

⁸ El artículo 22 de la ley N° 6524/2020 autorizó al gobierno a implementar medidas para salvaguardar los ingresos de los trabajadores en situación de informalidad. De manera específica, en el mismo artículo, se estableció que el Poder Ejecutivo otorgue un subsidio del 25% del salario mínimo legal vigente, indicándose en que dicho monto podrá ser otorgado hasta dos veces por el mismo monto. Posteriormente, a través del decreto N° 5109 del 13 de abril del 2021, se creó el programa de asistencia del Estado denominado “Pytyvõ de medicamentos” para la compra de medicamentos e insumos para pacientes internados en las unidades de terapia intensiva dependientes del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y servicios integrados en el marco del estado de emergencia declarado por la pandemia del Covid-19.

necesita medicamentos muy costosos (EPS1, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

En los momentos más críticos de la pandemia los gastos realizados por los familiares y/o allegados de pacientes afectados por el Covid-19 fueron sumamente elevados e insostenibles.

[...] nosotros gastamos por día, llegamos a gastar 3.500.0000 a 4.500.000 guaraníes, hasta 5.0000.000 de guaraníes, todos los días era eso, teníamos que tener en la billetera de mi papá. Gastábamos 1.000.000, 2.000.000 de guaraníes y enseguida le llamábamos a mi hermano y se reponía en la billetera para tener eso, después estaban los estudios, verdad, toda la hora era, se gastó muchísimo, él estuvo 19 días en terapia, 19 días y nunca su pronóstico fue bueno (EFP1, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

La cobertura combinada de gastos de medicamentos y terapia intensiva, a través del subsidio estatal, fue la más mencionada por los/as entrevistadas/os, 18 de 43. Es de esperar esta respuesta considerando que los/as pacientes que se internaban en un centro de atención médica durante el momento más crítico de la pandemia llegaban, generalmente, con un cuadro grave de Covid-19. En el otro extremo, es también importante el número de familiares o allegados que no accedieron a ninguna cobertura, 10 de un total de 43. Exclusivamente a la cobertura de gastos de terapia intensiva dijeron acceder 2 entrevistados/as. Solo a la cobertura de medicamentos accedieron 9; a la cobertura combinada de gastos de medicamentos y estudios varios accedió una sola persona de las/os entrevistados/as. Mientras tanto al pago de gastos de medicamentos, terapia intensiva y estudios varios accedieron 3 (Tabla 4).

Tabla 4. Cobertura de gastos a la que accedieron familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19.

Cobertura a la que se accedió	Frecuencia	Porcentaje
Cobertura de gastos de medicamentos	9	20,9
Cobertura de gastos de medicamentos, cobertura de gastos de estudios varios	1	2,3

Cobertura de gastos de medicamentos, cobertura de gastos de terapia intensiva	18	41,9
Cobertura de gastos de medicamentos, cobertura de gastos de terapia intensiva, cobertura de gastos de estudios varios	3	7
Cobertura de gastos de terapia intensiva	2	4,7
No accedió a ninguna cobertura de gastos	10	23,3
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia.

El proceso de instalación del servicio de asistencia social para el apoyo de provisión de medicamentos e insumos en el marco programa Pytyvõ por parte de la Dirección de Beneficencia y Ayuda Social (DIBEN) implicó una articulación interinstitucional entre el Hospital de Clínicas, el Ministerio de Salud y el Gabinete Social de la Presidencia de la República.

[...] todo fue muy rápido, en la pandemia teníamos que actuar rápido, el impacto fue muy, muy grande tanto para los recursos humanos y había algunos factores [...] como para irse hasta el Hospital de Clínicas porque sabíamos de lo contagioso que es esta enfermedad, entonces ahí ya surge una especie de negativismo... [...] y teníamos que ya empezar, oportunamente para llevar los medicamentos, la ayuda correspondiente a los familiares verdad que están pasando demasiadas necesidades” (EAP1, comunicación personal, 15 de noviembre de 2021).

Los familiares y/o allegados de pacientes consideraron, sin embargo, que el proceso para el acceso a medicamentos mediante el programa Pytyvõ no se producía de manera rápida y demandaba trámites engorrosos.

Muchos papeleos para poder acceder a los servicios de asistencias brindados tanto por el hospital como por parte de la DIBEN. Mucha burocracia por parte del área de

Servicio Social del hospital y del programa Pytyvõ para el acceso a los medicamentos teniendo en cuenta la situación en que nos encontrábamos (EFP2, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

Ante las demandas de los familiares, los funcionarios y funcionarias del Hospital de Clínicas tomaron medidas para intentar reducir los procesos burocráticos.

[...] coordinamos las tareas con las distintas secciones, ya sea con farmacia, laboratorio, imágenes y teníamos que tener un sistema que no afecte a los funcionarios. El trabajo primero era posibilitar que el usuario tenga una rápida atención y que sus familiares no hagan el sistema burocrático de siempre. Bien, a partir de ahí se facilitó de que los servicios de diagnósticos sean rápidos, de la urgencia o de la sala de internados sean realizados en el servicio de diagnóstico en forma directa, sin que pase por caja, por servicio social. Entonces evitamos la movilización de familiares, el contacto masivo del funcionario con el recetario mismo, el papel que puede ser vínculo de contagio. En cuanto a la a los recursos humanos nos encontramos muy reducidos a nivel hospitalario (EPS3, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

En el período más crítico se montó en el predio del Hospital de Clínicas, aunque sin ninguna dependencia de la institución, la Carpa de la Contingencia, un espacio que se convirtió en el hogar de los/as familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19. Hospedaje, alimentación, servicio de WIFI, provisión de insumos higiénicos fueron algunas de las principales ayudas brindadas por los voluntarios y voluntarias (Tabla 5). *Me sorprendió que aquí muchas cosas se tienen a disposición a diferencia de otros hospitales, comida, papel higiénico, agua, Wifi, etc.*⁹.

Tabla 5. Servicios recibidos en la Carpa de Contingencia instalada en el Hospital de Clínicas.

Servicios	Frecuencia
Equipos de protección individual	18

⁹ Testimonio de familiar de paciente internado por COVID-19-19.

Hospedaje	31
Alimentación	32
Servicio de WIFI	28
Línea telefónica	2
Insumos de higiene	30
Contención psicológica de profesionales particulares	4
Sanitarios	31
Otros servicios	7

Fuente: Elaboración propia

En algunos casos, pese a contar con el seguro del Instituto de Previsión Social (IPS) o cobertura del Hospital Militar, la saturación de los centros de atención médica hizo que recurriera al Hospital de Clínicas, donde la Carpa de Contingencia fue el espacio en el que entre otros apoyos encontraron un plato de comida para reponer sus fuerzas durante la etapa más crítica de la pandemia. Como retribución por la ayuda solidaria recibida, algunos/as familiares se instalaron en la Carpa con el fin de trabajar en la preparación de alimentos para quienes se encontraban hospedados/as en el lugar. *La gente se portó, el pueblo estuvo ahí, estuvo en el momento más difícil, sin la gente nada hubiese sido posible*¹⁰.

Las historias de vida registradas en la Carpa de Contingencia del Hospital de Clínicas dan cuenta del apoyo solidario recibido por los/las familiares y/o allegados/as mientras sus pacientes se encontraban internados/as. La situación extrema a la que llegaron algunos/as voluntarios/as, la muerte de un ser querido, fue antes que un factor paralizador un impulso para apoyar a las personas que iban siendo afectadas por la pandemia y que llegaban hasta el hospital. Los/as voluntarios/as de la Carpa, según refieren los/as entrevistados/as, no hacían diferencia alguna a la hora de socorrer a quienes requerían una ayuda urgente. Ese apoyo fue clave, especialmente para aquellos/as que no lograron acceder a ningún tipo de ayuda estatal.

¹⁰ Testimonio de familiar de paciente de Covid-19 entrevistada por el equipo de investigación.

Pasamos mal porque no teníamos un lugar en donde estar, noches de frío, yo por eso pedí la carpa, porque cómo no vamos a tener un lugar en donde estar. Cuando mi papá ya falleció a la segunda semana apareció una carpita, una, pasamos de todo en la intemperie, teníamos afonía, dolor de espalda, no sabíamos si teníamos Covid o era el sereno que nos tomaba en la madrugada [...] Yo con mis hermanos me organicé, era como tipo hicimos una agenda y pusimos guardia, con la viuda de mi papá éramos siete [...] me quedé todo el tiempo en el hospital, era mi hermano conmigo, la viuda con otro hermano, mi otro hermano con otra hermana y nos turnábamos, estábamos de a dos siempre, un turno cubría de día y otro de noche [...] no faltó el que tenía miedo, pero todos estuvimos, en ese sentido al menos de todos mis hermanos todos se portaron y en ese momento en el hospital no había nada de comodidad. Económicamente: usábamos la plata de mi papá que tenía una cuenta bancaria en conjunto con uno de mis hermanos, entonces había acceso a esa cuenta. Nosotros teníamos como defendernos económicamente, le mirábamos a la gente que estaba a nuestro costado y no tenían a veces nada, gente muy pobre [...] a veces no tenían ni para comer (EFP1, comunicación personal, 18 de noviembre de 2021).

La Carpa de la Contingencia fue también un espacio en el que los huéspedes recibían informaciones sobre los subsidios estatales. La mayor parte de las personas entrevistadas por el equipo de investigación dijeron tener información sobre la cobertura de gastos ofrecida por las instituciones del Estado (Tabla 6).

Tabla 6. Conocimiento de la cobertura de gastos ofrecida por el gobierno, por parte de familiares y/o allegados/as de pacientes de COVID-19-19.

Conocimiento sobre cobertura de gastos	Respuestas	%
No	9	20,9
Sí	34	79,1
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia.

Dos fueron las fuentes principales de información a través de las cuales los familiares y/o allegados/as se enteraron de la cobertura de gastos por parte de las instituciones del Estado. En primer lugar, los medios de comunicación y, segundo, no menos importante, la Carpa de Contingencia del Hospital de Clínicas, que se convirtió en un espacio de contención y solidaridad entre quienes se instalaron en el lugar mientras sus seres queridos se encontraban internados en el hospital. Los médicos del hospital se constituyeron en la tercera fuente de información, seguido de familiares y/o allegados/as y en menor medida las redes sociales (Tabla 7).

Tabla 7. Fuente de información sobre la cobertura de gastos ofrecida por el Estado.

Se enteró de la cobertura	Frecuencia	%
A través de un familiar o allegado	4	9,3
En la Carpa de Contingencia del Hospital de Clínicas	10	23,3
Medios de comunicación	19	44,2
A través de los/as médicos/as	8	18,6
Redes sociales	2	4,7
Total	43	100

Fuente: Elaboración propia.

Sin embargo, acceder a los recursos estatales para cubrir los gastos de atención hospitalaria se encontró con otras barreras, que fueron difíciles de vencer pese a contar con información sobre el subsidio estatal. La imposibilidad de abandonar el hospital para realizar gestiones fue la mayor dificultad mencionada por los/las entrevistados/as, seguido de la falta de constancia médica y, por último, el costo de movilidad del traslado hasta la institución pública en donde solicitar ayuda para la cobertura de los gastos de atención hospitalaria (Tabla 8).

Tabla 8. Principales dificultades de acceso a cobertura estatal de gastos de atención hospitalaria.

Dificultades	Frecuencia	%
Falta de constancia médica para acceder al servicio público de cobertura de gastos	10	31,6
Costo de movilidad para traslado hasta el lugar de la gestión del servicio de cobertura	7	21,9
Imposibilidad de abandonar el hospital por ser único familiar o allegado acompañante	15	46,9
Total	32	100

Fuente: Elaboración propia

4. Conclusiones

Los indicadores sobre el sistema de salud paraguayo, antes de la misma pandemia, ya reflejaban niveles bajos de inversión y, por ende, menores recursos con relación a los demás países de América Latina y el Caribe. Aunque los indicadores de por sí eran preocupantes de manera previa al inicio del período pandémico, se volvieron alarmantes al comprobarse diariamente en los diferentes espacios informativos, en el momento más crítico, el aumento del número de contagios y muertes, por una parte, y la falta de suficiente infraestructura y recursos para hacer frente a una ola que se volvió imparable durante algunos meses y produjo altos niveles de agotamiento y estrés del personal de blanco y familiares de pacientes de Covid-19, por la otra.

La existencia de más camas de terapia intensiva en los hospitales del país pudo haber salvado muchas vidas. Numerosas personas fueron testigos del desenlace inexorable de la evolución de la enfermedad provocada por el virus en sus seres queridos ante la falta de un servicio esencial como el de una unidad de servicios de cuidados intensivos. La coyuntura impuesta por la pandemia hizo evidente la problemática estructural del sector de la salud, producto de años de falta de inversión estatal. La situación generada detonó en los centros de atención médica del país. El Hospital de Clínicas no fue una excepción. La realidad vivida en

el nosocomio durante el 2020 y 2021 fue producto de un colapso que se venía gestando y que se concretó con la crisis desatada por el Covid-19.

Pese a la implementación de medidas destinadas a dar una rápida respuesta a la situación generada, muchos familiares y/o allegados/as de pacientes de Covid-19 experimentaron dificultades para el acceso a servicios de salud en el Hospital de Clínicas. La imposibilidad de realización de estudios en el hospital fue una de las expresiones más visibles de una demanda no cubierta por el servicio público de atención a la salud. Esto a su vez generó otras complicaciones como la necesidad de abandonar momentáneamente el acompañamiento al paciente para ir en la búsqueda de los estudios en otros lugares, lo que a su vez implicaba incurrir en gastos como traslado y otros.

La puesta en vigencia de programas de ayuda estatal para la cobertura de gastos propios de la atención médica tropezó con una burocracia considerada excesiva por los familiares y/o allegados que debían conseguir tres presupuestos para cada compra en los momentos más críticos en que el corrían por salvar la vida de su paciente. Dicha situación, según los/as entrevistados/as, no se compadecía de la realidad que se encontraban enfrentando cuando cada minuto contaba. En algunos casos, como consecuencia de las exigencias administrativas, las familias no llegaron a recibir apoyo económico alguno de los programas estatales implementados o, en otros casos, accedieron a una cobertura parcial de los gastos en la compra de medicamentos.

Como en otras crisis desatadas a lo largo de la historia del país, la organización autónoma fue la estrategia desarrollada por las familias afectadas y la solidaridad fue la respuesta espontánea de la ciudadanía. La Carpa de Contingencia del Hospital de Clínicas, impulsada por personas que vivieron de cerca el sufrimiento de sus seres más queridos o que incluso los perdieron, reflató el espíritu colectivo de colaboración que aún persiste en el seno de la sociedad paraguaya, lo que se comprueba en momentos extremos como el vivido en el 2020 y parte del 2021.

La exitosa estrategia de la Carpa de la Contingencia, externa a la institucionalidad estatal, no fue vista y por lo tanto incorporada como parte de una política integral de atención a la salud, en especial en un hospital en el que históricamente los familiares y/o allegados/as de pacientes han tenido que sobrellevar en la intemperie el proceso de acompañamiento. Cuando fue levantada, volvieron a soportar las severas condiciones climáticas y falta de comodidad que

antes de la pandemia era asumida como parte de una situación normal en los hospitales públicos, principalmente en el conocido como “Hospital de los pobres”.

5. Bibliografía

Constitución Nacional de la República del Paraguay. Asunción, 20 de junio de 1992.

https://bacn.gov.py/archivos/9580/CONSTITUCION_ORIGINAL_FIRMADA.pdf

Decreto N° 3475. Por el cual se autoriza al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a coordinar los planes y acciones del sector salud en el marco de la emergencia sanitaria ante el riesgo de expansión del Coronavirus (Covid-19) en el territorio nacional. 19 de marzo de 2020. <https://www.mspps.gov.py/dependencias/porta/adjunto/30994c-DECRETON3475.pdf>

Decreto N° 5109. Por el cual se crea el programa de asistencia del Estado denominado “Pytyvõ de Medicamentos”, para la compra de medicamentos e insumos para pacientes internados en las unidades de terapia intensiva y servicios integrados del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el marco del estado de emergencia nacional declarado, por la pandemia del Coronavirus (Covid-19). 13 de abril de 2021.

<https://www.bacn.gov.py/descarga/9156/DECRETO%205109%20PYTYVO%20MEDICAMENTOS.pdf>

Diben. (2021). *Habilitan Pytyvõ medicamentos para pacientes en UTI por COVID-19.*

<https://www.diben.org.py/index.php/noticias/habilitan-pytyvo-medicamentos-para-pacientes-en-uti-por-covid-19>

Gaete, R. (2002). Producción, eficiencia y costos de servicio de salud en Paraguay. *Población y desarrollo*, 13 (22), 71-80.

<https://revistascientificas.una.py/index.php/RE/article/view/1493/1456>

Giménez Caballero, E.; Ocampos, G.; Rodríguez, J.C.; Araujo, J.M. y Peralta, N. (2019).

Gastos empobrecedores de salud: un desafío para la cobertura universal de salud en el Paraguay. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*, 52 (1), 33-42.

<http://archivo.bc.una.py/index.php/RP/article/view/1529/1489>

Giménez Caballero, E., Rodríguez, J. C., Ocampos, G., y Flores, L. (2021). Composición del gasto de bolsillo en el sistema de salud del Paraguay. *Memorias Del Instituto De Investigaciones En Ciencias De La Salud*, 15(3).

<https://revistascientificas.una.py/index.php/RIIC/article/view/1933>

Instituto Nacional de Estadística [INEa]. (s/f). *Proyección de la población nacional, áreas urbana y rural por sexo y edad, 2000-2025. Revisión 2015.*

<https://www.ine.gov.py/default.php?publicacion=2>

Instituto Nacional de Estadística [INEb]. (s/f). *Situaciones Adversas (efectos del COVID – 19). Encuesta Permanente de Hogares EPHC 2do. Trimestre 2020.*

<https://www.ine.gov.py/publication-single.php?codec=MTMy>

Ley N° 1032. Que crea el Sistema Nacional de Salud. 30 de diciembre de 1996.

<https://bacn.gov.py/archivos/2484/20140611102047.pdf>

Ley N° 6524. Que declara el estado de emergencia en todo el territorio de la república del Paraguay ante la pandemia declarada por la Organización Mundial de la Salud a causa del Covid-19 o Coronavirus y se establecen medidas administrativas, fiscales y financieras. 26 de marzo de 2020.

<https://www.bacn.gov.py/descarga/9156/LEY6524.pdf>

Mancuello Alum, J.N. y Cabral de Bejarano, M.S. (2011). Sistema de salud en Paraguay. *Revista de Salud Pública Paraguaya*, 1(1), 13-25.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/965939/13-25.pdf>

Martín Martínez, M. (2017). La salud es un derecho humano. Solo se entiende universal, pública y gratuita. En CODEHUPY (2017), *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2017*, pp. 185-202. https://codehupy.org.py/wp-content/uploads/2017/12/DDHH-2017_Web.pdf

Martín Martínez, M. (2018). El derecho a la salud es inalcanzable sin justicia social y calidad de vida. En CODEHUPY (2018), *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2018*, pp. 169-184.

Martín Martínez, M. (2019). Salud, un camino hacia mercantilización. En CODEHUPY (2019), *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2019*, pp. 179-194. https://codehupy.org.py/wp-content/uploads/2019/12/DDHH-2019_SEGUNDA-Edicion-DIGITAL.pdf

Martín Martínez, M. (2020). Un país que vive en emergencia y una reforma de salud de los años 90. En CODEHUPY (2020), *Yvypóra Derécho Paraguáipe – Derechos Humanos en Paraguay 2020*, pp. 155-174). <https://ddhh2020.codehupy.org.py/un-pais-que-vive-en-emergencia/>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (2020). *COVID-19: La salud y la vida como bandera*. <https://www.mspbs.gov.py/portal/21224/covid-19-la-salud-y-la-vida-como-bandera.html>

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS]. (s/f). *Reporte Paraguay MSPBS Covid19*. <https://www.mspbs.gov.py/reportes-covid19.html>

OMS. (2020). *Alocución de apertura del Director General de la OMS en la rueda de prensa sobre la COVID-19 celebrada el 11 de marzo de 2020*. <https://www.who.int/es/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>

OPS. (2020). *La OMS caracteriza a COVID-19 como una pandemia*. <https://www.paho.org/es/noticias/11-3-2020-oms-caracteriza-covid-19-como-pandemia>

Roselli, D. (2020, julio 17). EPIDEMIOLOGÍA DE LAS PANDEMIAS. *Medicina*, 42(2), 168-174. <https://revistamedicina.net/ojsanm/index.php/Medicina/article/view/1511>