

El gasto de bolsillo en salud: un proceso de empobrecimiento latente en la vejez

Out-of-pocket health payments: a latent impoverishment process in old age

Barbara Lizeth Cuevas Muñiz¹ y Raúl Eduardo López Estrada²

Resumen: La pobreza y el bienestar social en las personas mayores son temas de investigación que han tomado relevancia en las últimas décadas. Entre las cuestiones más destacadas se encuentra la relación entre el derecho a la salud y la pobreza, y cómo estos elementos se vinculan al bienestar social en la vejez. El objetivo de este documento es analizar los factores que intervienen en el gasto de bolsillo en salud desde la percepción de mujeres mayores que viven con el diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial para el desarrollo de estrategias que disminuyan el empobrecimiento durante la vejez.

Abstract: Poverty and social welfare in the elderly are research topics that have become relevant in recent decades. Among the most important issues is the relationship between the right to health and poverty, and how these elements are linked to social welfare in old age. The objective of this document is to analyze the factors that intervene in out-of-pocket health payments from the perception of older women living with the diagnosis of diabetes mellitus and / or high blood pressure for the development of strategies that reduce impoverishment during old age.

Palabras clave: gasto de bolsillo en salud; empobrecimiento; vejez.

Introducción

Diversos estudios han revelado que el gasto de bolsillo en salud es una causa de empobrecimiento en las personas y sus respectivas familias debido al riesgo latente de caer en gastos catastróficos (Lavilla, 2012; Sales, 2012; Torres y Knaul, 2001). De acuerdo a Pérez (2012:1), el gasto de bolsillo se define como “la proporción del gasto que las familias destinan a través de gastos directos, a solventar los distintos requerimientos de la atención de la salud, una vez satisfechas

¹ Doctorante del programa de Doctorado en Filosofía con Orientación en Trabajo Social y Políticas Comparadas de Bienestar Social. Facultad de Trabajo Social. Subdirección de Posgrado de la Universidad Autónoma de Nuevo León (UANL), México. Líneas de investigación: Adultos mayores y Pobreza. Correo electrónico: barbara_cuevasm@hotmail.com.

² Ph.D. en Antropología. Profesor de Tiempo Completo Facultad de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Subdirección de Posgrado. Universidad Autónoma de Nuevo León, México. Líneas de investigación: Pobreza, Desarrollo social, Política social. Correo electrónico: raul.lopezes@uanl.edu.mx.

sus necesidades alimentarias”. A su vez, esta autora añade que la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que el gasto de bolsillo en salud no debe superar entre el 30% y 40% del gasto total en este rubro. Al respecto, Sales (2012) enfatiza que si este gasto supera el último porcentaje se habla de un gasto catastrófico en salud que pone en riesgo la estabilidad económica del hogar a consecuencia de un proceso de empobrecimiento latente.

Dada la importancia de las consecuencias de este tipo de gasto en los pacientes y sus familias, el objetivo del presente documento es analizar los factores que intervienen en el gasto de bolsillo en salud desde la percepción de un grupo de mujeres mayores que viven con el diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas y que experimentan condiciones de pobreza en zonas urbanas, específicamente en los municipios de Monterrey y Juárez, Nuevo León. Se considera que el conocer estas experiencias contribuirá al desarrollo de estrategias que reduzcan este tipo de gasto cuando se experimenta un proceso de enfermedad crónico-degenerativo durante la vejez. Para cumplir con este análisis el siguiente documento está dividido en cinco apartados que brindarán elementos teóricos y prácticos para el estudio de este tema.

En el primer apartado se describe la relación existente entre el sistema de salud, el gasto de bolsillo en salud y el proceso de empobrecimiento. En el segundo, se presentan estudios que comprueban la correspondencia entre el envejecimiento poblacional, las enfermedades crónicas-degenerativas y el gasto de bolsillo en salud. En el tercer apartado se detalla el material y método empleado en este documento con el propósito de examinar las experiencias del gasto de bolsillo en salud en mujeres mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial o ambas enfermedades. El cuarto apartado narra las percepciones del gasto de bolsillo en salud de las mujeres mayores participantes. Finalmente, en el quinto apartado se expone la discusión y las conclusiones de este documento.

El sistema de salud, el gasto de bolsillo en salud y el proceso de empobrecimiento

La pérdida de la salud es un tema que se abordado desde diversas dimensiones. Entre ellas, destaca aquella dirigida a personas enfermas que disminuyen su posibilidad de negociar la mejor calidad y precio sobre los servicios de salud que recibirán durante su convalecencia (Flores, Vega y González, 2011; Lavilla, 2012; Torres y Knaul, 2001). Además, cabe añadir que esta última también provoca incertidumbre en el paciente a consecuencia del gasto de bolsillo en salud

(Torres y Knaul, 2001; Valencia y Cardona, 2015). De este modo, es substancial recalcar que este tipo de gasto expone al enfermo, y a la familia que cuida de él, a un mayor riesgo de enfrentar gastos catastróficos en salud que pueden conducir a una desigualdad social de salud.

Respecto al tema de la desigualdad social de salud, la OMS indica que ésta se origina por las diversas realidades sanitarias y las diferentes condiciones de vida y de salud existentes entre grupos sociales (Cabrera y *et. al.*, 2011). Por esta razón, este organismo internacional ha desarrollado un marco de análisis con el propósito de examinar los factores que la condicionan. De este modo, la OMS se ha interesado, entre otros objetivos, en evaluar el desempeño de los sistemas de salud y los factores que tienden a influir sobre el gasto del bolsillo en salud (Torres y Knaul, 2001).

En concordancia, es importante acentuar que el marco de análisis de la OMS se sustenta en el principio de justicia en el financiamiento de la salud (Torres y Knaul, 2001), en el cual el desempeño de los sistemas de salud está condicionado por el esquema de prepago de prepago¹. Por consecuencia, y de acuerdo a la teoría de la economía de la salud, este principio y la agrupación de riesgos financieros en grandes fondos permite el financiamiento eficiente de dichos sistemas para asegurar la igualdad social de la salud (Torres y Knaul, 2001; Valencia y Cardona, 2015).

En el caso de México, diversos estudios han referido que el sistema de salud nacional ha desempeñado un papel poco eficiente desde su origen y aún en años recientes (Lozano y *et. al.*, 2013; Torres y Knaul, 2001). Una de las razones para que este sistema no funcione adecuadamente, según Torres y Knaul (2001), obedece a que todavía hasta el año 2000, no existía un esquema de prepago para más de la mitad de la población no asegurada con empleo en el mercado informal y sin acceso a la seguridad social.

Se ha comprobado que la falta de acceso a la seguridad social conduce a altos porcentajes del gasto de bolsillo en salud. De aquí que Torres y Knaul (2001) realizaran un estudio en el país concluyendo que en el año 2003 México registró un gasto de bolsillo del 58%. Asimismo, estos autores estimaron que entre dos y tres millones de hogares sufren de gastos catastróficos en salud al año.

Ante este contexto nacional, es prioritario impulsar estudios respecto al gasto de bolsillo en salud y los factores inmersos en el proceso de enfermedad. Autores como Cabrera y *et. al.*

(2011) y Córdova y *et. al.* (2008), reconocen que en el proceso de salud-enfermedad se encuentran diversos factores como el ingreso, la educación, la alimentación, la vivienda y los estilos de vida. En relación a este tema, Torres y Knaul (2001) mencionan que un mayor ingreso se vincula a mejores condiciones de vida, mejor alimentación, mayor educación y a la posibilidad de acceder a servicios de salud contribuyendo a un estado de salud más saludable en el individuo.

Por otra parte, Torres y Knaul (2001) han identificado cinco factores que determinan la demanda en los servicios de salud. El primer lugar lo ocupa el ingreso, el segundo el empleo, el tercero los factores demográficos y socioeconómicos (edad, sexo, composición y tamaño del hogar, educación y lugar de residencia), el cuarto aspecto es la presencia de la enfermedad y el quinto es la información y preferencias del paciente al momento de seleccionar el servicio de salud. De tal modo, que esta demanda de servicios de salud influye de manera diferenciada en el gasto de bolsillo en salud.

Sobre esta cuestión, Sales (2012) llevó a cabo un análisis diferencial entre el ingreso en los hogares y el porcentaje del gasto catastrófico en salud. Entre los principales resultados identificó que este porcentaje fue mayor en hogares que experimentan pobreza extrema en comparación con los hogares en pobreza. De esta forma, este autor considera que existe una estrecha relación entre menores ingresos económicos y una mayor proporción del gasto destinado a la salud.

En relación a los factores demográficos y socioeconómicos, tanto Sales (2012) como Torres y Knaul (2001) refieren que pertenecer a una familia numerosa o que en ésta exista la presencia de personas mayores se asocia a un mayor porcentaje del gasto catastrófico en salud. Estos hallazgos proporcionan argumentos que permiten cuestionar cómo experimentan las personas mayores el gasto del bolsillo en salud cuando se vive un proceso de enfermedad crónico-degenerativa, como la diabetes mellitus tipo II o la hipertensión arterial, que tiende a requerir tratamiento farmacológico y no farmacológico para toda la vida.

Envejecimiento poblacional, enfermedades crónicas-degenerativas y el gasto del bolsillo en salud

El envejecimiento poblacional es un fenómeno socio-demográfico caracterizado por el aumento progresivo de personas de más de 60 años de edad con respecto a la población total (Ham, 2003).

De aquí la importancia de señalar que el incremento de personas mayores impone retos económicos, sociales, culturales, epidemiológicos, entre otros, en relación a aspectos de los sistemas de seguridad social, de pensiones, de jubilaciones, principalmente, que tienden a influir positiva o negativamente sobre el desarrollo social de los países que experimentan este proceso social (Vega y *et. al.*, 2011). Al respecto, autores como Arteaga (2017), Ham (2003) y Montes de Oca (2003) refieren que desde hace décadas este fenómeno se ha presentado en diversos países constituyéndose como un fenómeno a nivel mundial.

Concerniente al número de personas mayores en México, se tiene registro que este país experimenta un proceso de envejecimiento moderado. Por este motivo, se ha llegado a estimar que en el año 2050 uno de cada cuatro mexicanos será una persona mayor (Flores, Vega y González, 2011). Por otra parte, un estudio llevado a cabo a nivel nacional por González y *et. al.* (2011) arrojó como resultado que el porcentaje de personas mayores entre 60 y 79 años se ha incrementado en las últimas décadas (de 58% en 1990 a 62% en 2010) mientras que la población de 80 años y más ha disminuido (de 23.6% en 1990 a 20.4% en el mismo periodo).

A la par del proceso de envejecimiento poblacional, diversos países reconocen transformaciones en el padrón epidemiológico de las enfermedades. Por una parte, se ha identificado un aumento en el diagnóstico de enfermedades crónicas degenerativas, tal es el caso de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, entre otras. Asimismo, se ha presentado la permanencia de enfermedades agudas y parasitarias como la fiebre amarilla, el sarampión, el cólera. Esta situación se ha manifestado, especialmente en los países en desarrollo (Lozano y *et. al.*, 2013).

Se hace hincapié que el progreso de enfermedades crónicas degenerativas y la permanencia de enfermedades agudas y parasitarias a nivel nacional demandan una mayor cantidad de recursos económicos, materiales y humanos para su prevención y control (Córdova y *et. al.*, 2008). Durante el año 2000, México invirtió el 5.1% del Producto Interno Bruto (PIB) en el rubro de la salud, sobre todo, al costo económico de las enfermedades crónicas degenerativas. De la misma forma, Wong, González y Ortega (2014) señalaron que este porcentaje aumentó a 6.5% en el año 2006.

Derivado del envejecimiento poblacional y el desarrollo de enfermedades crónico-degenerativas nacional, uno de los principales retos que enfrenta el sistema de salud mexicano es

la atención de un número cada vez mayor de personas que vive su etapa de vejez con el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa no curable. Un ejemplo de esta problemática se presentó en 2008, cuando la diabetes fue una de las diez principales causas de hospitalización en el grupo de los adultos. Ante este hecho, se estima que el año 2025 existirán 11.7 millones de mexicanos padeciendo esta enfermedad de forma permanente (Córdova y *et al.*, 2008).

Este escenario, indica que si esta tendencia continua, habrá una población numerosa de personas mayores experimentando un envejecimiento patológico, caracterizado por un estado de salud afectado en varios aspectos; uno de ellos, quizás el más importante, es la dependencia del adulto mayor de terceras personas. Por este motivo, es imprescindible el estudio de este tema considerando que el cambio demográfico en el futuro involucrará no solamente al adulto mayor, sino también a su familia y al Estado (González y Ham, 2007).

Como se indicó con anterioridad, el envejecimiento poblacional y el desarrollo de enfermedades crónicas-degenerativas generan múltiples desafíos. Entre estos destaca el gasto en bolsillo en salud y su asociación con la prevención de gastos catastróficos. Al respecto, Calvo y Martorell (2008) y Flores, Vega y González (2011) expresan que el gasto catastrófico en salud se vincula primordialmente a la falta de seguridad social.

Tomando en consideración el argumento de estos autores, se examinaron datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI, 2005) y se detectó que en el año 2004 el porcentaje de personas mayores mexicanas sin derechohabiente ascendía a 49.4%; de este porcentaje el grupo de 60 a 64 años representó 51.8%, mientras que el de 85 y más años registró un 41.2%. Con estos datos, se concluyó que conforme avanzaba la etapa de envejecimiento, se disminuía la inclusión en el sistema de seguridad social. De aquí, se sigue el incremento de la posibilidad de desarrollar enfermedades agudas y crónicas degenerativas; al mismo tiempo que una mayor susceptibilidad al gasto catastrófico de salud, debido a la ampliación de los gastos de bolsillo ocasionados por una mayor demanda de medicamentos (Duran y *et. al.*, 2010). Al respecto, Castillo-Laborde y Villalobos (2013) mencionan que la compra de medicamentos es el componente más importante en este tipo de gasto, seguido por las hospitalizaciones incosteables.

Esto, por supuesto, no es todo. Sales (2012) señala que a pesar de que el paciente o la

familia del paciente cuenten con acceso a la seguridad social, la estabilidad económica y financiera del hogar se pone en riesgo a consecuencia del gasto de bolsillo en salud porque este tipo de gasto implica otros factores que van más allá de recibir una atención médica especializada. Entre estos factores destacan espacios y servicios propicios para conservar la salud.

Por consiguiente, el objetivo del presente documento es analizar los factores que intervienen en el gasto de bolsillo en salud desde la percepción de un grupo de mujeres mayores que viven con el diagnóstico de diabetes mellitus, hipertensión arterial o ambas y que experimentan condiciones de pobreza en zonas urbanas, específicamente en los municipios de Monterrey y Juárez, Nuevo León. Es preciso señalar que las mujeres mayores participantes están adscritas al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Por lo tanto, se examinarán los motivos que intervienen en este tipo de gasto cuando se cuenta con el apoyo del personal de salud y el suministro de medicamentos. Así, la finalidad de este estudio es proporcionar información científica que coadyuve al desarrollo de estrategias de intervención que permitan disminuir el gasto de bolsillo en salud en la persona mayor y, con ello, reducir la posibilidad de empobrecimiento o profundizar la condición de pobreza durante la vejez.

Material y método para el análisis de las experiencias en el gasto de bolsillo en salud

Como tema de análisis el gasto de bolsillo en salud ha sido abordado desde diversas perspectivas. De acuerdo con Abul y Lamiraud (Abul y Lamiraud, 2008, citados en Lavilla, 2012:16), existen tres perspectivas que han guiado el desarrollo de trabajos de investigación sobre este tipo de gasto. La primera de ellas se vincula con los ingresos monetarios en el hogar, la segunda, refiere a la relación entre el estado de pobreza y el estado del gasto catastrófico en salud y la tercera, aborda la medición del rendimiento de los actuales planes de seguros, particularmente su cobertura.

Sobre la primera perspectiva, los autores citados mencionan que el gasto de bolsillo en salud aumenta la posibilidad de afectar el nivel de vida del hogar cuando se absorbe una fracción importante de los recursos monetarios del hogar. De este modo, cuando este gasto se transforma en un gasto catastrófico pone en riesgo la capacidad del hogar para mantener su nivel de vida usual. Por este motivo, Abul y Lamiraud (Abul y Lamiraud, 2008, citados en Lavilla, 2012)

indican que es necesario indagar desde esta perspectiva.

En cuanto al tópico de la relación entre el estado de pobreza y el estado del gasto catastrófico en salud, Abul y Lamiraud (Abul y Lamiraud, 2008, citados en Lavilla, 2012) indican que los cuidados de salud deberían permitir a una persona mantener un nivel mínimo de recursos para sobrevivir. De ahí su señalamiento de que este tipo de gasto no debe contemplar un gasto por encima de su ingreso económico. De este modo, estos autores consideran prioritario examinar cuando el acceso a los servicios de salud lleva a los hogares hacia la pobreza debido a los altos costos de los servicios de salud públicos y/o privados.

Finalmente, respecto a la medición del rendimiento de los actuales planes de seguros, Abul y Lamiraud (Abul y Lamiraud, 2008, citado en Lavilla, 2012) refieren que es apremiante examinar este tópico para prevenir el gasto de bolsillo en salud. En este punto coinciden con Lavilla (2012), quien insiste en la importancia de abordar la cobertura de los seguros, dado su vínculo estrecho con el gasto catastrófico. En otras palabras, hay un acuerdo con la idea de examinar, desde un punto de vista macroeconómico, la eficacia financiera del sistema de salud, lo cual es externo a las intenciones de este trabajo.

En este contexto, el presente estudio examina el gasto de bolsillo en salud desde la percepción de mujeres mayores que experimentan una enfermedad crónico-degenerativa. Los datos para el análisis fueron obtenidos de una investigación de carácter cualitativo realizada durante el año 2014. Las entrevistas se desarrollaron con el objetivo de comprender las experiencias del proceso salud/enfermedad/atención en un grupo de ocho mujeres mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial o ambas enfermedades.

Las mujeres mayores participantes vivían en contexto de pobreza urbana de capacidades en los municipios de Monterrey y Juárez en el estado de Nuevo León, México. Se seleccionaron mujeres pertenecientes a la tercera edad (entre 60 y 75 años de edad) por considerar que se encontraban en una etapa inicial de vejez. A razón de esto, se consideró que tenían una mayor probabilidad de experimentar un envejecimiento activo a pesar de haber sido diagnosticadas con una enfermedad crónica degenerativa (González y Ham-Chande, 2007).

Los criterios del envejecimiento activo considerados en las mujeres mayores de este estudio fueron: un estado de salud bueno (aún con la presencia de una o dos enfermedades crónico degenerativas), no experimentar deterioro cognitivo y presentar autonomía física para

asistir a las consultas médicas mensuales en el IMSS, esto último con la finalidad de que ellas proporcionarían información sobre la institución de salud en donde atienden su padecimiento mes con mes. Otro criterio de inclusión fue el diagnóstico de diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial por un período menor de veinte años; de lo contrario, se analizaría el envejecimiento patológico que no era la finalidad de este estudio. Finalmente se buscó que las mujeres mayores experimentaran pobreza de capacidades porque a pesar de sus carencias económicas y materiales ellas tenían recursos para comprar los alimentos de la canasta básica.

El trabajo de campo de esta investigación se llevó a cabo en un período de cinco meses (agosto-noviembre 2013 y marzo de 2014) y en sus resultados se incluye información del IMSS, acerca del costo del tratamiento, acceso a medicamentos, entre otros aspectos. Para recolectar la información se solicitó que las informantes describieran sus experiencias en relación al proceso salud/enfermedad/atención, trayectos de salud, cuidado de la salud individual y familiar, atención institucional, entre otros contenidos. Esta información proporcionó aspectos relevantes sobre las percepciones acerca de la salud, del gasto de bolsillo y otros elementos vinculados a este tema de estudio.

A continuación, se describen las características socio-económicas de las mujeres mayores que participaron en este trabajo de investigación (véase la tabla 1):

Tabla 1. Características socio-económicas de las mujeres mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial en este estudio.

Informante	Edad (años)	Educación	Ocupación	Ingreso (mensual)	Estado civil
1	69	Preparatoria técnica	Hogar	\$2,000	soltera
2	71	No estudió	Hogar	Vive al día	divorciada
3	66	Preparatoria técnica	Hogar	\$3,000	viuda
4	75	No estudió	Hogar	\$2,500	casada
5	63	No estudió	Hogar	\$1,800	casada

6	61	No estudió	Hogar	Vive al día	casada
7	69	No estudió	Hogar	\$1, 800	casada
8	71	No estudió	Hogar	Vive al día	viuda

Fuente: elaboración propia.

De la misma forma, se muestra la atención institucional que ellas reciben para el control de su enfermedad crónica-degenerativa, específicamente el abasto de medicamentos (véase la Tabla 2):

Tabla 2. Atención institucional en mujeres mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial en este estudio.

Informante	Afiliación	Enfermedad diagnosticada	Tratamiento	Adquisición de medicamento
1	IMSS	Diabetes mellitus tipo II	Dieta y fármaco	IMSS y gasto propio
2	IMSS	Diabetes mellitus tipo II	Fármaco	IMSS y gasto propio
3	IMSS	Diabetes mellitus tipo II	Dieta y fármaco	IMSS y gasto propio
4	IMSS	Hipertensión arterial	Dieta y fármaco	IMSS
5	IMSS y consulta privada	Hipertensión arterial	Fármaco	Gasto propio
6	IMSS	Hipertensión arterial	Fármaco	IMSS
7	IMSS	Hipertensión arterial y Diabetes	Fármaco	IMSS

		mellitus tipo II		
8	IMSS	Diabetes	Fármaco	IMSS y gasto propio
		mellitus tipo II		

Fuente: elaboración propia.

La experiencia del gasto en el bolsillo en salud en mujeres mayores diagnosticadas con diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial

A través de las experiencias percibidas por las mujeres mayores participantes de este estudio se encontró que el gasto de bolsillo en salud se vinculó principalmente con: la desigualdad en la distribución de medicamentos, el desabasto de medicamento, la desconfianza hacia el personal de salud y la negligencia del personal de salud.

Desigualdad en la distribución de medicamentos

Un elemento de análisis a destacar fue la desigualdad en la distribución de medicamentos entre las diferentes unidades médicas de salud a las que asisten las mujeres entrevistadas. En algunos casos las informantes refieren una disponibilidad de medicamento mensual para su padecimiento crónico-degenerativo. Al respecto, una informante menciona: “nunca lo he comprado...siempre me lo dan... siempre nos dan ahí, en el seguro”.

Por otra parte, otras informantes señalaron que en las unidades médicas de salud a la que asisten mensualmente no se encuentra de forma consistente el medicamento. Una de ellas menciona: “ahí mismo, si lo surtía y si no hay, porque en veces no lo tienen, y pos como quiera me voy y las compro ...yo he visto que ha faltado más como de cuando un año hacía acá”. Este escenario nos presenta como una desigualdad en el abasto de medicamentos tiende a generar un gasto de bolsillo en salud diferencial en este grupo de estudio.

Desabasto de medicamento

El desabasto de medicamento se presentó en aquellos casos en donde las informantes mencionaron que en las unidades médicas de salud a las que asisten mensualmente no encuentran de forma constante el medicamento para el control de la diabetes mellitus tipo II y/o hipertensión arterial. En este sentido, ellas perciben este aspecto como una práctica cotidiana por parte de la

institución del sistema de salud y debido a esta acción, las mujeres mayores recurren a diferentes estrategias para la adquisición de medicamento. Entre éstas destacan la compra de medicamentos con sus propios recursos económicos o al intercambio o suministro de éstos con sus redes sociales y familiares.

De esta forma, cuando se les cuestiona cómo viven esta situación sus respuestas se evocan a mencionar: “pos de hecho ahorita ando con eso que ya tienen tres semanas de que no encuentro... es para el azúcar”. Cuando se les pregunta por estrategias para adquirir estos medicamentos responden: “pos hay que ir a, a comprarlos, aunque hay vecinos que tienen...como... ¿cómo le digo? ahí entre el grupo, pos hay muchas diabéticas, yo digo: “ay, voy a ir a traer” ... ¡no, no vayas, yo tengo! ¡Te paso una cajita!... y así, así se la lleva uno también.... si, si le dan que una cajita mientras llega... ¡que ando vuelta y vuelta y que no encuentro nada!”

Finalmente, se indaga respecto al sentimiento que experimenta y refiere: “de hecho si, se altera uno con esta enfermedad también”. Por consiguiente, este relato nos indica que la falta de medicamento por parte de la institución de salud tiende a impactar en el gasto de bolsillo en salud de la persona mayor, pero sobre todo en su tranquilidad y bienestar emocional.

Desconfianza en el personal de salud

Otro hallazgo detectado en este estudio fue la desconfianza en el personal de salud, referente al trato y a las recomendaciones sobre el cuidado de la enfermedad crónica-degenerativa. Al respecto, una de las informantes recurrió a una unidad médica de salud privada para la atención mensual de su enfermedad empleando sus propios recursos económicos. Sobre este tema la informante refiere: “pero no me da la medicina lo que era para mis enfermedades...ahorita ya tengo ¿qué? como unos tres meses, ya voy, voy a ir pa’ cuatro meses que no voy al seguro...pero yo no sentía nada de mejoría...nada, nada, por eso digo a mi señor: ¿sabes qué? mejor vamos con un particular...y, este, no pos ya nos juimos...porque es mejor...ya hasta se me quitó el sofocamiento que tenía”.

En este sentido, la percepción de desconfianza sobre el trato y la información proporcionada por parte del personal de salud de la unidad médica pública conduce a la informante a un gasto del bolsillo en salud. Este gasto se genera en las consultas de seguimiento para el control de la enfermedad en una consulta privada, así como también, para la compra del

medicamento que le recetan. La informante menciona un gasto mensual de aproximadamente \$400 pesos por consulta privada la cual incluye los medicamentos.

Negligencia por parte del personal de salud

Finalmente, un hallazgo que genera una profunda reflexión es la percepción de negligencia por parte del personal de salud manifestada por una de las informantes. En este caso, esta situación se presentó cuando la mujer mayor no llegó a la hora acordada a su consulta mensual. Por lo tanto, una persona del sistema de salud de la unidad médica pública (que desempeña la función de recepcionista y realiza la evaluación previa de los pacientes) le indica que ya no puede tener acceso a la consulta ni a los medicamentos que se le entregan cada mes.

Al respecto la informante relata: “y dijo la que estaba ahí, la recepcionista: ¡no, pos es que no!, ¡la doctora ahorita ya tiene muchos y ya no la puede consultar hoy! Lo único que puedo hacerle es darle otra cita (el siguiente mes)”. La informante también añade que otros pacientes si acceden a la consulta mensual a pesar de que llegan tarde a la cita sin dar detalles de esta distinción. Por consiguiente, el llegar tarde a la consulta mensual, y tener un exceso de pacientes en la unidad médica de salud, desencadenó una percepción de negligencia por parte del personal de salud y también un gasto de bolsillo en salud en la mujer mayor para el control de su padecimiento crónico-degenerativo.

Discusión y conclusiones

El presente trabajo de investigación trajo consigo diversos hallazgos que permitieron analizar, desde la percepción de mujeres mayores, algunos de los factores subjetivos y objetivos que influyeron en el gasto de bolsillo en salud cuando se experimenta una enfermedad crónica degenerativa en sus etapas iniciales. El primero que se expone en este momento se vincula a lo indicado por Torres y Knaul (2001). De acuerdo a estos autores, una de las principales causas para la utilización de los servicios de salud es la presencia de enfermedad. Al respecto, todas las mujeres mayores participantes de este estudio viven con el diagnóstico de diabetes mellitus y/o hipertensión arterial por lo que refirieron que el principal motivo que ameritaba una valoración con el médico general y, en caso de ser necesario, con el médico especialista era el control de su enfermedad.

En este sentido, el presente estudio registró que todas las mujeres mayores asisten mensualmente a los centros de salud para el control de su enfermedad crónica y degenerativa. Es importante destacar que esta práctica de salud es un aspecto positivo para la prevención de enfermedades crónico-degenerativas secundarias durante el proceso de envejecimiento de las participantes. Sin embargo, este estudio también detectó que el requerir el uso de servicios médicos mensuales implicó para la mayoría de las mujeres mayores un gasto de bolsillo en salud a pesar de que ellas contaban con seguridad social.

Sobre esta cuestión, es preciso hacer hincapié que las mujeres mayores expresaron diversos motivos para originar este gasto de bolsillo en salud. Los primeros de ellos se refieren a aspectos señalados por Torres y Knaul (2001) respecto a la información proporcionada por el personal de los centros de salud y las preferencias personales. Acerca de este aspecto, una de las mujeres mayores percibió desconfianza en la información proporcionada por el médico general del centro de salud público al que asistía mes con mes y por este motivo decidió asistir a una unidad de salud privada empleando sus propios recursos económicos para su evaluación mensual y para la compra de medicamentos para el control de su enfermedad crónica y degenerativa.

Otra situación que generó un gasto de bolsillo en salud fueron los requisitos para acceder a la consulta médica en la unidad médica de salud pública. De acuerdo a la percepción de una mujer mayor, la valoración “poco objetiva” de estos requisitos por parte del personal de salud evitaron su ingreso a la consulta médica mensual, siendo éste el motivo para que comprara su medicamento en una farmacia privada. De este modo, aspectos como puntualidad y horarios de consulta se convierten en elementos que influyen en el gasto de bolsillo en salud. Es preciso destacar que las situaciones anteriormente señaladas generan profundos procesos de reflexión acerca de la asociación entre el gasto de bolsillo en salud y la relación médico-paciente.

Es preciso destacar que las experiencias que determinaron el gasto de bolsillo en salud, principalmente por la compra de medicamento debido a desabasto y desigualdad en la distribución de los mismos y la falta de acceso a la consulta en los centros de salud pública, ocasionaron en las mujeres mayores participantes sentimientos de angustia e impotencia. Estas situaciones también influyeron para que las mujeres mayores buscaran e intercambiaran entre sus redes sociales, primordialmente las vecinales, medicamentos para el control de su enfermedad cuando no contaban con recursos económicos para adquirirlos en farmacias privadas. Se

considera que esta última práctica puede ser riesgosa al no garantizar una seguridad en la fecha de caducidad o condiciones de almacenamiento de los medicamentos.

De este modo, el presente escenario genera un gasto de bolsillo en salud en la vida presente de las mujeres mayores, pero si estas condiciones continúan con el tiempo se generará una desigualdad en salud en este grupo poblacional (Cabrera y *et. al.*, 2011). Por lo tanto, se confirma lo mencionado por Sales (2012), quien dice que la estabilidad económica del hogar se pone en riesgo por este tipo de gasto, aunque se cuente seguridad social. En este caso, algunas mujeres mayores mencionaron que durante algún momento dejaron de adquirir algún alimento de la canasta básica para comprar su medicamento.

En relación a la presencia de las enfermedades crónico-degenerativas y el proceso de envejecimiento poblacional, uno de los principales hallazgos registrados en este trabajo de investigación se vincula a lo señalado por Córdova y *et al.* (2008). De acuerdo a estos autores, este fenómeno demográfico trae consigo el reto de garantizar una atención médica especializada a un número cada vez mayor de personas que vive su proceso de envejecimiento con el diagnóstico de una enfermedad crónica, y degenerativa, incurable. En este estudio, una mujer participante no tuvo acceso a la consulta médica mensual debido a la alta demanda en los servicios de salud en su comunidad. Estas circunstancias, hacen evidente los retos presentes y futuros de las instituciones de salud y especialmente de las familias de las personas mayores para garantizar un envejecimiento exitoso con la presencia de enfermedad.

Al mismo tiempo, se enfatiza que al momento de realizar el presente estudio se detectó que existen diversas investigaciones que han abordado la relación existente entre el gasto de bolsillo en salud y la pobreza a nivel macro-social, especialmente la medición del rendimiento de los actuales planes de seguros para prevenir este tipo de gasto (Castillo-Laborde y Villalobos, 2013; Abul y Lamiraud, 2008, citado en Lavilla, 2012; Sales, 2011). Sin embargo, se identificó que existen pocos estudios que examinan esta problemática a nivel micro-social. De esta forma, el presente trabajo de investigación busca proporcionar elementos de análisis a nivel micro-social para reflexionar otra dimensión de esta problemática social de salud, especialmente cuando a nivel regional se está incrementando el número de personas mayores que viven con el diagnóstico de diabetes mellitus o hipertensión arterial.

Se enfatiza que las mujeres mayores que participaron en el presente estudio viven con el diagnóstico de una enfermedad crónico-degenerativa sin la presencia de alguna discapacidad; por consiguiente, se asume que experimentan un envejecimiento exitoso que les permite integrarse de forma activa a su familia y comunidad. Sin embargo, es preciso recordar que este tipo de enfermedades se caracterizan por originar, con el paso del tiempo, una mayor probabilidad de desarrollar discapacidades y muerte prematura. De este modo, se sugiere que las mujeres mayores entrevistadas son más susceptibles a desarrollar algún tipo de discapacidad en el futuro, situación que traería como resultado mayores riesgos a su salud y un mayor gasto de bolsillo de salud a nivel familiar.

Sobre este último tema, Salinas y *et. al.* (S/F) indican que los hogares que tienen a algún familiar con discapacidad gastan más en servicios de atención de la salud que aquellos hogares que no cuentan con personas con discapacidad. Estos autores refieren que los hogares que tienen la presencia de un adulto mayor con discapacidad gastan 3.9 veces más en consulta externa y 1.8 veces más en medicinas que aquellos hogares integrados con un adulto mayor sin discapacidad. A su vez, Salinas y *et. al.* (S/F) enfatizan que el 40% de los hogares que viven con una persona mayor con discapacidad incurrir en gasto catastrófico por motivos de salud, en tanto que este tipo de gasto se presenta en el 25% de los hogares que viven con una persona mayor sin discapacidad.

Ante este escenario, la atención se dirige a cuestionar si las familias de las mujeres mayores, que participaron en este estudio, están preparadas para afrontar un gasto de bolsillo en salud derivado de una discapacidad futura y de gastos de salud no contabilizados. En este sentido, se reconoce que existen gastos de salud no contemplados, y que no son cubiertos por seguros de salud, en una enfermedad crónica y degenerativa, como visitas médicas no programadas, compra de material médico desechable (torundas, vendas, alcohol, entre otros) y no desechable (aparatos ortopédicos, entre otros). Por este motivo, es indispensable continuar con el desarrollo de investigaciones que permitan profundizar en factores que limiten la aparición de discapacidades o gastos de bolsillo en salud.

A manera de conclusión se menciona que la presencia de enfermedades crónicas degenerativas en la etapa de vejez es un desafío para el paciente, las familias y los sistemas de salud debido a su vinculación con el gasto de bolsillo en salud y el riesgo latente a caer en un

gasto catastrófico de salud. Experimentar un gasto catastrófico de salud generaría en esta etapa de la vida un proceso de empobrecimiento que expondría a la persona mayor a una gran vulnerabilidad. Por este motivo, es necesario seguir desarrollando estudios que permitan conocer a profundidad este tema en esta etapa de la vida y de esta manera disminuir las probabilidades de empobrecimiento y de desigualdades en salud en las personas mayores.

Por otra parte, es preciso implementar estrategias de intervención que contribuyan al acceso a mecanismos de prepago para el cuidado de la salud durante la vejez tomando en consideración una adecuada y justa distribución de medicamentos entre los distintos grupos poblacionales. Asimismo, es primordial enfatizar que existen elementos subjetivos vinculados con la relación médico-paciente como el trato y la información proporcionada que influyen en el gasto de bolsillo en salud del paciente. Por lo tanto, examinar estos aspectos permitiría ofrecer una mejor calidad en la atención de la salud de la persona mayor y evitar situaciones que lo hagan susceptible a un gasto catastrófico en salud en esta etapa de la vida.

Referencias bibliográficas

- Arteaga, Oscar. 2017. “Envejecimiento y Salud: Una mirada de la Salud Pública”. Disponible en http://medicinaweb.cloudapp.net/observatorio/docs/en/lg/En2013_Lg_Arteaga.pdf, consultado el 16 de junio de 2017.
- Cabrera, Alejandrina. y otros. 2011. “Por una discusión acerca de los informes de la CDSS desde la perspectiva de la medicina social latinoamericana”, págs. 25-43 en Eibenschutz Catalina, Silvia Tamez y Rafael González (Ed.) *¿Determinación social o determinantes sociales de la salud? Memoria del Taller Latinoamericano sobre Determinantes Sociales de la Salud*. México: Universidad Autónoma Metropolitana.
- Calvo, Esteban y Bernardo Martorell. 2008. “La salud del adulto mayor en Chile: Una Responsabilidad compartida por las personas, las empresas y el Estado”. Disponible en <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/48955/>, consultado el 6 de marzo de 2017.
- Castillo-Laborde, Carla y Pablo Villalobos. 2013. “Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección”. Disponible en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872013001100013 consultado el 18 de marzo de 2017.

- Córdova, José y otros. 2008. “Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral”. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000500015, consultado el 9 de agosto de 2016.
- Duran, Adriana y otros. 2010. “Enfermedad crónica en adultos mayores”. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf>, consultado el 6 marzo de 2016.
- Flores, María, María Vega y Guillermo González. 2011. “Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia”. México: Universidad de Guadalajara.
- González, Guillermo y otros. 2011. “Envejecimiento demográfico, condiciones sociales y mortalidad del adulto mayor en México”, págs. 37-62 en Flores, María, María Vega y Guillermo González. *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara.
- González, César y Roberto Ham. 2007. “Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México”. *Salud Pública de México*, vol. 49 (suplemento 4): S448-S458.
- Ham, Roberto. 2003. “El envejecimiento en México: el siguiente reto de la transición demográfica”. México: El Colegio de México, A. C.
- INEGI. 2005 “Los adultos mayores en México, Perfil socio-demográfico al inicio del siglo XXI”. México: INEGI.
- Lavilla, Hans. 2012. “Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006-2009”. Disponible en http://cies.org.pe/sites/default/files/investigaciones/empobrecimiento_por_gasto_de_bolsillo_en_salud_0.pdf, consultado el 17 de octubre de 2017.
- Lozano, Rafael y otros. 2013. “La carga de la enfermedad, lesiones, factores de riesgo y desafíos para el sistema de salud en México”. Disponible en <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=002919>, consultado el 27 de septiembre de 2016.
- Montes de Oca, Verónica. 2003. “El envejecimiento en el debate mundial: Reflexión académica y política”. Disponible en <http://envejecimiento.sociales.unam.mx/articulos/debate.pdf>, consultado el 27 de

septiembre de 2016.

Pérez, Mariana. 2012. “Acceso económico a la salud”. Disponible en

<http://www.fundar.org.mx/mexico/pdf/accesoeconomico.pdf>, consultado el 8 de abril de 2017.

Ponce, Gabriela. 2012. “Vulnerabilidad social y riesgo de caer en pobreza en México”. México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Cámara de Diputados / LXI Legislatura.

Sales, Francisco. 2012. “El gasto catastrófico en salud como factor de vulnerabilidad”.

México: Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública Cámara de Diputados / LXI Legislatura.

Salinas, Aaron y otros. S/F. “Envejecimiento y discapacidad: implicaciones económicas

para los hogares en México”. Disponible en http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/foro-envejecimiento/FS_ENVEJECIMIENTO_DISCAPACIDAD.pdf, consultado el 3 de septiembre de 2017.

Torres, Ana y Felicia Knaul. 2001. “Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México:1992-2000”. Disponible en <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2013/08/15-DeterminantesDelGasto.pdf>, consultado el 30 de septiembre de 2016.

Valencia Gloria y Dora Cardona. 2015. “Gasto de bolsillo para salud en pacientes hipertensos”. *Rev. Méd. Risaralda*; vol. 22 (1):32-38.

Vega, María y otros. 2011. “¿Vivir más o vivir mejor? Marginación y condición de Seguridad social en el adulto mayor en México”, págs. 13-36 en Flores, María, María Vega y Guillermo González (Eds.). *Condiciones sociales y calidad de vida en el adulto mayor: experiencias de México, Chile y Colombia*. México: Universidad de Guadalajara.

Wong, Rebeca. 2006. “Envejecimiento en áreas urbanas marginadas de México:

Condiciones mixtas de privilegio y desventaja”, págs. 25-38 en Nelly Salgado y Rebeca Wong (Eds.) *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

Wong, Rebeca, César González y Mariana Ortega. 2014. “Envejecimiento y población en edades avanzadas”, págs. 185-221 en Cecilia Rabell (Coordinador), *Los mexicanos un balance*

del cambio demográfico. México: Fondo de la Cultura Económica.

Notas _____

¹ El esquema de prepago se relaciona con el financiamiento del sistema de salud basado en el pago de impuestos, las contribuciones obrero-patronales y el pago de primas privadas (Torres y Knaul, 2010).