

Gasto de bolsillo en pacientes de los centros de prevención y tratamiento de adicciones, El Salvador, 2023¹

Out-of-Pocket Spending on Patients in Addiction Prevention and Treatment Centers, El Salvador, 2023

DOI: <https://doi.org/10.51378/eca.v80i783.10397>

Marina Elizabeth Menjívar

Doctora en medicina

Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS)

El Salvador

eli.menji76@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3435-7070>

Alejandra María Sarmientos

Licenciada en economía

Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD)

El Salvador

alejandra.sarmientolopez@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0791-2443>

Glenda Lissette Lemus

Licenciada en economía

Investigadora independiente

El Salvador

glendalemus95@gmail.com

ORCID: <https://orcid.org/0009-0004-9880-7538>

Fecha de recepción: 21 de mayo de 2025

Fecha de aceptación: 22 de septiembre de 2025



¹ El presente artículo se deriva de la tesis elaborada en el marco del programa de Maestría en Estadística Aplicada a la Investigación, presentada en la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas. Agradecemos el apoyo del cuerpo docente y tutores del programa.

Resumen

El gasto de bolsillo en salud es uno de los factores que condicionan el ingreso de las personas y con ello su desarrollo, pues quienes realizan pagos monetarios para la adquisición de buena salud destinan parte de sus ingresos a cubrir dicha necesidad. El propósito fue analizar la asociación de los determinantes socioeconómicos con el gasto de bolsillo, así como crear perfiles asociados con el tipo de adicción en la población que acude a los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones en El Salvador, entre enero-junio 2023. El diseño fue cuantitativo, analítico, prospectivo, transversal, de alcance correlacional, con análisis de estadística descriptiva, análisis de correspondencia múltiple, correlación de Spearman y regresión logística binaria, con un intervalo de confianza al 95 % y valor de significancia $p < 0,05$. El estudio permitió evidenciar un desembolso directo promedio en medicamentos de 45,30 USD y un desembolso indirecto promedio en transporte de 9,90 USD. Además, existe correlación negativa moderada y significativa (-0,52) entre gasto de bolsillo e ingreso de los usuarios. Se evidenció asociación del gasto de bolsillo con edad, estado civil y el sitio donde se encuentra el centro de atención. El monto del gasto de bolsillo de los usuarios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones asciende a un promedio total de 31 USD mensuales, lo que representa el 12,75 % de sus ingresos. El gasto está asociado a la edad de los usuarios, estado civil y asistir al Centro de Cuscatancingo.

Palabras clave: gasto de bolsillo, determinantes socioeconómicas, costos directos de servicios, adicción.

Abstract

Out-of-pocket health spending is one of the factors that determine people's income and, therefore, their development. Those who make monetary payments for good health allocate part of their income to cover this need. The purpose was to analyze the asso-

ciation of socioeconomic determinants with out-of-pocket spending, as well as to create profiles associated with the type of addiction in the population attending Addiction Prevention and Treatment Centers in El Salvador from January to June 2023. The study was quantitative, analytical, prospective, cross-sectional, and correlational in scope, with descriptive statistical analysis, multiple correspondence analysis, Spearman's correlation, and binary logistic regression, with a 95% confidence interval and a significance level of $p < 0.05$. The study revealed an average direct expenditure on medications of USD 45.30 and an average indirect expenditure on transportation of USD 9.90. Furthermore, there is a moderate and significant negative correlation (-0.52) between out-of-pocket spending and user income. Out-of-pocket spending was associated with age, marital status, and the location of the care center. The out-of-pocket spending of users of Addiction Prevention and Treatment Centers averaged \$31 per month, representing 12.75% of their income. This correlation was associated with users' age, marital status, and attendance at the Cuscatancingo Center.

Keywords: out-of-pocket spending, socioeconomic determinants, direct service costs, addiction.

1. Introducción

El gasto en salud se considera un componente esencial del desarrollo humano, ya que influye en la capacidad de los hogares para mantener un nivel de bienestar adecuado. De acuerdo con la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OCDE], el gasto sanitario comprende el consumo final de bienes y servicios de salud financiados tanto con recursos públicos como privados. Entre ellos, el gasto de bolsillo representa una fuente directa de financiamiento de la atención médica (OCDE, 2022).

En el campo de la economía de la salud, los costos asociados a la atención

se clasifican en costos directos, indirectos e intangibles. Los costos directos corresponden a los pagos monetarios realizados por los individuos para acceder a servicios de salud, adquirir medicamentos o utilizar equipos diagnósticos, y cuando estos pagos son asumidos directamente por las personas, se denominan gasto de bolsillo (Rice, 2000; Lenz-Alcayaga, 2010). Por otro lado, los costos indirectos incluyen las pérdidas relacionadas con la productividad, ausentismo laboral o gastos de transporte. Mientras que los costos intangibles reflejan el sufrimiento, la ansiedad o la disminución de la calidad de vida asociada a la enfermedad (Javier Torres, 2018; Más López, 2016).

Algunos investigadores en la temática han identificado que entre los costos indirectos se encuentran “los gastos relacionados con la incapacidad permanente del paciente por la enfermedad; con la incapacidad temporal del paciente; con el cambio de trabajo; gastos de transporte asociados a la familia del paciente, entre otros” (Tran *et al.*, 2022).

En este sentido, el gasto de bolsillo (GB), entendido como “inversiones no planificadas que son directamente financiadas por las personas para atender su salud”, forma parte de los costos directos de salud para la adquisición bienes y servicios que buscan obtener o restablecer la buena salud (Díaz-González y Ramírez-García, 2017). Es así que Cuevas Muñiz y López Estrada (2019) además de Díaz-González y Ramírez-García (2017), indican que “el GB es el porcentaje que las familias utilizan a través de gastos directos, para responder a la demanda de atención de la salud”.

Es así que, GB varía significativamente entre países según el nivel de ingresos y el modelo de financiamiento del sistema sanitario. En contextos con limitada cobertura pública, este tipo de gasto adquiere un papel predominante en la financiación de la salud, lo que incrementa la vulnerabilidad económica de los hogares, especialmente de aquellos con menores ingresos (OCDE, 2022; Cid *et al.*, 2021). En consecuencia, el GB

constituye actualmente un indicador fundamental para evaluar el grado de protección financiera y el progreso hacia la cobertura universal en salud. Estudios regionales han demostrado que el gasto de bolsillo puede alcanzar entre un 34 % y un 44 % del gasto total en salud, representando una carga regresiva que afecta de forma desproporcionada a los grupos socioeconómicos más vulnerables (Ayala-Beas y Rodríguez Minaya, 2023).

Investigaciones a nivel mundial mencionan que el GB depende del nivel salarial, la demografía, adolecer de enfermedades, los tipos de servicios en salud que se brindan y los avances tecnológicos. Es así como, se han identificado que los determinantes socioeconómicos del gasto de bolsillo varían de un país a otro, incluyéndose: nivel de urbanización, niveles de renta, como la pertenencia los quintiles más pobres; dependencia económica, el incremento de la población mayor de 65 años, y ser afiliado a servicios de seguro social (Flores *et al.*, 2020; García Pérez, 2021; Herrera, 2004; Rodríguez Kuri *et al.*, 2015; Azzani *et al.*, 2019).

Por otra parte, investigaciones realizadas en América Latina han identificado diversos determinantes socioeconómicos asociados al gasto de bolsillo, entre los que destacan el nivel de urbanización, el ingreso del hogar, la escolaridad, la edad y la afiliación a un seguro de salud (Flores *et al.*, 2020). En Nicaragua, por ejemplo, se ha observado que factores como el estado civil, la pertenencia a grupos etarios vulnerables y el nivel educativo influyen significativamente en el gasto de bolsillo (Arteaga Alvarado *et al.*, 2018). De forma similar, en Perú se ha evidenciado que el gasto directo en salud está determinado por la capacidad de pago, la ubicación geográfica y el acceso a servicios de atención pública (Petrera Pavone y Jiménez Sánchez, 2018).

Estos patrones de desigualdad reflejan una realidad común en la región: a medida que disminuye el ingreso del individuo,

aumenta proporcionalmente el gasto de bolsillo en relación con sus recursos disponibles. Este fenómeno limita la equidad en el acceso a la atención sanitaria y agrava las brechas en salud. Además, el impacto del gasto de bolsillo no solo se traduce en una carga financiera inmediata, sino que también puede provocar efectos a largo plazo, como la interrupción de tratamientos, el endeudamiento del hogar y la reducción de la capacidad adquisitiva para otras necesidades básicas (Cuevas Muñoz y López Estrada, 2019; Díaz-González y Ramírez-García, 2017).

En el contexto latinoamericano, la problemática adquiere mayor relevancia cuando se analiza en poblaciones con enfermedades crónicas o condiciones con alto riesgo de morbilidad, como las adicciones. La literatura ha señalado que el consumo de sustancias psicoactivas genera una carga económica significativa tanto para los sistemas de salud como para los individuos, debido a la necesidad de tratamientos prolongados, medicación continua y seguimiento clínico especializado (Petrera Pavone y Jiménez Sánchez, 2018). No obstante, la evidencia empírica sobre el gasto de bolsillo asociado específicamente al tratamiento de adicciones sigue siendo escasa en la región, lo que pone de manifiesto la necesidad de profundizar en este campo de estudio.

En El Salvador, los esfuerzos gubernamentales para fortalecer el sistema de salud han estado orientados a ampliar la cobertura y mejorar la equidad en el acceso a los servicios. No obstante, persisten brechas significativas en la protección financiera, especialmente en grupos poblacionales con condiciones crónicas y de alto riesgo social, como las personas con consumo problemático de sustancias psicoactivas. A pesar de que el país ha implementado Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones (CPTA) como parte de la red pública de salud, la atención brindada no cubre de manera integral todos los costos asociados al tratamiento, lo que obliga a los usuarios a

incurrir en desembolsos directos que constituyen gasto de bolsillo (Comisión Nacional Antidrogas, 2023).

La literatura nacional disponible se ha enfocado principalmente en estimar el gasto público destinado a la atención de adicciones; sin embargo, existe una marcada ausencia de investigaciones que analicen el impacto económico directo asumido por los individuos y sus familias. Esta carencia limita la comprensión integral del fenómeno y dificulta la formulación de políticas públicas basadas en evidencia que permitan disminuir las barreras de acceso y garantizar la continuidad del tratamiento. En consecuencia, estudiar el gasto de bolsillo en esta población no solo permite dimensionar la carga financiera individual, sino también evaluar el grado de protección ofrecido por las instituciones públicas de salud.

Además, desde una perspectiva socioeconómica, resulta necesario identificar los determinantes asociados al gasto de bolsillo, tales como la edad, el nivel educativo, el ingreso, el estado civil y el lugar geográfico donde se recibe la atención. Estos factores pueden condicionar la capacidad de los pacientes para solventar sus tratamientos, lo que a su vez puede influir en la adherencia terapéutica, el abandono del proceso de rehabilitación y el riesgo de recaídas. La falta de estudios en el contexto salvadoreño representa un vacío crítico en la literatura científica nacional y regional, dado que la población con adicciones constituye un grupo vulnerable con alta probabilidad de empobrecimiento y exclusión social.

El presente estudio surge como una investigación pionera que aporta evidencia empírica sobre el gasto de bolsillo en usuarios de los CPTA del sistema público de El Salvador. Su relevancia radica en que aborda una dimensión económica poco explorada, aporta información clave para la toma de decisiones y contribuye a la generación de políticas públicas orientadas a la cobertura universal en salud con enfoque de equidad y justicia social.

El GB asociado a la atención de adicciones representa no solo una carga financiera para los individuos, sino también una barrera potencial para el acceso oportuno y la permanencia en los programas de rehabilitación. A pesar de que los (CPTA) en El Salvador brindan servicios gratuitos de atención ambulatoria y medicación, los usuarios continúan incurriendo en costos directos e indirectos relacionados con el tratamiento, tales como la compra de medicamentos, transporte, consultas privadas o pruebas diagnósticas. Estas erogaciones, aun cuando puedan parecer moderadas en términos absolutos, pueden llegar a representar una proporción considerable del ingreso mensual, especialmente en pacientes con condiciones de vulnerabilidad socioeconómica.

Cabe mencionar que, los CPTA son centros de atención ambulatoria en su mayoría, permitiendo a los usuarios continuar con el desarrollo normal de su vida al tiempo que realiza el tratamiento. La excepción es el CPTA la Esperanza ubicado en Cuscatancingo, San Salvador, siendo el único que cuenta con un albergue cercano para los que vienen de larga distancia y desean hacer uso de él de manera voluntaria. Estos centros son espacios de atención especializada y gratuita provisto por el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD), para el tratamiento y el cese del consumo de dichas sustancias en todo el país.

Dado que no se cuenta con investigaciones nacionales previas que cuantifiquen el GB en esta población ni que identifiquen los factores socioeconómicos que lo determinan, se desconoce hasta qué punto estos costos impactan en la equidad del acceso al tratamiento, la continuidad terapéutica y el logro de los objetivos de rehabilitación. Esta situación evidencia la necesidad de generar información que permita comprender la magnitud del problema y orientar la toma de decisiones en materia de salud pública.

En este marco, la investigación se planteó responder a las siguientes interrogantes: ¿Existe asociación entre el gasto de bolsillo

y los determinantes socioeconómicos de los pacientes con adicciones? y ¿Cuáles son los perfiles que caracterizan a los usuarios según el tipo de sustancia consumida y sus condiciones sociodemográficas?

Para dar respuesta a estas interrogantes, el estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre el gasto de bolsillo y los determinantes socioeconómicos, así como identificar perfiles asociados de los pacientes con consumo de sustancias psicoactivas atendidos en los CPTA del sistema público de El Salvador. Este enfoque permitió comprender las dimensiones económicas y sociales que influyen en el acceso al tratamiento y en la continuidad del proceso de rehabilitación.

Este estudio constituye una contribución original al campo de la salud pública en El Salvador, al abordar por primera vez el análisis del gasto de bolsillo en una población con adicciones atendida en el sistema público de salud. Su carácter innovador radica en la incorporación de un enfoque de economía de la salud que permite identificar los factores determinantes de dicho gasto y establecer perfiles de usuarios según el tipo de sustancia consumida, lo cual aporta una comprensión integral del fenómeno desde la perspectiva del acceso, la equidad y la protección financiera. Los hallazgos derivados de esta investigación proporcionan evidencia científica relevante para orientar políticas públicas y estrategias de intervención que fortalezcan la cobertura universal en salud, promoviendo un modelo de atención más justo, inclusivo y sostenible para las personas con trastornos por uso de sustancias en el país.

2. Metodología

Es un estudio cuantitativo, analítico, transversal y correlacional. La investigación se llevó a en los siete CPTA estatales que brindan atención en diferentes zonas del país y están ubicados en: Hospital Rosales, Hospital Santa Gertrudis de San Vicente, Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, Hospital

de San Miguel, Hospital Nacional psiquiátrico, “Casa de Rehabilitación La Esperanza” en Cuscatancingo y Hospital Nacional San Pedro en Usulután en el periodo de enero a junio del 2023. La población en estudio fueron los pacientes que reciben tratamiento de adicciones en los siete centros, siendo así los criterios de inclusión que la persona fuera residente salvadoreño, mayor de 18 años y deseara participar del estudio firmando el consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron que la persona entrevistada tenga limitación cognitiva, auditiva o verbal y que sin compañía de algún familiar o acompañante que la asista, le impidiera responder la encuesta, también persona que al momento de la entrevista estuviese bajo efectos de alcohol o droga. El universo fueron los 1,217 usuarios de los CPTA inscritos hasta enero del 2023, de los cuales, a través de un muestreo probabilístico estratificado por cada uno de los Centros de prevención con afijación proporcional de acuerdo con el sexo del usuario dentro del Centro de prevención, fueron seleccionados de manera aleatoria con un nivel de confianza del 95 % y un error relativo máximo esperado del 4 %. Con ello, se obtuvo una aproximación inicial de muestra de 260 personas. Adicionalmente, se consideró un 15 % de sobre muestra (+39) para evitar riesgos de no respuesta o datos perdidos, por lo que la muestra total a considerar fue de 299 participantes. La variable principal fue el gasto de bolsillo, así mismo, se indagaron determinantes sociodemográficas como: sexo, edad, escolaridad, estado civil, departamento de residencia, zona geográfica, lugar donde está ubicado el CPTA, ingreso del usuario, del hogar del usuario, entre otros, además se indagó sobre gastos en medicamento, transporte, la consulta privada, exámenes de laboratorio y gabinete en el último mes.

Para la recolección de datos se elaboró un instrumento que respondió a los objetivos planteados. Se realizó una doble validación de este a través de validación por juicio de cinco expertos profesionales del área, siendo un experto en vigilancia y encuestas mundiales de tabaco, un experto en gestión de proyectos

e investigaciones de alcohol y tabaco, un experto en investigación sobre sustancias psicoactivas, un experto en atención y tratamiento de sustancias alcohol, tabaco y otras drogas y un experto en metodología de la investigación, así como en implementación de encuestas mundiales, pertenecientes a instituciones como el Fondo Solidario para la Salud, Comisión Nacional Antidrogas y la Organización Panamericana de la Salud.

Posteriormente se realizó prueba piloto en el Centro de Prevención y Tratamiento de Adicciones de Cuscatancingo conocido como “Casa de rehabilitación La Esperanza”, con un grupo de participantes similar a la muestra con la diferencia que ellos están en una casa albergue por seis meses para su rehabilitación, con la posibilidad de ir a sus hogares cada 15 días. En la prueba piloto participaron 26 usuarios con un promedio de edad de 37 años. El tiempo medio de llenado fue de 13 minutos y se comprobó que las preguntas fueron de fácil comprensión, no obstante, se adecuó el orden y la redacción de algunas de ellas.

La técnica de recolección de datos fue la encuesta, para lo cual se elaboró un listado aleatorio de los participantes que acuden a los diferentes CPTA, el equipo de salud de cada centro, previa capacitación por las investigadoras administró el cuestionario a los participantes seleccionados.

Para el procesamiento básico de los datos y gráficas se utilizó el programa de Microsoft Excel 2016 e IBM SPSS V.26. Para el análisis de la información se usó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, así como frecuencia y porcentajes (con intervalo de confianza al 95%), además de estadística inferencial como: correlación de Spearman ($\alpha = 0.05$), Análisis de Correspondencia Múltiple el cual para la estimación de las dimensiones factoriales, se buscó cumplir con la condición de relación entre las variables mediante estadístico Chi Cuadrado de Pearson ($\alpha = 0.05$) y un modelo regresión logística binaria ($\alpha = 0.05$), el cual evaluó como variable dependiente el gasto de bolsillo

mensual, misma que fue transformada de variable continua a dicotómica, es decir, si realiza gasto de bolsillo (mayor que cero) y si no realiza este gasto (igual a cero); por lo que, la variable dependiente adoptó valores de 0 y 1. Con esta regresión se estimaron los Odds Ratio (OR). Para realizar el análisis multivariado se escogieron aquellas variables que fueran predictoras en el análisis bivariado siendo estas: edad (de 25 a 34 años, de 35 a 44 y más de 45 años), CPTA donde recibió la atención (siendo significativo únicamente casa la Esperanza en Cuscatancingo), condición laboral (Trabaja en sector formal o informal), y Estado familiar (Soltero, casado, acompañado), zona geográfica de residencia (urbano o rural), tiempo de permanencia en el CPTA (menos de 1 mes, de 1 a 6 meses, de 7 a 12 meses), medicado (si o no), diagnosticado con alguna enfermedad (si o no), se crearon variables dummy para aquellas con más de dos categorías.

El protocolo fue aprobado por el Comité Nacional de Ética de la Investigación en Salud (CNEIS), en ningún momento se solicitó el nombre de los participantes, en sustitución se colocó un código elaborado por el equipo de investigación lo que garantizó la confidencialidad, se solicitó el consentimiento informado a cada participante, asegurándose la posibilidad de que se retire en el momento que así lo desee respetando la autonomía, la investigación conllevó un riesgo ético mínimo y se siguió los principios éticos de Helsinki.

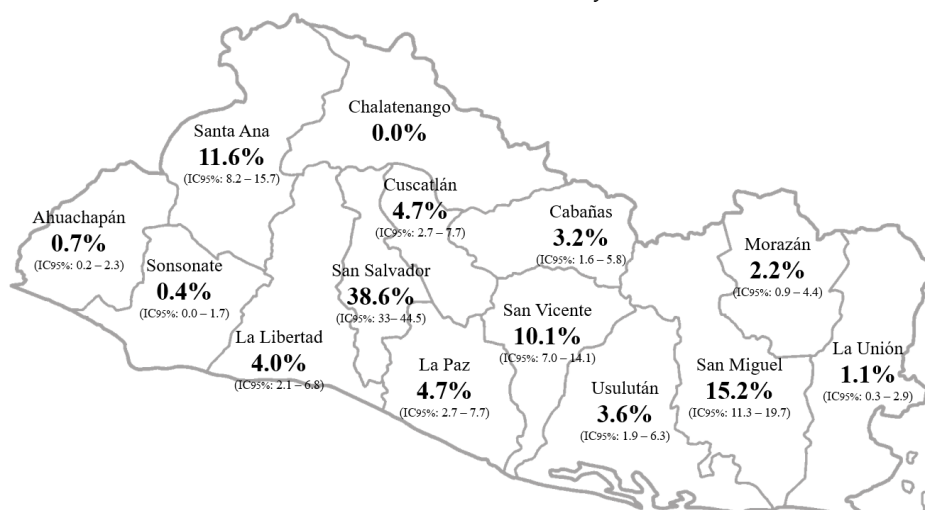
3. Resultados

La tasa de respuesta global de la investigación fue de 92.6%. En términos específicos, se encuestaron a un total de 293 de las

299 requeridas en la muestra, de las cuales 277 fueron encuestas efectivas. Es preciso aclarar que sin la sobremuestra la tasa de efectividad fue del 100 %. De este grupo poblacional 88,8 % (IC95 %: 84,7 – 92,1) fueron hombres ($n = 246$). Los datos de edad presentaron asimetría (coeficiente de simetría = 0,2), siendo la mediana de la edad de 44 años. Los usuarios más jóvenes se encuentran en el CPTA Casa de rehabilitación La Esperanza (Cuscatancingo), mismos que en promedio tienen 35 años ($s = 10,5$ años), mientras que en el resto de los CPTA la edad ronda la mediana general, que es de 44 años.

Al desagregar por rangos de edad, se visualiza que el 21 % (IC95 %: 16,4 – 26,1) de los usuarios tenían edades entre 25 a 34 años; 23,5 % (IC95 %: 18,8 – 28,8) usuarios entre las edades de 35 a 44 años; y 28,3 % (IC95 %: 23,2 – 33,9) usuarios entre las edades de 45 a 54 años. Evidenciándose que los usuarios de edades entre 18 a 25 años, así como los de 65 años en adelante son los que menos asisten a los centros. En cuanto al nivel educativo, la mayoría indicó haber finalizado educación media, siendo 37,2 % (IC95%: 31,6 – 43), seguido por aquellos que declararon haber finalizado el tercer ciclo de 22,4 % (IC95%: 17,8 – 27,6).

La mayoría de los usuarios de los CPTA habitan en los departamentos donde se encuentra algún centro de prevención, tal como se observa en la figura 1. Asimismo, con respecto al área geográfica de residencia en un 71.1% (IC95%: 65.6 - 76.2) son usuarios que residen en el área urbana y el restante 28.9% (IC95%: 23.8 - 34.4), residen en el área rural.

Figura 1*Departamento de residencia de los usuarios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones de Fosalud*

Nota. Elaboración propia, con resultado de la Encuesta a usuarios del CPTA.

Por su parte, el estado familiar predominante fue el soltero, con 46,6 % (IC_{95%}: 40,8 - 52,5); con respecto a su condición de actividad laboral, el 47,3 % (IC_{95%}: 41,5 - 53,2) trabaja en el sector informal y solo el 27,4 % (IC_{95%}: 22,4 - 32,9) en el sector formal, el resto no trabaja o está jubilado.

Al consultar sobre la percepción de su estado de salud, la mayoría de ellos indicó, que en el momento de la encuesta tenían una percepción de buena salud (47,7 %; IC_{95%}: 41,8 - 53,5). Sin embargo, a pesar de que la mayoría de los usuarios de los centros se sienten con buena o muy buena salud, existen padecimientos con los cuales algunos de ellos han sido diagnosticados, siendo que el 37,2% (IC_{95%}: 31,7 - 43,1) indicó padecer de alguna enfermedad como hipertensión, diabetes mellitus, asma entre algunas otras. Y, con relación al tiempo que estos tienen de asistir al CPTA, el 84,5 % (IC_{95%}: 79,8 - 88,4) de los usuarios tienen de 1 a 6 meses de estar en tratamiento para la cesación del consumo de sustancias psicoactivas.

Los resultados evidenciaron que al menos 8 de cada 10 usuarios del CPTA (88.4%; IC_{95%}: 84.2 - 91.8) consume bebidas alcohólicas. En cuanto al tabaco y otras drogas, la población dentro de los CPTA que consume estas sustancias es bastante menor. Así por ejemplo con el tabaco es el 23.6% (IC_{95%}: 18.8 - 28.8) de los usuarios los que lo consumen, mientras que 17.4% (IC_{95%}: 13.3 - 22.2) consumen otras drogas. Con estos datos se logró estimar el policonsumo, es decir, el consumo de más de una droga o tipos de droga por una persona, siendo así que el 23.9% (IC_{95%}: 19.2 - 29.2) de usuarios del CPTA consumen al menos dos drogas de las listadas o combinaciones de estas.

Con respecto a la medicación recibida el 85,2 % (IC_{95%}: 80,4 - 89,3) se le ha medicado para el cese del consumo de alcohol, el 73,8 % (IC_{95%}: 62,3 - 83,3) para el cese del consumo de tabaco y al 77,1 % (IC_{95%}: 63,8 - 87,2) por el uso de drogas. En este sentido, del total de los participantes del CPTA, el 88,8% (IC_{95%}: 84,6 - 92,1) de estos se encuentran recibiendo alguna medicación independientemente de la sustancia de consumo.

Al consultar sobre la forma de adquisición del medicamento para tratar la adicción de su consumo de sustancias, se evidenció que el 83.3% (IC_{95%}: 78.5 - 87.3), los recibió en su CPTA, mientras que el resto, 16.7% (IC_{95%}: 12.7 - 21.5) indicó haberlos adquirido, ya sea en farmacias particulares o fueron comprados por terceras personas. De manera específica, para cada sustancia, se encontró que es en el caso del alcohol en donde los usuarios de los centros han tenido que acudir a la adquisición del medicamento fuera del centro de prevención.

Se consultó también si han acudido a algún otro especialista privado a parte de las atenciones recibidas en el CPTA, indicando que solo el 4 % (IC_{95%}: 2,2 - 6,8) lo ha hecho. Del mismo modo, se indagó si los usuarios se han realizado pruebas de laboratorio o exámenes médicos para tratar su adicción, lográndose estimar que el 71,8 % (IC_{95%}: 66,2 - 76,9) de los usuarios se han hecho sus exámenes o pruebas en el CPTA; el 6.2% (IC_{95%}: 3.8 - 9.6) mencionan que algunos exámenes se los ha hecho en el CPTA y otros los ha cubierto por cuenta propia; mientras que el restante 2.9% (IC_{95%}: 1.4 - 5.5) de los usuarios indicó que siempre se realiza exámenes de laboratorio fuera del CPTA para tratar su consumo.

Con respecto a la situación económica se indagó sobre los ingresos (remuneración por trabajo, transferencias monetarias o remesas); se evidenció que, en promedio, los usuarios tienen disponible 420,5 USD y este monto

asciende a 742,8 USD mensual cuando se trata del total del hogar.

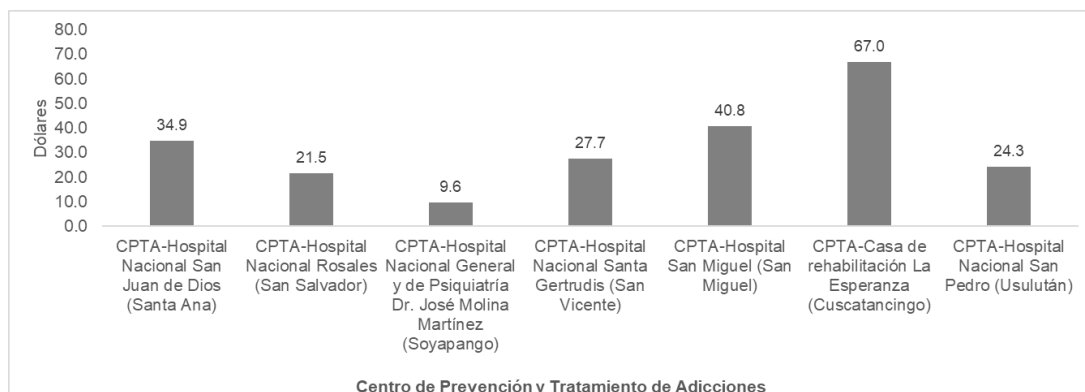
Con relación a los desembolsos directamente asociados con el tratamiento para la cesación del consumo de sustancias, los que han adquirido medicamento fuera del centro de atención representan el 16,7 % de los participantes, gastando en promedio 45,3 USD mensuales. Por otra parte, el 4% que acudió a un especialista privado gastaron 124,3 USD en promedio y el 7,9 % que tuvo gastos en pruebas de laboratorio erogó de sus ingresos en promedio, 33,1 USD mensuales.

En este sentido, el gasto más generalizado fue los desembolsos indirectamente asociados al tratamiento, como el transporte, de los cuales el 86,3 % de los participantes destinó, en promedio, 9,9 USD mensuales. En consecuencia, la proporción de usuarios que realizan gasto de bolsillo (GB) fue de 90,6 % (IC_{95%}: 86,8 - 93,6); destinando, en promedio, 31,0 USD mensuales del total de sus ingresos. Los resultados muestran que los hombres realizan un gasto mayor en comparación con las mujeres. Así también, que fueron los jóvenes entre las edades de 25 a 34 años quienes realizaron mayores gastos de bolsillo para atender su tratamiento en comparación con el resto de las edades.

Al desagregar, el gasto de bolsillo por CPTA, se identificó que es en la Casa de rehabilitación La Esperanza (Cuscatancingo) donde se realiza el mayor gasto de bolsillo, siendo de 67 USD mensuales en promedio; seguido del CPTA-Hospital San Miguel (40,8 USD), así lo demuestra la figura 2.

Figura 2

Gasto promedio de bolsillo realizado por los usuarios por CPTA. Los valores se presentan en dólares promedio



Nota. Elaboración propia, con resultado de la Encuesta a usuarios del CPTA.

Así, el gasto de bolsillo como proporción del ingreso salarial que cada usuario percibe representó el 12,75 % y, aproximadamente, el 6,25 % de los ingresos totales del hogar.

Al desagregar el GB por el tipo de sustancia consumida, los individuos que consumen alcohol tienen un gasto de bolsillo de 28,7 USD mensuales, mientras que, quienes consumen tabaco, gastan directamente 39,0 USD mensual.

Figura 3

Gasto de bolsillo por sustancia consumida



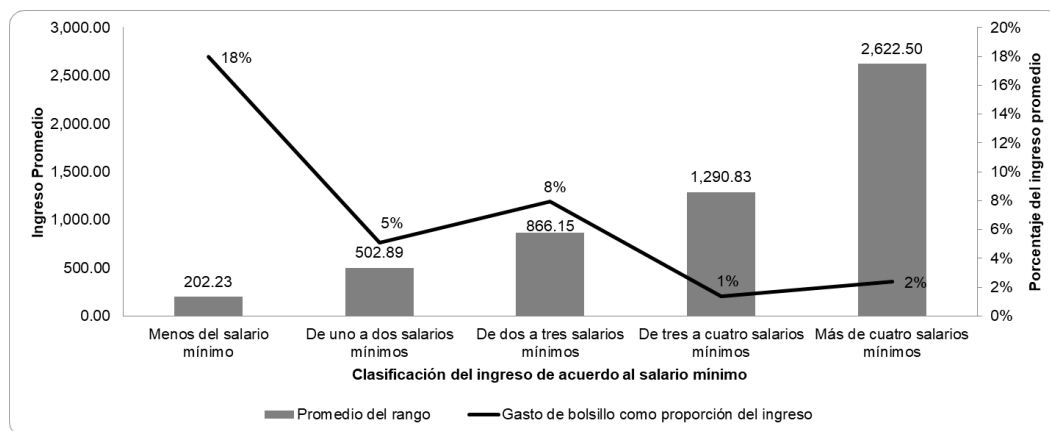
Nota. Elaboración propia, con resultado de la Encuesta a usuarios del CPTA.

Al momento del estudio en El Salvador el salario mínimo del sector comercio, servicio e industrias, equivale a 365 USD mensuales. Tal como se observa en la Figura 4, aquellos usuarios que, en promedio, tienen ingresos menores de un salario mínimo destinan un mayor porcentaje a los gastos en salud,

estos representaron el 18 % de sus ingresos mensuales destinados a mejorar su salud. Siendo así que, quienes tienen un ingreso superior a los cuatro salarios mínimos, el gasto de bolsillo solo representó el 2 % de sus ingresos.

Figura 4

Gasto de bolsillo como proporción del nivel de ingreso clasificado de acuerdo con el salario mínimo en los usuarios de los CPTA.



Nota. Elaboración propia, con resultado de la Encuesta a usuarios del CPTA.

Se aplicó un análisis multivariado mediante el Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM) para crear perfiles asociados con el tipo de adicción de acuerdo con las características sociodemográficas de los usuarios del CPTA. De las variables sociodemográficas introducidas al análisis, solamente se evidenció asociaciones estadísticamente significativas entre los tipos de sustancia psicoactiva consumida con las variables sexo, rangos de edad, región del país y condición laboral.

Los resultados del ACM indicaron que fueron necesarias 22 interacciones para llegar a la solución óptima. El resumen del modelo indicó que fueron creadas dos dimensiones para el análisis. Los valores propios que muestran la importancia de cada dimensión en el modelo indicaron que la primera dimensión es relativamente más importante que la segunda (1,775 vs 1,603). La primera dimensión, además, explica en mayor modo la inercia (0,355) que la segunda (0,321), en este sentido, se dice que las categorías presentan mayor dispersión de varianza en la dimensión 1 y conjuntamente explican el 67,5 % de la inercia total. Asimismo, el Alpha de Cronbach, el cual indica que tan correlacionadas están las variables observables que componen las

dimensiones, indicó que la fiabilidad para la dimensión 1 se expresó con un Alpha de 0.546, mientras que para la dimensión 2 es de 0.470, en consecuencia, no se podría afirmar con exactitud dicha correlación entre las variables.

Para cuantificaciones de las coordenadas de cada una de las categorías en ambas dimensiones, sugieren que las variables más relacionadas con la dimensión 1 son: consumo de tabaco, sexo femenino, edad en el rango de más de 65 años, condición laboral jubilado y en la región del país, de forma positiva, con la categoría de la región Oriental y de forma negativa con la región Paracentral.

Por su parte, en la dimensión 2 están más relacionadas: de manera negativa (inversa) al consumo de otras drogas, edad de 18 a 24 años, no trabajar y ser de la región central y de forma positiva con 65 o más años, con la región occidental, con la condición laboral de estar jubilado.

En este sentido cuando se graficó el mapa de puntos en el ACM se logró evidenciar tres perfiles de los usuarios de los CPTA. En el primer perfil denominado «grupo 1», se encuentran los consumidores únicamente de

bebidas alcohólicas y los de policonsumo, estos están muy asociados a la condición de trabajador sea en el sector formal o informal, y los rangos de edad desde los 25 hasta los 64 años. Asimismo, los hombres son los que se encuentran más próximos a este grupo. Los individuos caracterizados en este grupo pertenecen a la región Occidental, Paracentral y Oriental.

El «grupo 2», como segundo perfil, agrupa a quienes consumen exclusivamente otras drogas diferentes al alcohol y tabaco. Estos están muy asociados a la categoría ser mujer de la región central. Este grupo también se caracteriza por no encontrarse trabajando actualmente como condición laboral.

Finalmente, la tercera tipología o perfil, se denomina «grupo 3», mismo que aglutina a

las personas de 65 años a más edad, asociado estrechamente con la categoría de consumir únicamente tabaco.

Por otra parte, a través del coeficiente Rho de Spearman, se buscó conocer si existe relación lineal entre las variables gasto de bolsillo e ingreso del usuario evidenciando que existe relación lineal estadísticamente significativa entre el ingreso mensual de los usuarios y el gasto de bolsillo como proporción de los ingresos del individuo (p -valor $< 0,01$). Si bien en el apartado de resultados descriptivos se observó un comportamiento inverso entre los niveles de ingresos y la proporción del ingreso en concepto de gastos de bolsillo, la prueba de Spearman permitió medir de manera robusta la relación que pudiera o no existir entre las variables (ver tabla 1).

Tabla 1

Correlación entre Gasto de bolsillo e ingreso promedio del usuario

		Ingreso mensual del usuario	Gasto de Bolsillo
Rho de Spearman	Coeficiente de correlación	1,000	-0,520**
	Sig. (bilateral)		0,000
	N	231	231
	Coeficiente de correlación	-0,520*	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	
	N	231	267

La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Nota. Elaboración propia, con base en impresiones de pantalla de SPSS.

Se evidenció que existe una correlación negativa moderada (-0,520), (Tabla 1) lo que indica que mientras una variable incrementa la otra disminuye y viceversa, en este sentido, se puede afirmar que a medida incrementa el ingreso de los usuarios de los CPTA, el gasto de bolsillo como proporción del ingreso, tiende a disminuir (Figura 3). Existiendo suficiente evidencia estadística para aceptar que el gasto de bolsillo de los usuarios de los

centros de prevención es mayor en pacientes con niveles de ingresos bajos.

Un modelo de regresión logística binaria fue aplicado para conocer cómo influye la presencia de variables socioeconómicas en la probabilidad de realizar gasto de bolsillo, en dicho modelo se codifica la variable dependiente como 0 y 1 lo que da como resultado que la medida de la variable represente la proporción de casos que ocurre en una de

sus dos categorías, para este caso la variable dependiente es el gasto de bolsillo, por lo que sus dos categorías son: Tuvo gasto de bolsillo o No tuvo gasto de bolsillo (variable binomial) (Gómez y Palacios, 2013).

Se evaluó como variable dependiente del estudio el gasto de bolsillo mensual, la cual se transformó de variable continua a dicotómica, es decir, si realiza gasto de bolsillo (mayor que cero) y si no realiza este gasto (igual a cero); por lo que, la variable dependiente adoptó valores de 0 y 1. Con esta regresión se estimaron los Odds Ratio (OR) para cada variable explicativa a un nivel de significancia del 95%.

Posteriormente se realizó la regresión logística con el método intro, pues se buscó que el modelo incluyera todas las variables independientes que predicen. Los resultados del modelo indicaron que se clasificaron bien para los participantes que tuvieron gasto de bolsillo, es decir, gasto mayor que cero y los que no tuvieron gasto de bolsillo (gasto igual a cero) en un 93,6 %, con una especificidad alta del 98,8 % y sensibilidad baja del 41,7 %, por lo que el modelo clasifica adecuadamente a los que tuvieron gasto de bolsillo y deficientemente a los que no lo tuvieron.

La Prueba Omnibus sobre los coeficientes del modelo indicó que estas predicen bien la variable dependiente y de forma significativa ($p < 0,01$). El coeficiente de determinación R^2 cuadrado de Cox y Snell estima una proporción del 22 % de la variabilidad explicada por las variables predictoras (variables independientes). Por su parte la prueba de Hosmer-Lemeshow, permitió estudiar la bondad de ajuste del modelo de regresión logística, siendo de $p = 0,06$.

Es así como, las variables significativas para el modelo resultaron ser la edad de los usuarios cuando son mayor de 45 años ($p < 0,05$), el estar casado como estado civil ($p < 0,05$) y asistir al CPTA de Cuscatancingo ($p < 0,05$) esto último debido a que este centro cuenta con usuarios en edad joven comparado a los otros centros, además que es el único que tiene usuarios ingresados por

6 meses para la rehabilitación de su adicción, por lo que acuden de múltiples lugares del país, se les permite ir a sus hogares cada 15 días y esto les genera mayor gasto.

En este sentido, al considerar los Odds Ratio (OR), que expresa la probabilidad de ocurrencia de un evento, evidencia que las edades entre 35 y 44 años poseen nueve veces más probabilidad de tener gasto de bolsillo. Ser mayor de 45 años, posee diez veces más probabilidad; ambos con p -valor $< 0,05$ (0,038 y 0,021, respectivamente) ambas edades son un factor de riesgo de 9 a 10 veces mayor posibilidad de tener un gasto de bolsillo en relación ser más jóvenes de 18 a 24 años. Por su parte, estar casado es un factor considerado como protector con un OR de 0,04 (IC: 0,002-0,79), es decir con menos probabilidad de tener GB. y asistir al CPTA en Cuscatancingo, representa un OR de 5,5 veces más probabilidad de tener gasto de bolsillo en relación con las que asisten a otro CPTA alrededor del país ($p < 0,05$).

4. Discusión

Los resultados de la encuesta del presente estudio revelaron que la droga más consumida por los usuarios de los CPTA es el alcohol, siendo esta la droga por la cual la mayoría de los pacientes se encuentra recibiendo atención actualmente. Con una importante diferencia se encuentran los usuarios que están siendo tratados por consumo de tabaco o por consumo de otras drogas. Adicionalmente, se identificaron los usuarios que tiene Policonsumo, siendo aproximadamente un cuarto de los usuarios del CPTA que consumen dos o más combinaciones de sustancias psicoactivas. Estudios previos han evidenciado que el consumo de alcohol es la puerta de entrada al consumo de otras drogas, siendo este un antecedente de inicio en el consumo para otras sustancias (Kirby y Barry, 2012; Chang de la Rosa, 2012).

Esto en parte, podría explicar la mayor población masculina en los CPTA en relación con las mujeres. Pues los servicios ofrecidos por

el Fosalud a través de los CPTA son gratuitos y se reciben voluntariamente. De acuerdo con algunos estudios, la mayoría de los programas de rehabilitación de consumo de drogas centran su atención en atender la demanda de la población masculina, debido, en gran medida, a la desproporción existente entre los sexos al omento de solicitar la prestación de dichos servicios (Rodríguez Kuri *et al.*, 2015).

Los resultados del presente estudio evidenciaron la existencia de un gasto de bolsillo entre los usuarios de los Centros de Prevención y Tratamiento de adicciones y el mayor porcentaje del gasto de bolsillo recae principalmente en los individuos con menores ingresos, resultado congruentes con otros estudios, en donde se ha determinado la relación inversa entre el gasto de bolsillo y el ingreso salarial del individuo, siendo, por tanto, aquellos usuarios con menores ingresos quienes proporcionalmente pagan más por la obtención de «buena salud» (Cid Pedraza y Prieto Toledo, 2012; Villegas Yarleque *et al.*, 2021; Nievas *et al.*, 2021).

Es importante tener en cuenta esta brecha que se genera entre los pacientes de ingresos más altos y aquellos que tienen menores ingresos. Por tanto, teniendo en consideración el concepto de costo de oportunidad, entendido como lo que se deja de adquirir por adquirir algo más, en los usuarios de los centros de prevención estamos abordando lo que destinan en gasto directos en salud (gasto de bolsillo) y lo que dejan de tener disponible para la adquisición de otros bienes o servicios (lo que dejan de percibir por destinar parte de sus ingresos a la obtención de «buena salud») (Montañez Ginocchio, 2018).

A diferencia de investigaciones realizadas en países como: Argentina, Brasil, Chile, y Perú, donde la existencia de gasto de bolsillo es atribuida principalmente a la compra de medicamentos (Petrera Pavone y Jiménez Sánchez, 2018; García Pérez, 2021), en El Salvador los resultados indicaron que el gasto de bolsillo está atribuido principalmente a medicamentos y a transporte, esto puede ser debido a que solo existen siete centros en todo el país y

de estos tres están en la zona metropolitana, tres en el oriente y uno en el occidente de El Salvador, por lo que parte de la población usuaria tiene que trasportarse desde largas distancias para obtener el servicio.

Las tipología o perfiles de los usuarios de los CPTA por consumo de drogas, evidenciado a través del Análisis de Correspondencia Múltiple, identificó que los usuarios que consumen exclusivamente bebidas alcohólicas se encuentran bastante cercano a aquellos que tiene policonsumo. También fueron los hombres quienes se encuentran asociados a este tipo de consumo, lo que resulta congruente con la teoría pues estudios han identificado que el alcohol es la puerta de entrada a otras drogas y, en su mayoría, son los hombres quienes consumen mayor cantidad de bebidas alcohólicas, pero, adicionalmente, son estos quienes se encuentran mayormente afectado con trastornos por abuso de esta droga (Fernández Rodríguez *et al.*, 2019; Barbarías *et al.*, 2019; Pérez Gómez y Correa Muñoz, 2011).

En segundo perfil, puso en evidencia que las otras drogas, consideradas como ilícitas, tal como opio, marihuana, LSD, crack, cocaína, entre otras están asociadas a las mujeres jóvenes de 18 a 24 años, fuera del mercado laboral. Si bien no se han encontrado estudios de prevalencia de consumo diferenciada entre hombres y mujeres, se ha estudiado el consumo adictivo de estas sustancias entre los sexos. De acuerdo con Llopis *et al.*, citado por Pérez y en NIH, se ha evidenciado que son las mujeres quienes consumen menor cantidad de drogas, pero quienes desarrollan la adicción de manera más rápida que los hombres.

En el tercer perfil, se observó que el consumo de tabaco se asocia más frecuentemente a hombres de edad adulta, principalmente jubilados (fuera del mercado laboral) y residentes en la zona oriental del país. Se sabe que la mayoría de las personas que han comenzado el consumo de tabaco inician a temprana edad, esto como parte de las estrategias de la industria tabacalera de adquirir

consumidores jóvenes para tener consumidores a largo plazo (Alvis-Zakzuk *et al.*, 2018).

Con respecto a los determinantes en países como Colombia, Ecuador, México y Uruguay en donde, una de las características que elevan la magnitud de los gastos de bolsillo es ser mayor de 65 años (Flores *et al.*, 2020), difiere con la presente investigación donde se evidenció que desde las edades mayores a los 35 años son un factor determinante para el GB, es decir, edades menores a la reportadas en otras investigaciones. Esto probablemente se deba al tipo de GB de bolsillo representado (pacientes con adicciones) quienes inician el consumo de sustancias a tempranas edades.

En este sentido, mencionan Flores *et al.* (2020), que en la Región de las Américas el GB se ve influenciado por la región geográfica o niveles de urbanización, este dato no pudo corroborarse en este estudio, ya que no se encontró relación alguna con la zona de procedencia urbana, pero sí con la zona de atención de CPTA, mostrando una relación significativa con CPTA de Cuscatancingo, que dicho sea de paso, es uno de los dos CPTA donde hubo un GB mayor (promedio de \$67) comparado con el resto de los centros, probablemente debido a la población más joven que acude a dicho centro y su condición especial ya que dicho centro es el único en el país en donde hay un albergue para el ingreso por 6 meses como se comentó anteriormente.

La tesis realizada en el consultorio de psiquiatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca por García Pérez (2021) del Perú y así mismo, Petrerá Pavone y Jiménez Sánchez (2018) también del Perú, concluyeron que la existencia de gasto de bolsillo principalmente fue por la compra de medicamentos, a diferencia de El Salvador en donde solo el 15.2% de la población efectuó gastos en medicamentos debido a que, en su mayoría utilizan el medicamento que se dispensa en el CPTA. Vale la pena mencionar que el promedio del GB en medicamento fue de \$45.3 una suma bastante superior al gasto en transporte (\$9.90) que afrontó la mayoría de la población (86.3%) salvadoreña.

4.1 Limitantes del estudio

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre los determinantes socioeconómicos y el gasto de bolsillo, limitándose a identificar asociaciones estadísticas. En segundo lugar, los datos relacionados con ingresos y desembolsos monetarios fueron obtenidos mediante autorreporte, lo que introduce riesgo de sesgo de recuerdo y subestimación o sobreestimación de los valores reales. En tercer lugar, la población de estudio estuvo conformada exclusivamente por usuarios que acudieron a Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones del sector público entre enero y junio de 2023; por lo tanto, los resultados no pueden extrapolarse a usuarios de centros privados ni a otras regiones o periodos. Asimismo, no se incluyeron variables clínicas como severidad de la adicción, comorbilidades o presencia de redes de apoyo social, las cuales podrían influir en el monto del gasto de bolsillo.

Además, la exploración en el tema con literatura precisa de gasto de bolsillo en población con consumo de sustancias es poca a nivel internacional y nula en El Salvador, a diferencia del GB en otras situaciones. Esto representó una limitante en el conocimiento del entorno nacional, sin embargo, sirvió como ejercicio para introducir la temática en esta rama.

A pesar de estas limitaciones, los hallazgos constituyen un aporte relevante para la comprensión del impacto económico del consumo de sustancias en el contexto nacional y brindan evidencia útil para la formulación de políticas públicas en salud.

5. Conclusión

Finalmente, se concluye que, aunque los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones ofrecen servicios gratuitos a sus usuarios, existe una proporción de ellos

(86.3% en transporte) que tienen gasto de bolsillos para atender su tratamiento y este tiene una relación inversamente proporcional con el nivel de ingreso de los usuarios. Es decir, son los que tienen los menores ingresos los que proporcionalmente tienen un mayor gasto de bolsillo.

El monto del Gasto de bolsillo de los usuarios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones asciende a un promedio 31 dólares mensuales. Este monto representa el 12.75% de sus ingresos destinados a costos asociados con su tratamiento para la cesación del consumo de sustancias psicoactivas y como proporción del ingreso del hogar esto representó el 6.25%.

El gasto de bolsillo directamente asociado a salud más frecuente fue el destinado para compra de medicamentos. Mientras que el gasto de bolsillo indirectamente asociado a la salud fue el pago de transporte, siendo el primero el más oneroso y el segundo el más frecuente entre la población.

Este gasto, se encuentra determinado por características socioeconómicas siendo la edad, el tiempo de estar en tratamiento, el estado familiar, la ubicación del CPTA características que aumentan la probabilidad de tener un mayor gasto de bolsillo, por lo que, es posible obtener la probabilidad de realizar o no gasto de bolsillo entre los usuarios de los Centros de Prevención y Tratamiento de Adicciones en El Salvador.

Por lo anterior expuesto, Se recomienda desarrollar estudios longitudinales que permitan establecer relaciones causales entre los determinantes socioeconómicos y el gasto de bolsillo. Asimismo, futuras investigaciones deberían incorporar variables clínicas como la severidad de la adicción y comorbilidades para cuantificar su impacto económico. Resulta pertinente evaluar la efectividad de intervenciones financieras o subsidios estatales en la reducción del gasto directo e indirecto, así como comparar los modelos de atención pública y privada. Finalmente, se sugiere explorar, mediante enfoques mixtos, la relación entre el gasto de bolsillo y la adherencia al tratamiento, así

como la experiencia de los pacientes frente a las barreras económicas del sistema de salud.

Referencias

- Alvis-Zakzuk, J., Marrugo-Arnedo, C., Alvis-Zakzuk, N., Gómez de la Rosa, F., Florez-Tanus, A., Moreno-Ruiz, D., y Alvis-Guzman, N. (2018, 1 de septiembre). Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Revista de Salud Pública*, 20(5), 591-598. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n5.61403>
- Arteaga Alvarado, G. A., Castellón Grillo, Y. G., y Centeno Gómez, V. L. (2018). *Determinantes del gasto de bolsillo en salud en Nicaragua utilizando la encuesta de hogares sobre medición de nivel de vida 2009* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua]. Repositorio Centroamericano SIIDCA-CSUCA. <https://repositoriosiidca.csuca.org/Record/RepoUNANL6456/Details>
- Ayala-Beas, S. R. y Rodríguez Minaya, Y. E. (2023). Gasto en salud y resultados en salud en América latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 47, e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.136>
- Azzani, M., Roslani, A. C. y Su, T. T. (2019). Determinants of Household Catastrophic Health Expenditure: A Systematic Review. *The Malaysian Journal of Medical Sciences*, 26(1), 15-43. <https://doi.org/10.21315/mjms2019.26.1.3>
- Barbarías, O., Estévez, A. y Jáuregui, P. (2019). La dependencia emocional como factor mediador en la relación entre apego y el abuso de drogas y alcohol en jóvenes. *Revista Española de Drogodependencia*, 44(1), 44-58. https://www.aesed.com/upload/files/v44n1_art3.pdf

- Chang de la Rosa, M. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 425-426. https://www.researchgate.net/publication/262444635_El_consumo_de_alcohol_como_un_problema_de_salud_publica
- Comisión Nacional Antidrogas. (2023). *Informe nacional sobre la situación de las drogas*. Observatorio Salvadoreño sobre Drogas. https://www.seguridad.gob.sv/cna/wp-content/uploads/2023/12/INFORME-NACIONAL-SOBRE-DROGAS-2023-DIGITAL.pdf?utm_source=chatgpt.com
- Cid, C., Flores G., Del Riego, A. y Fitzgerald, J. (2021). Objetivos de Desarrollo Sostenible: impacto de la falta de protección financiera en salud en países de América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (45), e95. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.95>
- Cid Pedraza, C. y Prieto Toledo, L. (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4), 310-316. https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rps/v31n4/a07v31n4.pdf
- Cuevas Muñiz, B. L. y López Estrada, R. E. (2019). El gasto de bolsillo en salud: un proceso de empobrecimiento latente en la vejez. En C. Bayón, S. Ochoa y J. G. Rivera González (Coords.), *Las ciencias sociales y la agenda nacional: reflexiones y propuestas desde las ciencias sociales: desigualdades, pobreza, economía informal, precariedad laboral y desarrollo económico* (Vol. 3, pp. 731-50). COMECESO. <https://www.comeceso.com/ciencias-sociales-agenda-nacional/cs/article/view/1950>
- Díaz-González, E. y Ramírez-García, J. B. (2017). Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México. *Papeles de Población*, 23(91), 65-91. <https://rppoblacion.uaemex.mx/article/view/8247>
- Fernández Rodríguez, M. A., Dema Moreno, S. y Fontanil Gómez, Y. (2019). La influencia de los roles de género en el consumo de alcohol: estudio cualitativo en adolescentes y jóvenes de Asturias. *Adicciones*, 31(4), 260-273. <https://doi.org/10.20882/adicciones.1003>
- Flores, C. C., Pinilla-Rodríguez, D. E., Erazo, F. D. y Torres, Y. A. (2020). Determinantes del gasto sanitario de América Latina. *Espacios*, 41(40), 171-181. <https://www.revistaespacios.com/a20v41n40/a20v41n40p13.pdf>
- García Pérez, A. (2021). *Gasto de bolsillo en medicamentos en pacientes con trastornos mentales y de adicción que recibieron atención médica en el Consultorio de Psiquiatría del Hospital Regional Docente de Cajamarca durante los meses enero y febrero de 2020* [tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/9675>
- Javier Torres, S. (2018). *Estimación de costos directos e indirectos de la pancreatitis aguda en el Hospital San Juan de Lurigancho en el 2015* [tesis de maestría, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3820>
- Kirby, T. y Barry, A. E. (2012). Alcohol as a Gateway Drug: A Study of US 12th graders. *Journal of School Health*, 82(8), 371-379.

- <https://doi.org/10.1111/j.1746-1561.2012.00712.x>
- Lenz-Alcayaga, R. (2010). Análisis de costos en evaluaciones económica en salud: aspectos introductorios. *Revista Médica de Chile*, 138(2), 88-92. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010001000006&lng=en&enynrm=isoyt&lng=en
- Más López, C. J. (2016). Los gastos indirectos asociados a las enfermedades: qué enfoque utilizar. *Cofin Habana*, 10(1), 113-125. <https://revistas.uh.cu/cofinhab/article/view/1116>
- Montañez Ginocchio, V. A. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en Perú* [tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. Biblioteca Complutense. <https://hdl.handle.net/20.500.14352/16322>
- Nievas, C. M., Gandini, J. B., y Tapia, A. B. (2021). Desigualdades en el acceso a medicamentos y gasto de bolsillo, realidades del subsistema público de salud en el interior argentino. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas de Córdoba*, 78(2), 147-152. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8741323/>
- Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico. (2022). *Health spending*. OECD. <https://www.oecd.org/en/data/indicators/health-spending.html>
- Pérez Gómez, A., y Correa Muñoz, M. (2011). Identidad femenina y consumo de drogas: un estudio cualitativo. *Liberabit*, 17(2), 211-222. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1729-48272011000200010&script=sci_arttext
- Petrera Pavone, M. y Jiménez Sánchez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010-2014. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e20. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.20>
- Rice, D. P. (2000). Cost of illness studies: what is good about them? *Injury Prevention*, 6, 177-179. <https://doi.org/10.1136/ip.6.3.177>
- Rodríguez Kuri, S. E., Córdova Alcaráz, A. J. y Fernández Cáceres, M. C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Salud y drogas*, 15(1), 49-54. <https://www.redalyc.org/pdf/839/83938758005.pdf>
- Tran, A. D., Chen, R., Nielsen, S., Zahra, E., Degenhardt, L., Santo, T., Farrell, M. y Larance, B. (2022). Economic analysis of out-of-pocket costs among people in opioid agonist treatment: a cross-sectional survey in three Australian jurisdictions. *International Journal of Drug Policy*, 99, 103472. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103472>
- Villegas Yarleque, M., Carrasco Choque, F., Hidalgo Armestar, R. y Villegas Aguilar, G. F. (2021). Catastrophic health expenditure: the case of households with adults over 60 years of age in Peru – 2019. *Universidad, Ciencia y Tecnología*, 25(111), 191-200. <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/530>