

Los gastos de salud en familias cubanas. Estudios de casos.

Autoras/es: Reina Fleitas Ruiz, Niuva Avila Vargas, Laritza Solares Pérez, Raynier Hernández Arencibia y Annette Chaviano Balmaseda.

Eje temático: Redes sociales, familia y migración.

Resumen

Se exponen los resultados de un estudio de casos, sobre el lugar que tienen los gastos en salud dentro de la estructura de gastos de 10 familias cubanas, cuyos miembros padecen enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas. El objetivo es explicar la relación existente entre los gastos, los padecimientos y los ingresos que declaran las familias. El análisis se contextualiza en el marco de la situación económica y epidemiológica que viven las familias cubanas. En la medida que la información lo permite, se hace además, una interpretación desde la perspectiva de género.

Palabras claves: Familia, Gastos en Salud y Estado de Salud.

Abstract

The results of a case study, on the place expose themselves that the cuban´s families, whose members have the expenses in health inside the structure of expenses of 10 families' chronic illnesses, suffer no transmissible and degenerative. The objective is to explain the existent relation among the expenses that the families declare, the ailments and the revenue. The analysis focuses in the economic and epidemiologic situation that the cuban´s families live. Besides, it is done an interpretation from the perspective of gender.

Key words: Family, expenditure in Health and Status of Health.

Introducción

La Familia ha sido, a lo largo de la historia de la humanidad, una institución esencial en el cuidado de la salud de sus miembros; incluso ese papel se ha preservado, con algunos cambios, a pesar de la institucionalización de la Salud Pública y la aparición de una creciente división del trabajo, que en este campo convirtió a la medicina en una ciencia y dotó a sus profesionales de un poder decisivo para la cura de las enfermedades y el enfrentamiento a diversos problemas de salud.

Ese protagonismo se acrecienta en la época actual, dado que se reconoce el grado de complejidad de las acciones que se requieren

realizar, para garantizar una vida larga y con calidad; así como la necesidad de desarrollar labores como prevenir y rehabilitar, que adquieren tanto o más valor que curar enfermedades. La experiencia de trabajo entre los profesionales de la salud en el combate a las enfermedades, permite deducir que la preservación de la vida no está determinada sólo por la calidad de la atención médica, sino que en ella influyen una variedad de factores sociales que tienen que ver con el medio en que se desarrolla el individuo, sus condiciones de vida material y espiritual, el acceso a las oportunidades que son garantías de bienestar, las cuales van desde una buena educación, alimentación sana, vivienda digna, agua potable, hasta un medio ambiente viable, por sólo mencionar algunas.

Por ello, aunque el estudio de la relación médico-paciente, y de las estructuras más complejas del sistema sanitario, nos ofrece algunas claves para comprender la relación enfermedad-sociedad, las determinantes sociales no se reducen a la política sanitaria, al papel del Estado y de los servicios de atención; motivo por el cual, en la investigación resulta necesario involucrar a la familia como unidad de análisis, tanto porque ella es el destino de la inversión como por su participación en tanto gestora de salud y en alguna medida, responsable de las enfermedades que padecen sus miembros.

Finalmente, la consulta a una variada literatura internacional y nacional sobre costos de la salud para diferentes enfermedades, muestra un desbalance entre el análisis de lo que eso significa para los servicios de salud -sean privados o públicos-, y de lo que representa para la familia. Entre algunos autores de las investigaciones en salud, se defiende la tesis del beneficio de la atención domiciliaria, dada su repercusión en la reducción de los costos de hospitalización por cuenta del menor tiempo de estadía del paciente.¹ Pero dicho análisis no tiene presente que la disminución de los costos para los hospitales puede traducirse en incremento de los gastos para las familias. De ahí el valor de acometer un estudio que indague sobre esta temática sobre los gastos de las familias en salud y su relación con algunas enfermedades.

La Familia Cubana y los Gastos en Salud

Durante más de cinco décadas el gobierno cubano ha desarrollado una política de acceso gratuito a los servicios de atención a la salud en todos los niveles. Diversas experiencias programáticas han facilitado el acceso a medicamentos gratuitos en hospitales y con bajos precios en la red de farmacias de Cuba. Incluso en la década del noventa, cuando se

¹Véliz José et al. "Impacto socioeconómico y extensionista del ingreso domiciliario en la Atención Primaria". En *Revista de Ciencias Médicas* vol 15 No 4, Pinar del Río, 2011

produce una escasez importante de medicamentos que se vendían en la red de farmacias, el Estado introduce nuevas iniciativas para mantener el enfoque de distribución justa, priorizando a las personas que padecían enfermedades crónicas. De ello se deduce, que siendo el costo de los servicios y de los medicamentos, dos cuestiones esenciales en la formación de los gastos de bolsillo de cualquier familia –gracias a esas estrategias estatales- era de esperar que este no se considerara un problema para el bienestar de la familia cubana.

A partir de la década del 90, la economía cubana entra en una crisis que crea la necesidad de un cambio en la política. El recrudecimiento del bloqueo norteamericano y la pérdida de los mercados en el campo socialista obligan al Estado cubano a redefinir su política económica de amplio acceso. Entre las nuevas medidas que se concretaron, resulta significativo señalar por un lado la aparición de un mercado que oferta productos básicos para la vida en un tipo de moneda -a la que sólo tiene acceso un segmento de la población-; mientras por otro, se produce un alza sostenida en los precios de las mercancías, que se ofertan en los establecimientos donde se compra en moneda nacional y moneda convertible.

En ese contexto, la red de farmacias y hospitales del país también se ven afectadas por el suministro de mercancías; se generaliza la escasez de productos de todo tipo y, aunque con menor alcance, aparece un mercado en moneda convertible para la venta de algunos productos farmacéuticos. A lo que se suma la existencia de un mercado ilegal y especulativo que se dedica a comercializar ciertos medicamentos de uso popular.

Adquirir una medicina se torna cada vez más una oportunidad, determinada entonces, por el poder económico o de relaciones sociales que tienen las familias cubanas. Situación que se produce, a pesar de las iniciativas de distribución de medicamentos de alta necesidad en la red de farmacias, donde se prioriza a las personas que padecen determinadas enfermedades; como resultado de la voluntad política existente, que aboga por mantener la estrategia de distribuir salud, en relación a la necesidad y no a la capacidad adquisitiva. En este nuevo escenario se vislumbran conflictos entre la política económica y la política de salud.

Tales medidas se justifican desde el punto de vista de la situación económica nacional, pero tienen el efecto de potenciar las desigualdades sociales y hacer más extensiva la pobreza. Se encarece el costo de la vida y ello repercute en la reducción del valor de los ingresos familiares y, aunque se mantiene en esencia el enfoque de política social de amplio acceso a la salud y otros servicios, resultan afectados los gastos de salud y educación en que deben incurrir las familias.

Una investigación en el barrio de San Isidro, desarrollada por una de las autoras de este trabajo, arrojó que los gastos en salud de 40 familias que viven en situación de pobreza multidimensional, ocupaban el segundo lugar en la estructura de gastos, después de los que se invierten en alimentos y con mayores valores que los referidos a servicios de la vivienda (agua, electricidad, teléfono y pago por la vivienda). En el cuadro que se muestra a continuación se recogen esos datos por jefatura de hogar, observándose que incluso en ambos, su lugar es el mismo, aunque es ligeramente mayor en hogares dirigidos por mujeres, que eran las que menos ingresos declaraban debido a las ocupaciones más precarias, pero las portadoras de una mayor morbilidad.

Cuadro 1. Distribución de los gastos promedio según Jefatura de Hogar de Familias del Barrio de San Isidro (en pesos)

Tipos de gastos	Hogares de jefatura femenina	Hogares de jefatura masculina
Gasto mensual per cápita en alimentos	218,38	142,08
Gastos de salud en los hogares	37,12	33,22
Gasto mensual en servicios a la vivienda	29,34	20,42
Per cápita del total de gastos del mes	246,94	159,66
Fuente: Fleitas Reina, 2013, p. 222		

Evaluar el impacto que tiene esta nueva política económica en la estructura de gastos de algunas familias exige verlo en relación con el cuadro epidemiológico del país, en tanto el gasto está siendo influenciado en cada familia por el tipo de enfermedad que padecen sus miembros y el tratamiento que esta exige.

El nuevo escenario económico emerge, en un momento histórico en el que Cuba está experimentando una transición epidemiológica que la ubica en la avanzada de países que la experimentan en América Latina. Dicha transición se produce debido a las bajas tasas de mortalidad, prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, comportamiento más homogéneo de casi todos sus indicadores de mortalidad y esperanza de vida y desplazamiento de la carga de muerte hacia los grupos de mayor edad. El envejecimiento

demográfico repercute en esa situación epidemiológica y tiene una carga notable para la familia cubana en tanto incide en el incremento de las enfermedades degenerativas.

La reducción de la mortalidad infantil, materna y general, tiene efectos positivos en el bienestar de la familia dado que prolonga la vida de sus miembros y reduce el costo social de lo que significa perder a un padre y una madre proveedores y/o afectivos, a edades temprana de un hijo; o perder a un niño de manera prematura. Ese fue un alto costo provocado por las enfermedades transmisibles que experimentaron durante siglos las familias cubanas.

La política de inversión sostenida en salud, durante la segunda mitad del siglo XX, fue la garantía del cambio en el perfil epidemiológico en el que prevalecen, tanto en la mortalidad como en la morbilidad, las enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas. Aunque la morbilidad por enfermedades transmisibles resulta alterada con frecuencia debido a la situación de precariedad en el saneamiento urbano y a problemas en la cultura sanitaria de la población.

Uno de los indicadores que corrobora la voluntad política de priorizar la salud son los gastos del Estado cubano en esa área. Ese indicador evolucionó de \$3.72 en 1959 a \$98,56 pesos por habitantes en 1990. A pesar de la crisis económica que se inició en la década del 90 y que aún persiste, el gasto en salud ha seguido creciendo, en el 2013 era de \$ 493.06 por habitantes.²

Las nuevas enfermedades que prevalecen, gracias a la inversión en salud y su carácter distributivo, permiten alargar la vida de los cubanos y cubanas; pero afectan la calidad de vida de quienes la padecen y el funcionamiento de la familia cubana. Dichas afectaciones pesan en los gastos de salud y están relacionadas con las condiciones materiales que viven sus miembros.

Teniendo en cuenta que los gastos en salud en la familia no es un tema que se ha privilegiado en la investigación social y que en los últimos tiempos los estudios se refieren más a los costos de la salud en las instituciones que brindan servicios o a los gastos del estado, así como al significado que adquiere para las familias en el nuevo contexto económico y social, la investigación se propone como **Problema:**

¿Cómo se comportan los gastos en salud dentro de la estructura de gastos de varias Familias Cubanas y qué relación mantiene con la situación de salud de sus miembros?

²MINSAP. *Anuario estadístico de Salud 2013*. Dirección de Registros Médicos y de Estadísticas de Salud La Habana, 2014. P 117

De manera particular los autores del diseño nos planteamos como **Objetivos:**

1. Determinar el monto promedio de los gastos en salud de varias familias cubanas
2. Identificar el lugar que le corresponde a esos gastos en la estructura de gastos de ese universo familiar.
3. Valorar la relación entre el monto de los gastos y los tipos de situaciones de salud.

Definiciones metodológicas

Hace algún tiempo, el equipo de investigación en salud del departamento de Sociología viene trabajando con la metodología de Estudios de casos debido a su valor para obtener información útil y rápida. Dicha metodología ha probado su valía a lo largo de la historia de esta ciencia, a pesar del dominio del enfoque positivista. La esencia de lo social no sólo se halla en las regularidades del comportamiento de un fenómeno, la diversidad es también un rasgo que refleja la complejidad del mundo en que vivimos. El conocimiento científico que se produce en una investigación no depende de si las evidencias que se obtienen en el trabajo de campo responden a la selección de una muestra representativa en términos estadísticos, sino por su capacidad para reflejar las contradicciones de un proceso social. Toda existencia humana por muy individual que sea, es portadora de la huella de la sociedad donde se reproduce. Cualquier problema individual, refleje o no una tendencia estadística, es obligado tenerlo en cuenta en la medida que cada individuo es importante para la sociedad en que vive. No interesa al equipo concluir que la generalidad de las familias cubanas tiene elevados gastos en salud, pues los bajos valores de mortalidad y morbilidad permiten deducir que una cantidad apreciable podría no tener cuantiosos gastos. Pero el incremento que en los últimos años se ha observado en la morbilidad por enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, y el peso creciente que tienen en la mortalidad, nos ayudan al menos a presumir que, pueden existir diferentes situaciones en el comportamiento de los gastos de salud, y que para un grupo de familias tener mayor significación en su estructura de gastos.

En el análisis de los datos, que levantó la entrevista aplicada, procedimos de dos maneras; 1) Comparando los casos entre sí a partir de los datos que se obtuvieron por cada indicador, identificando generalidades hacia el interior de los mismos. Fue útil para ese fin el análisis de la estadística descriptiva, y 2) Valorando cada caso en su singularidad y relevancia por la información que ofrecía. En este punto el análisis de correlación de los datos de diferentes indicadores fue

esencial. Finalmente, comprender, desde el punto de vista cualitativo la información obtenida, en el contexto epidemiológico y económico que vive la familia cubana, fue definitivo porque ayudó a la prevención del análisis empirista.

El trabajo de campo se basó también en un diseño de tipo transversal y exploratorio que combinó la técnica de la entrevista semi-estructurada con el análisis de documentos.

La definición de la muestra, en un diseño que se sustenta en la metodología de estudios de caso, es del tipo no probabilística e intencional. El criterio fue elegir familias donde algunos de sus miembros padecieran enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas para evaluar su relación con los gastos de salud. No era importante la representación estadística y se cerró con 10 casos porque es un número admitido en las experiencias internacionales que usan esta metodología. Lo esencial era la calidad de la muestra en relación al criterio de selección.

Los Jefes de Hogares y sus familias. Estudio de casos.

Perfil de las Familias

El estudio no asumió como criterio de Familia el Hogar censal, como se acostumbra en la investigación demográfica y de otras ciencias; aunque sí se monitoreó el comportamiento de la variable convivencia. Se recogieron los datos de todos los miembros que hacían contribuciones a la familia en términos de aportes económicos y de cuidado a los enfermos, pero se identificó entre ellos a los que convivían de manera permanente. Aunque no todos tengan el mismo grado de participación considerábamos que era más realista aceptar a la familia como una red doméstica de cuidado y dejamos que los entrevistados mencionaran a aquellos parientes que participaban en el proceso.

¿Qué rasgos sociodemográficos caracterizan a las familias estudiadas?

Asumir la perspectiva teórica y metodológica sobre la definición de familia mencionada, resultó en la identificación de un total de 47 personas que integran las 10 familias. El promedio de los miembros de la familia que comparten esas dinámicas es de 4,7. Las que menos miembros poseen, son tres integradas por dos parientes y la que más, es una de nueve y otra de diez. La mayoría de las familias (7) tienen dos y cuatro miembros. Si nos atenemos exclusivamente a los convivientes, estos sumaban un total de 38, para un 3,8. **Los datos sobre el tamaño de las familias de convivencia y ampliada nos permitieron identificar, que la participación en el cuidado de**

parientes que no conviven es escaso y el peso lo tiene la familia de convivencia.

El parentesco es una dimensión importante para entender el funcionamiento de las familias de todas las épocas. Aunque las nociones culturales del parentesco cambian en relación a las culturas y los tiempos, aún la consanguinidad ejerce un papel decisivo en su construcción cultural y en la dinámica social que se observa en torno al cuidado de la salud de sus miembros. En el presente estudio se identificaron parientes de la familia nuclear y de la extensa, se involucran padres e hijos, pero también parientes de diverso grado de consanguinidad: hermanos, nietos, suegros, cuñados, etc.; la familia nuclear por convivencia se transforma en extensa, y la extensa se amplía. Algunas, las que tienen mayor solvencia económica, también recurren a contratar domésticas para buscar apoyo en el cuidado y en la higiene de la casa y del enfermo, así lo declararon dos familias.

El promedio de edad de la población es de 43 años. El 47% de sus miembros se hallan entre 30 y 59 años. Los menores de 19 años sólo llegan al 10,6%. Los mayores de 60 representan el 23%, un valor superior al promedio nacional que fue de 18,3 en el censo del 2012.³ Este valor elevado obedece al criterio de selección de la muestra determinado por la elección de familias donde prevalecieran enfermedades degenerativas y crónicas no transmisibles, que por las estadísticas nacionales se conoce son más altas en estas edades: 19871 muertes en el 2013 por enfermedades del corazón y 18017 por tumores, frente a 947 y 1724, respectivamente, en las edades de 15 a 49.⁴

La población se distribuye en 22 (47%) del sexo masculino y 25 (53%) del sexo femenino. En el 85% de los casos su color de la piel es blanco.

En cuanto a la ocupación, si nos atenemos a considerar los quehaceres del hogar como trabajo doméstico no remunerado, solo una persona declara no trabajar. Las ocupaciones que prevalecen son los técnicos y profesionales (12, 25,5%), jubilados (9, 19%) y trabajadoras domésticas no remuneradas (8, 17%); todos agrupan al 61% del total. Las mujeres prevalecen en las categorías de domésticas (8), profesionales y técnicas (7) y jubiladas (4). Los hombres en jubilados (5) y profesionales y técnicos (5).

El nivel escolar de esta población es alto. Solo 4 niños no tienen edades para cursar algún grado, por tanto la población que cursa o ya terminó alguno suma un total de 43. Entre ellos prevalecen los niveles de preuniversitario (14, 32,5%), universitario (13, 30,2%) y técnicos medio (5, 12%), que suman un total de (32) que representan el 74,4% de

³ Centro de Estudios de Población y Desarrollo. *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del censo de población y viviendas 2012*. ONEI, La Habana, 2014. P. 10

⁴Obcit, MINSAP, 2014 Pp 58 y 61

todos los ostentan algún grado concluido. Las mujeres son las que muestran el mejor indicador de calidad en la escolaridad pues son mayoría en el nivel de educación superior: de 13, son 9, para un 69%.

Finalmente, el indicador de situación conyugal arrojó que de 42, en edades para mantener relaciones sexuales, el 62% declaró estar casado o unido y el resto en algunas de las categorías (solteros, divorciados, separados y viudos) de las que no se esperan relaciones estables que puedan contribuir a formar estrategias de parejas en el proceso del cuidado.

Perfil de los Jefes de Hogar

En el estudio no se siguió la metodología tradicional para construir el dato de quién es el jefe(s) de hogar, la cual no da alternativa a considerar el poder como un fenómeno compartido. Abrir la comprensión de la jefatura a esta variante más flexible, permitió que se declararan jefes 15 personas debido a que 5 hogares reconocen que la jefatura es compartida, o sea el 50%. Desde el punto de vista del sexo, se observa un balance que se inclina ligeramente hacia las mujeres, las cuales representan un 53.3% del total.

Los perfiles de los jefes se asemejan mucho al de las familias:

1. El balance de la edad de quienes dirigen estas familias arroja un promedio de 55,5 años. El jefe de hogar más joven tiene 33 años, el más longevo 85. El grupo más numeroso se halla entre los mayores de 60 años (40%).
2. Las ocupaciones que predominan entre los jefes de hogares se distribuyen entre profesionales (5, 33%) y jubilados (5, 33%).
3. El 67% (10) de los jefes de hogares están casados o unidos.
4. El 67% (10) tiene nivel escolar concluido de preuniversitario o universitario.

Las Familias y su Estado de Salud ¿Quiénes se enferman?

Como ya se ha afirmado, se seleccionaron familias que tienen en común vivir experiencias de enfermedades crónicas no transmisibles, degenerativas y asociadas algunas a la salud sexual y reproductiva. Las entrevistas permitieron revelar de que en el 60% de las familias se experimenta comorbilidad, no solo porque coexisten a nivel de varios de sus miembros diversos tipos de enfermedades que pudieran ubicarse en las distintas clasificaciones mencionadas, sino porque un enfermo podía ser portador de varias enfermedades. Este es un fenómeno que hace más compleja la situación de salud y el gasto en esa actividad.

Los tipos de enfermedades que se encontraron son variadas: cardiovasculares, tumores, degenerativas del sistema óseo, neurológicas, nutricionales, etc.

De un total de 19 personas enfermas detectadas, que representan al 40,4% de toda la población, el 58% (11) son del sexo femenino y el 42% (8) del masculino. O sea, que este pequeño estudio corrobora la tesis que sostienen innumerables escritos feministas sobre género y salud, de que la mujer puede que no aporte las cifras más elevadas en mortalidad pero sí en morbilidad. La importancia metodológica de esta conclusión se refuerza por el hecho de que la selección de la muestra no introdujo el criterio de sexo, sino solo el de tipos de enfermedades y, no obstante, el resultado refleja una peor calidad de vida para las mujeres.

Las personas que reportan la mayor morbilidad se hallan entre los miembros cuyas edades rebasan los 60 años (7, 37%), pero no es desestimable la cantidad entre 50 y 59 que también padecen algunas de las enfermedades mencionadas (5, 26,3%). Cuando se compara la variable edad con sexo, se observa una mayor dispersión de los enfermos del sexo masculino entre diferentes edades, mientras que en las mujeres se da una concentración en los grupos de 50 a 59 y 60 y más. En resumen, se enferman las mujeres de edades avanzadas, a partir de los 50 años la mujer parece entrar en edades de riesgo para ella.

Los ingresos y los gastos en salud.

El estudio de los ingresos es esencial para entender el comportamiento de los gastos familiares, y en general, la calidad de las condiciones de vida material de cualquier familia, aunque esta última sea una variable más compleja y abarcadora de múltiples indicadores; no podemos subestimar el papel de los ingresos en la construcción del bienestar de las personas en un mundo donde prevalecen las relaciones mercantiles.

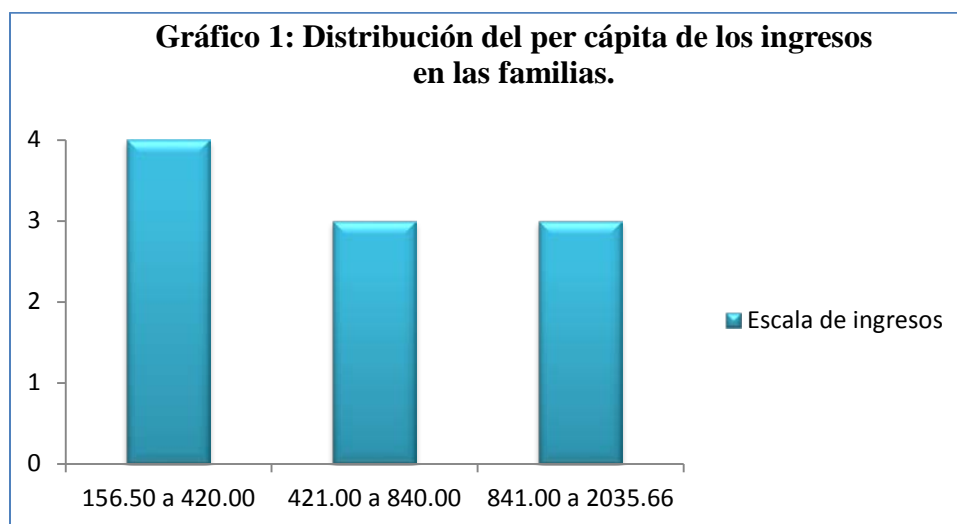
El estudio de los ingresos familiares con frecuencia se reduce a la determinación del per cápita familiar y su distribución por diferentes escalas que permiten comprender la distinta situación económica de los hogares. La investigación que realizaron los autores de este trabajo además evaluó también su relación con el parentesco y la jefatura familiar.

En ese sentido se constató que la jefatura no siempre se reconoce entre quienes aportan los mayores ingresos y la autoridad que se reconoce de los abuelos por los nietos, o que se ejerce de los padres sobre los hijos, tampoco lo determina el mayor ingreso entre los de más edad.

En estas familias, la cantidad de parientes dependientes que no aportan ingresos es de 18, los cuales representan al 38,3% de la totalidad. Un por ciento mayor de dependientes se encontró entre las familias pobres del barrio de San Isidro, de Fleitas.⁵

De 10 familias, 6 declararon ingresos en moneda convertible que oscilan entre un mínimo de \$ 10.00 cuc hasta un máximo de \$ 350.00. Esta declaración se refiere a una mensualidad que no necesariamente tiene que ser estable.

En el 2012, la publicación de Sandoval sobre el umbral de la pobreza en Cuba y la canasta alimentaria sirvió de referencia a Fleitas para su investigación sobre Familias pobres en el barrio de San Isidro. Dado que los autores no conocen otra publicación posterior que actualice el dato construido por este economista, se tomará como referencia la misma para valorar el comportamiento de los ingresos en las familias de la presente investigación. El siguiente gráfico ofrece información sobre los ingresos familiares.



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los resultados obtenidos en la investigación.

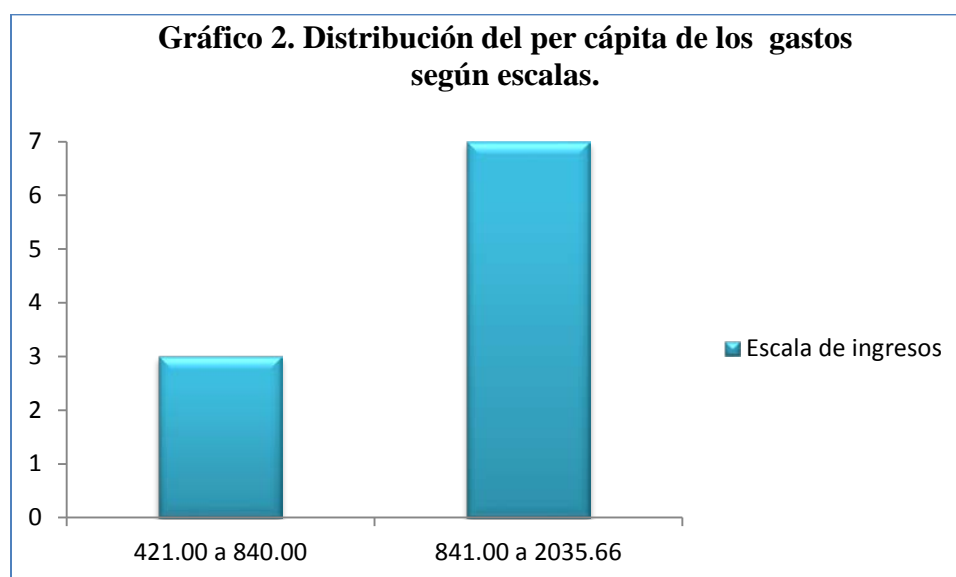
El per cápita mínimo encontrado fue de 156,50 y el máximo de 2035,66. Cuatro familias se hallan en la primera escala cuyo promedio salarial oscila entre el mínimo mencionado y \$ 420,00 cup, y tres en la segunda. De lo cual se infiere que el 70% de las familias declaran ingresos precarios, cuyos per cápita los ubican por debajo del umbral de la pobreza que Sandoval identifica en \$ 841,00 cup.⁶

⁵Fleitas Reina. *Familias Pobres y desigualdades de género en salud. El caso del barrio de San Isidro*. Colección clacso-crop, Buenos Aires, 2013. P. 219

⁶ Ídem

El estudio del nivel de vida de las familias, a partir de la declaración de ingresos se hace muy complejo para los investigadores cubanos. Diversos factores inciden, entre ellos: la multiplicidad de fuentes; su inestabilidad; el temor a declarar porque no siempre son legales o se quiere eludir el control del fisco y no se confía en quienes preguntan y la falta de control y conocimiento en los hogares sobre los ingresos colectivos.

Es frecuente que el monto que se declara de los ingresos contradiga y esté por debajo de la declaración de los gastos, sobre los cuales parece que se tiene un mayor control. Por eso estudiar este último indicador y su relación con los ingresos, es necesario para la mejor y más realista comprensión de las desigualdades y de los recursos que disponen las familias para su funcionamiento.

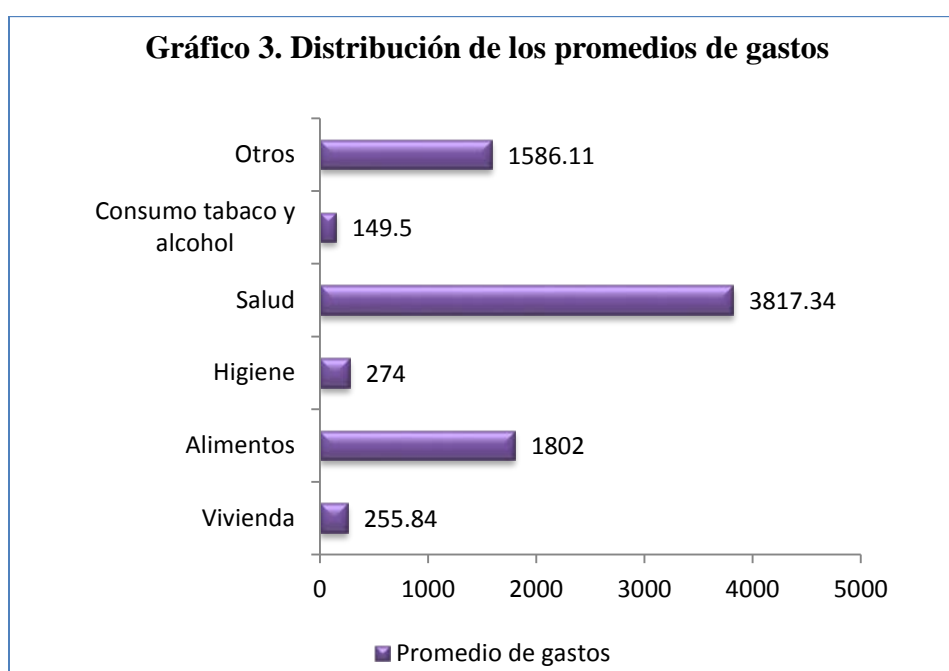


Fuente: Elaboración de los autores a partir de los resultados obtenidos en la investigación.

Como se puede observar, los gastos dan la apariencia de una mejor situación económica de las familias, ninguna está en la primera escala que agrupa a las que no llegan ni a completar la canasta alimentaria. Según este indicador la mayoría de ellas (7) tienen un per cápita de gastos que las ubican en la tercera escala, entre \$841,00 y \$3068,88, o sea por encima del umbral de la pobreza. Eso no significa que estas familias no vivan tensiones determinadas por el alto costo de la vida y la incapacidad económica para comprar productos que son necesarios para el consumo, sino que tienen mejores niveles de consumo que la de otros grupos familiares, como es el caso citado de las familias del barrio de San Isidro.

Se requiere además explicar, para no ser conclusivo en este asunto, que el registro que se hizo de los gastos se refiere solo a un mes y que en su formación no solo inciden los ingresos, también influyen los préstamos, remesas y ahorros que ayudan a enfrentar situaciones emergentes o no cotidianas, como las de una construcción de vivienda o la hospitalización de un familiar. También repercuten factores culturales como los valores y estilos de consumo. Ningunos de estos aspectos fueron explorados en la entrevista, aunque emergieron en las respuestas de algunas preguntas.

¿Cómo se comportó la estructura de gastos de acuerdo a los componentes estudiados?



Fuente: Elaboración de los autores a partir de los resultados obtenidos en la investigación.

De acuerdo a los promedios que nos muestra el cuadro, el gasto en salud ocupa el primer lugar en la estructura del consumo de las familias. Entre los gastos en salud se consideraron: las medicinas, la transportación al hospital, los de hospitalización, las dietas para enfermos, el pago a cuidadores para atender a los enfermos, a personal de salud y materiales de diversa naturaleza, todos los cuales se invierten en el cuidado de la salud del enfermo. De ellos, las mayores erogaciones de las familias se produjeron en hospitalización, dieta y transportaciones.

Aunque los medicamentos generan en todos los casos gastos, incluso se obtienen de diferentes fuentes y no solo de la red nacional de farmacias, este rubro en ningún caso fue relevante en términos monetarios. El caso 6 declaró el mayor monto por gastos de hospitalización, con un total de \$ 8 000 cup. No se trata de pago al servicio, sino de inversión en alimentos para enfermos, acompañantes y personal de salud, incluso transportación del enfermo y los acompañantes, todos reunidos bajo este concepto para tener una idea de lo que cuesta para la familia ingresar a un hospital, a pesar de la gratuidad del servicio. No todas las familias vivieron en este mes la experiencia de hospitalización, pero de las cuatro que lo experimentaron tres declaran montos que están muy por encima de las cifras erogadas en salud por otros conceptos.

El gasto en personal de salud no aparece entre las mayores inversiones pero contribuye en algunos casos de manera sensible a este componente dentro de la estructura general. Lo interesante fue la variedad de justificaciones que mencionamos en orden de mayor a menor nivel de importancia en las declaraciones: 1) para agradecer por la calidad humana de su trabajo, 2) para recibir una atención más personalizada, y 3) para apoyarlos porque sus almuerzos son de mala calidad y los salarios insuficientes. En ningún caso se hizo referencia a que el personal de salud exigió el estímulo. Y las gratificaciones se ofrecen a todas las categorías de trabajadores, en mayor medida a los médicos, pero también a enfermeras, secretarías, técnicos de diagnóstico y personal de limpieza.

La relevancia del gasto en salud entre estas familias destaca -no solo como resultado de la evaluación estadística mensual que se realizó-, sino en el hecho que el 70% de los entrevistados tienen la percepción que durante todo el año 2014 la salud ha generado los mayores gastos junto a los de alimentación. Las respuestas se sostienen en argumentos sobre lo que ha significado la erogación durante ese tiempo, así como su relevancia para preservar la vida y una buena salud.

Si, además, asociáramos la situación de salud de los hogares con la generación de ingresos, tendríamos que en el 80% de las familias se declaran pérdidas de montos por no poder asistir al trabajo y en un caso, las mujeres no pueden trabajar por sus problemas de salud, para un 90% de afectación. Los entrevistados declararon montos dejados de percibir que oscilaron entre un mínimo de \$250.00 y un máximo de \$5660.00 cup, de su evaluación en 8 familias se obtuvo un promedio de \$1654.37 cup.

Como se observa en el gráfico 3, el segundo componente que mayor gasto genera es el de los alimentos que consumen todos los miembros de la familia y, entre los de menor valor se encuentran el consumo de tabaco y alcohol, y el de la vivienda. Estos datos se diferencian de los

que se obtuvieron entre las familias del barrio de San Isidro, donde era muy bajo el gasto en vivienda debido a su precariedad y la prevalencia de usufructuarios que no pagaban, mientras que el tabaquismo y el alcoholismo era muy frecuente entre los jefes de hogares del sexo masculino.⁷ En los casos del presente estudio la mayoría de sus miembros no fuman e ingieren alcohol solo de manera ocasional.

Es necesario explicar que el componente denominado «Otros gastos»- que ocupa el tercer lugar en la estructura según gráfico 3- engloba inversiones tales como: construcción y reparación de viviendas, o compra de ropa y calzado; que aunque se produjeron en ese mes, no son tan cotidianas como las de alimentos y salud. En dos casos se declararon además, gastos en celulares que para las familias es básico en la comunicación con familiares que viven distantes y apoyan en el proceso del cuidado, en situaciones de emergencia o con cierta regularidad.

La comparación de los gastos en salud -según sexo- arrojó que son las mujeres, quienes padecen las enfermedades de mayor impacto para la salud, las que también generan los mayores gastos, así sucede en el 70% de las familias. Siendo ellas las que menos ingresos aportan a los hogares; en 7 de 9 hogares donde conviven hombres y mujeres en edades para generar ingresos, los aportes de las mujeres están por debajo de las contribuciones masculinas debido a poseer una ocupación menos valorizada. El promedio de lo que ingresan las mujeres de 10 hogares es de \$1573 cup, el de los hombres en 9 hogares es de \$2018,33 cup.

La menor generación de ingresos no significa el menor peso en el cuidado, porque son ellas quienes tienen la mayor responsabilidad en el cuidado directo de los enfermos, en hogares y hospitales, y en la ejecución de las tareas del hogar, decisivas para la prevención de enfermedades.

Análisis de la situación de tres casos

Aunque todos los casos fueron evaluados a partir de la interrelación de sus componentes; ateniéndonos a los criterios que motivaron esta pesquisa, cuyo objetivo central era explicar la relación entre tipos de enfermedades y gastos en salud, presentaremos a continuación tres casos significativos por las diferencias y semejanzas, que le develan al lector, en su descripción.

⁷ La investigación del barrio de San Isidro no contempló la evaluación del gasto en consumo de tabaco y alcohol, pero dada la práctica generalizada en el consumo de ambos productos es de suponer que ese gasto fuera más alto.

El primer caso (#2) es una familia formada por 4 miembros con per cápita de ingresos de \$ 300.00 y un gasto de \$535.50 cup. La jefatura es masculina, es quien aporta los ingresos a pesar de que padece de una enfermedad degenerativa en su rodilla. Las mujeres son trabajadoras del hogar y una de ellas es la que presenta el cuadro de salud más agudo por enfermedad degenerativa con solo 37 años. Hay entre los enfermos un niño con autismo funcional adquirido.

A pesar de estar afectado el estado de salud de esa familia, por la situación que presentan tres de sus miembros, el gasto de salud que se reporta en el mes ocupa el quinto lugar en la estructura general y se refiere a una mayor inversión en alimentos para todos sus miembros. Este resultado coincide con la percepción del entrevistado de que la erogación en salud del 2014 no fue la más importante.

El segundo (caso #6), es una familia integrada por 9 miembros con per cápita de ingresos de \$444.00 y un gasto de \$3608.00 cup. La jefatura se comparte entre dos hombres, uno jubilado de 64 años que resulta ser el padre del segundo (37 años), con quien comparte esa posición, y que es quien aporta los mayores ingresos. No obstante, algunas de las mujeres aportan ingresos además de encargarse de las tareas del cuidado.

Son los suegros de ese joven quienes a las edades de 58 años padecen cada uno de una enfermedad crónica no transmisible y degenerativa, y en particular es la suegra quien tiene el estado de salud más precario, el cual exigió una hospitalización que implicó un monto total de gastos de \$8.000 cup. La cifra total del gasto en salud se remontó en el mes a \$17440.00 cup. El resto de la inversión se ejecutó en dieta, la compra de una silla de ruedas y en personal de salud. Este alto monto en salud va seguido de una inversión en la construcción de la vivienda de \$10 000.00 cup.

Finalmente, el tercer caso (#7) lo constituye una familia formada por 4 miembros: una adulta mayor, una mujer de 33 años y dos niños. La jefatura es femenina y se comparte entre la adulta mayor y su nieta, esta última es quien lleva el peso de las decisiones y del cuidado de los enfermos.

Se trata de la familia que declara el menor per cápita de ingresos (\$163.75 cup), que contrasta con el per cápita de los gastos (\$ 1765.25 cup), el cual la ubica en la quinta posición. La pensión que recibe por jubilación esta anciana, está en la escala mínima (\$250.00 cup) y los ingresos de la nieta son los que determinan que se cubran las necesidades básicas. La oportunidad de cubrir ese gasto se lo ofrece una tarjeta de ahorro que posee por una misión a Venezuela y cuyo destino es la reparación de la vivienda; pero que ahora se emplea en la situación de salud creada.

Las enfermedades las padecen la adulta mayor y uno de los bisnietos; este último sufre una intoxicación severa de alimentos que exige una dieta, por la cual se produce la mayoría de los gastos en salud, que en el mes llegaron a la cifra total de \$2870.00 cup; los que aún siendo altos no ocupan el primer lugar de la estructura, pues más elevados son los de alimentos (\$3750.00 cup).

Valoración de los tres casos

A pesar de las diferencias de la jefatura masculina y femenina, en el comportamiento de los ingresos y de los gastos en salud, los casos tienen en común la situación de mayor desventaja social que experimentan las mujeres de estas familias, producida por: 1) una sobrecarga de roles que deriva del peso de la responsabilidad de atender a los enfermos y buscar los ingresos (rol de cuidadora y protectora) o por ser las que viven los padecimientos que les impiden trabajar (rol de enferma), lo que las hace dependientes económicamente de sus familias.

Otra cuestión común a todas es que, aún cuando unas tengan mayores posibilidades económicas que otras para enfrentar los gastos en salud, todas viven las tensiones de lo que ello significa en términos de sacrificios, renunciaciones y postergaciones; las coloca en situaciones de endeudamientos, compromete otros proyectos de vida como las reparaciones de vivienda, que necesitan para lograr un bienestar material y espiritual, generan malestares que afectan la salud mental y afectan los montos de otros componentes de gastos que también son importantes para la vida, como por ejemplo los alimentos, la recreación y la compra de bienes de diverso tipo para una vida digna.

Conclusiones

La presente investigación sobre los gastos en salud de las familias, si bien es un estudio micro cuyos resultados no pretendemos generalizar, constituye un llamado de atención sobre un tema prácticamente invisibilizado y que requiere ser colocado en la agenda de las Ciencias Sociales cubanas, para su profundización. El peso significativo que estos tienen dentro de la estructura de gastos de las familias cubanas –ya afectados por el desajuste en la relación ingreso-gastos-, nos permite aseverar que el tema debe también ser tenido en cuenta, como prioridad, en el diseño de las políticas sanitarias. Si bien la política de salud garantiza universalidad en el acceso a los servicios de atención y farmacéuticos; en su implementación, se requieren estrategias de focalización que disminuyan el efecto que provoca en el estado de salud, la complejidad familiar.

La importancia que tiene la salud se constata no solo en las estrategias creadas por las familias, para su conservación y restablecimiento; sino también, por el lugar que ocupa en el imaginario de los encuestados, quienes perciben como elevados los gastos destinados a este fin durante todo el año 2014. La significación que a nivel subjetivo se le atribuye a los gastos sanitarios engloba, además, los altos costos de la alimentación.

A su vez, los impactos generados por la situación de salud, se acrecientan por la desigual distribución de género manifiesta en las distintas maneras de vivir el fenómeno según sexo. Ello se evidencia en el hecho de que son las mujeres quienes padecen las enfermedades de mayor impacto, debido a la sobrecarga de roles que desarrollan a lo interno del hogar y al descuido, que en ocasiones hacen, de su propia alimentación y del cuidado de su salud, privilegiando las de sus hijos y esposos.

Este ideal responde al estereotipo de buena madre y esposa, mujer dadora de sacrificio y principal gestora de salud del grupo familiar, en detrimento de la propia. La desigualdad en la morbilidad femenina genera entonces mayores gastos y contrariamente, son las mujeres las que aportan los menores ingresos, en relación a las contribuciones masculinas. Realidad que las coloca en una situación de dependencia y subordinación, debido a que poseen una ocupación menos valorizada; lo cual es coherente con las tendencias a nivel nacional.

Sin embargo, los gastos en salud no solo pueden entenderse en relación a los montos destinados para la preservación y restablecimiento de la misma, sino también por los ingresos que se dejan de percibir, tanto de la persona enferma como de su cuidador, en la mayoría de los casos mujeres.

Las ausencias laborales –por certificados, hospitalización, turnos médicos, acompañamiento familiar-, pero también la incapacidad para trabajar, limita la recepción de ingresos que mejorarían la economía familiar. Esta incapacidad para trabajar se debe en gran medida a las insuficientes estrategias estatales que generen para las familias y principalmente para el cuidador, una serie de garantías que le permitan seguir insertado en el mercado laboral y por tanto, percibir un salario.

La dinámica demográfica es un elemento que debe repensarse desde lo social, por las implicaciones que tiene actualmente para el Estado, la familia y el propio individuo. Situación que se agravará en los próximos años, no solo por el impacto que tendrá en el perfil epidemiológico del país, sino también por el monto de personas de la tercera edad que demandará un importante número de cuidadores. En este sentido, resulta indispensable tener presente la feminización del rol del cuidador; pues hoy día se está hablando de mujeres que enfrentarán dicha

responsabilidad, en disímiles contextos: abandono de sus trayectorias laborales, edades avanzadas, cuidado múltiple –al coincidir varias generaciones o parientes- a su cuidado, o con estados de salud –sin distinción de grupos etarios- que a su vez requieran de atención.

Lo anteriormente comentado hace énfasis, una vez más, en la necesaria atención que demanda este tema, porque incide directamente en la calidad de vida no solo de la persona enferma, sino también del resto de los miembros del grupo familiar. Aunque creemos que su tratamiento rebasa las políticas sanitarias, nuestro llamado de atención aboga por conectar las necesidades familiares con las estructuras y políticas del sector; en aras de disminuir las brechas de desigualdad, que actualmente se visualizan en las distintas maneras en que las familias cubanas viven las enfermedades.

Bibliografía:

Centro de Estudios de Población y Desarrollo. *Estudio sobre envejecimiento poblacional a partir del censo de población y viviendas 2012*. ONEI, La Habana, 2014

Fleitas Reina. *Familias Pobres y desigualdades de género en salud. El caso del barrio de San Isidro*. Colección Clacso-crop, Buenos Aires, 2013

De Souza Edvania y Fleitas Reina. "La Política de salud en Cuba en el nuevo milenio: La contribución del trabajo social". En *Revista Katálysis*. vol 17, No 2 Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil. 2014.[pp](#)

MINSAP. *Anuario Estadístico de Salud 2013*. Dirección de Registros Médicos y de Estadísticas de Salud, La Habana, 2014

Morales Clara et al. "Costos de las infecciones nosocomiales en pacientes atendidos en una unidad de cuidados intermedios". En *Revista Cubana de Enfermería*. Vol 20 No 2, Ciudad Habana, 2004.

Véliz José et al. "Impacto socioeconómico y extensionista del ingreso domiciliario en la Atención Primaria". En *Revista de Ciencias Médicas* vol 15 No 4, Pinar del Río, 2011

López Felipa et al. "Efecto económico del incremento de la estadía hospitalaria promedio". En *MEDISAN*. Vol 15 No 11, Santiago de Cuba, 2011.