

Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar

Costs of home-based care for the family

Anaí García Fariñas^I; Armando Rodríguez Salvá^{II}; María de Los Ángeles Marine Alonso^{II}; Pol de Vos^{III}; Patrick Van der Stuyfs^{III}

^IMáster en Economía de la Salud. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{II}Máster en Salud Ambiental. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista en Epidemiología. Instituto de Medicina Tropical. Amberes, Bélgica.

RESUMEN

Introducción El ingreso en el hogar como alternativa asistencial del nivel primario de atención de salud tiene ventajas en términos de la calidad del servicio así como en relación con la utilización de los recursos estatales, sin embargo, representa un gasto para las economías familiares.

Objetivos Estimar y caracterizar el gasto de bolsillo de pacientes ingresados en el hogar en cuatro grupos básicos de trabajo representativos de diferentes áreas geográficas.

Métodos Se analizó la información de los pacientes en régimen de ingreso en el hogar, entre julio de 2002 y junio de 2003 en un área del municipio Playa, una del municipio Cruces, otra del municipio Unión de Reyes y una de Fomento. Se estimó el gasto de bolsillo por paciente, por día de estadía y para las causas de ingreso más frecuentes. Se expresó en pesos cubanos no convertibles y en moneda libremente convertible.

Resultados El 80 % o más de las familias tuvieron algún gasto adicional. En las áreas urbanas el mayor gasto fue en la alimentación y en las áreas rurales los medicamentos. El gasto por transporte fue importante en el área rural. La mediana del gasto de bolsillo por paciente estuvo entre 109,17 y 31,75 pesos cubanos no convertibles. Por día de estadía el gasto de bolsillo, osciló entre 16,79 y 3,14 pesos cubanos no convertibles. El gasto de bolsillo en moneda libremente convertible no

fue importante.

Conclusiones El ingreso en el hogar es una carga económica adicional para la familia en especial para el área urbana metropolitana. Se debe profundizar en la razón costo efectividad de los esquemas terapéuticos indicados, así como en el aseguramiento de los medios de diagnósticos en el área de salud.

Palabras clave: Gasto de bolsillo, ingreso en el hogar.

ABSTRACT

Introduction Home care as an alternative for primary health care is advantageous in terms of quality of service and governmental resource utilization, but it also represents an expenditure for the family.

Objectives To estimate and to characterize the costs of home care for patients in different geographic areas.

Methods Data on patients under home care conditions from July 2002 to June 2003 in different areas located in Playa municipality, Cruces municipality, Union de Reyes municipality and Fomento municipality were analyzed. Expenditures per patient, per stay day and per most frequent causes of home care were estimated and given in Cuban domestic currency and in foreign currency.

Results Eighty percent or more of the families faced some extra expenditure. Food represented the highest cost in urban areas whereas drugs were the main line of expenditure in rural areas. Transportation cost was an important aspect in the rural setting. The median of expenditure per patient ranged from 109.17 to 31.75 Cuban pesos. Expenditure per stay day ranged from 16.79 to 3.14 Cuban pesos. Foreign currency cost was not significant.

Conclusions Home care is an additional economic burden for the family, particularly in the metropolitan urban setting. Cost-effectiveness of the prescribed therapeutic schemes as well as availability of diagnostic means in the health area should be in-depth analyzed.

Keywords: Expenditure, home care.

INTRODUCCIÓN

Dentro de los servicios de cuidados médicos a domicilio, se ha desarrollado internacionalmente dos modalidades básicas: la hospitalización a domicilio, *Hospital Care at Home*, (HD) y la atención primaria a domicilio (APD). La HD aplicada en 1947 en Nueva York¹ y extendida una década más tarde por Europa^{2,3} es una alternativa asistencial que brinda el equipo de salud del hospital y consiste en un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario a los pacientes en su domicilio^{4,5}. La APD puede dividirse en dos grandes modelos: el modelo tradicional y el modelo de atención compartida. El primero, es el que rige en la mayoría de los países, en gran parte dicotómico y sin continuidad entre los servicios ofrecidos por los equipos de salud del hospital y la atención primaria. El último, permite el establecimiento de una alianza estratégica entre los equipos de los dos principales niveles de atención.⁵ En

Cuba este servicio a domicilio se conoce como ingreso en el hogar (IHg) y es una alternativa asistencial de la atención primaria que se define como un conjunto de cuidados médicos y de enfermería a pacientes en su domicilio cuando necesiten ingreso con seguimiento continuo pero no necesariamente en un medio hospitalario. Sus objetivos principales son mejorar la atención del paciente y lograr una utilización más eficiente de los recursos.^{6,7} Este servicio se presta desde el año 1986, y lo ejecuta el personal de salud de los servicios médicos primarios, o sea el equipo básico de salud (EBS) compuesto por el médico y la enfermera de la familia quienes atienden a una población geográficamente determinada.⁸ Estos profesionales cuentan con la asesoría de los profesores de los grupos básicos de trabajos (GBT)- integrados por especialistas en medicina interna, ginecoobstetricia, pediatría y psicología- radicados en un policlínico local y responsables de atender entre 15 y 20 EBS.

La decisión de ingresar en el hogar a un paciente se toma luego de que el equipo de salud evalúa las características de la enfermedad, el estado general del paciente, las condiciones socioeconómicas de la familia, las condiciones higiénicas y sanitarias de la vivienda, las posibilidades de la familia de poder participar en el ingreso, además de contar con la voluntariedad del paciente.⁹

Los cuidados médicos a domicilio, si bien tiene múltiples ventajas tanto en términos de la calidad del servicio,¹⁰⁻¹² como en relación con la mejor utilización de los recursos hospitalarios,^{13,14} así como con una probable reducción de costos para el estado^{7,15,16} pueden producir severos efectos económicos en las economías familiares, ya que es la familia quien asume prácticamente la totalidad del costo de esa modalidad de atención. En Cuba, si bien se ha promovido el desarrollo del IHg en el marco de la atención primaria de salud, ha sido muy poco estudiado su impacto económico para la familia, específicamente en términos de cuánto representa en gastos de bolsillo y cuáles son los destinos de esos desembolsos dentro de la economía familiar. El objetivo del presente trabajo fue determinar y caracterizar el gasto de bolsillo de pacientes ingresados en el hogar en cuatro GBT representativos de las diferentes áreas geográficas cubanas.

MÉTODOS

Se desarrolló un estudio descriptivo del gasto de bolsillo (GB) del IHg. Se estimó el gasto por paciente y por día de estadía en cada área geográfica, así como para las causas de ingreso más frecuentes.

El universo de estudio fueron los pacientes en régimen de IHg entre julio de 2002 y junio de 2003 pertenecientes a cuatro GBT que reflejaran las condiciones de las diferentes áreas geográficas cubanas según los criterios de la Oficina Nacional de Estadísticas de Cuba.¹⁷ Estos fueron el GBT No. 3 del Policlínico 26 de Julio en el municipio Playa, provincia de Ciudad de La Habana (área urbana metropolitana), el GBT No. 1, del Policlínico Comunitario de Cruces, en el municipio Cruces, provincia Cienfuegos (área urbana no metropolitana), el GBT del Policlínico Mártires del 13 de Marzo, en los poblados de Cabezas y Bermeja, en el municipio Unión de Reyes, provincia de Matanzas (área rural); y el GBT No. 2 del Policlínico Comunitario de Fomento, en el municipio Fomento, provincia de Sancti Spiritus (área rural montañosa).

Para estimar y caracterizar el gasto de bolsillo de estos pacientes y sus familias se diseñó y aplicó un cuestionario de gasto de bolsillo (anexo) compuesto por 14 preguntas que evaluaron las siguientes partidas: alimentación adicional debido al

ingreso en el hogar, transporte para acceder a realizarse los exámenes complementarios, contratación de servicios de ayuda para el cuidado del enfermo, compra de medicamentos y de útiles de aseo y limpieza. El cuestionario fue confeccionado y validado por criterio de expertos, sometido a una prueba piloto en un GBT de un municipio diferente a los incluidos en el estudio y aplicado al alta del paciente por el personal de salud que lo atendió. Los encuestadores fueron entrenados por los autores para su aplicación. En el caso de que el paciente fuera menor de 18 años de edad o que no se encontrara apto mentalmente para responder a las preguntas, el cuestionario fue completado por el familiar o la persona que lo cuidó durante el ingreso. Este documento permitió demostrar la presencia o no de un gasto adicional para cada una de las partidas antes mencionadas, así como estimar el valor monetario aproximado de este gasto en pesos cubanos no convertible y en dólares estadounidenses o en cualquier otra moneda convertible (MLC). El gasto de bolsillo se estimó a partir de la sumatoria de los valores referidos por los pacientes o familiares para cada partida explorada.

Además, se diseñó una hoja de vaciamiento de datos para recoger información personal de cada paciente, las características sociodemográficas, fecha de ingreso y egreso y el diagnóstico al ingreso y al egreso. Los diagnósticos al ingreso se agruparon según la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9na revisión, (CIE-9na)¹⁸ en: afecciones gastrointestinales (códigos: 001-009, 070, 120-129, 530-537, 555-558), afecciones respiratorias (códigos: 460-466, 470-478, 480-487, 490-496), afecciones del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos (códigos: 320-326, 340-349, 350-359, 360-379, 430-438), infecciosas (códigos: 057, 075, 100), del aparato urinario (código: 580-589, 590-599), cardiovasculares (códigos: 401-405, 410-429) y ginecoobstétricas (códigos: 610, 611, 614-676, 760-779).

Para la descripción de los resultados se evaluó la simetría en la distribución del gasto de bolsillo, así como para cada una de las partidas que lo determinó. Para ello se empleó el coeficiente de Skewness.¹⁹ En todos los casos este fue mayor de cero y más de dos veces su error estándar lo que se interpretó como que las variables evaluadas mostraban una distribución asimétrica positiva, es decir se encontraba un grupo de pacientes con costos elevados muy diferentes del valor central. Debido a esto se tomó como medida de tendencia central la mediana, por no estar afectada por los valores extremos y como medida de dispersión la desviación intercuartílica. Para el análisis de los datos se utilizó un programa computarizado.²⁰

RESULTADOS

Durante el período evaluado hubo un total de 419 ingresos en el hogar, de ellos 351 tuvieron completa la información del cuestionario de GB (83,8 %) los cuales constituyeron las unidades de observación para el estudio. Se distribuyeron: 143 en el área urbana no metropolitana (GBT Cruces), 55 en el área urbana metropolitana (GBT Playa), 98 en el área rural (GBT Unión de Reyes) y 55 en el área montañosa (GBT Fomento).

En el área urbana metropolitana, urbana no metropolitana y rural, los grupos de edades que más uso hicieron de este servicio fueron los menores de un año y los de 60 años y más. En el área montañosa predominó el grupo de 20 a 39 años seguido del de 60 años y más.

A excepción del área montañosa, las afecciones respiratorias fueron el primer motivo de IHg. Le siguieron las afecciones ginecoobstétricas en las áreas urbanas

en general y las afecciones gastrointestinales en el área rural. En el área montañosa las afecciones ginecoobstétricas fueron las más frecuentes seguidas de las respiratorias ([tabla 1](#)).

En las cuatro áreas geográficas el 80 % o más de las familias refirieron haber tenido algún gasto adicional debido al IHg. Más del 70 % de las familias de las áreas: urbana, rural y montañosas tuvieron gastos por concepto de la compra de medicamentos mientras que en el área urbana metropolitana este porcentaje fue del 65,5 %. La compra de alimentos fue la segunda partida en importancia y el mayor porcentaje se observó en el área urbana metropolitana con el 80 % y el menor en el área de montaña con el 49 % de las familias. En ambas áreas urbanas le siguieron los gastos por aseo y limpieza y por transportación, este último en el 7 % de las familias. En las áreas rural y montañosa el porcentaje de familias que refirieron haber tenido gastos adicionales por concepto de transportación para realizarle algún examen complementario al paciente fue superior, particularmente en el área rural donde alcanzó el 20 % de las familias. El GB por contratación de servicios de ayuda complementaria para el cuidado del paciente no fue importante en ninguna de las áreas estudiadas ([figura 1](#)).

El GB por paciente y por día de estadía según área geográfica, partidas y tipo de moneda se muestra en la tabla 2. La mediana del GB en peso cubano no convertible por paciente tuvo comportamientos distintos en las áreas estudiadas, su mayor valor se encontró en el área urbana metropolitana con 109,17 pesos cubanos no convertible por paciente y el menor en el área de montaña con 31,75 pesos cubanos no convertible por paciente. La partida que ocasionó el mayor gasto en las áreas urbanas fue la alimentación mientras que en el área rural y de montaña fue la compra de medicamentos.

Tabla 2. Gasto de bolsillo según área geográfica, partidas y tipo de moneda

	MN				MLC			
	Mediana por paciente	DIC	Mediana por día de estadía	DIC	Mediana por paciente	DIC	Mediana por día de estadía	DIC
Área urbana metropolitana								
Alimentación	80,0	179,17	12,13	24,70	2,25	10,0	0,26	1,29
Aseo y limpieza	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	3,00	0,00	0,23
Transporte	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Ayuda complementarios	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Medicamentos	10,0	20	1,43	3,61	0,0	0,0	0,00	0,00
Total	109,17	172,5	16,79	24,95	3,3	13,0	0,36	1,75
Área rural								
Alimentación	47,50	90,0	4,29	10,88	0,75	3,00	0,02	0,44
Aseo y limpieza	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Transporte	0,0	50,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Servicios complementarios	10,0	17,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00

Medicamentos	82,25	125,16	0,87	2,45	1,49	4,00	0,00	0,00
Total	81,5	122,48	10,00	17,67	1,32	4,00	0,23	0,56
Área urbana								
Alimentación	37,25	63,9	6,16	14,75	0,0	0,0	0,00	0,00
Aseo y limpieza	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Transporte	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Servicios complementarios	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Medicamentos	6,28	13,4	1,19	3,47	0,0	0,0	0,00	0,00
Total	50,05	62,74	9,47	17,36	0,0	0,0	0,00	0,00
Área montañosa								
Alimentación	3,50	127,5	0,51	12,19	0,0	0,0	0,00	0,00
Aseo y limpieza	0,0	0,0	0,00	0,00	0,0	0,0	0,00	0,00
Transporte	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Servicios complementarios	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Medicamentos	10,0	19,15	0,98	2,01	0,0	0,0	0,0	0,0
Total	31,75	171,49	3,14	14,07	0,00	0,00	0,00	0,00

MN: moneda nacional, MLC: moneda libremente convertible, DIC: desviación intercuartílica.

Los gastos por contratación de servicios de ayuda para el cuidado del enfermo sólo fueron relevantes en el área rural donde el valor de la mediana fue de 10,00 pesos cubanos no convertible. La partida gasto por transportación, si bien en todas las áreas tuvo un valor de la mediana igual a cero, en el área rural se observó un grupo de casos, que fue menor que el 25 % de las familias con este tipo de gastos, con costos muy elevados iguales o mayores que 50,00 pesos cubanos no convertible por paciente.

Las diferencias en los valores de la mediana del GB por día de estadía en moneda nacional fueron menores en relación al del GB por paciente. El orden entre las áreas geográficas se mantuvo, con el mayor valor en el área urbana metropolitana con 16,79 pesos cubanos no convertible por día de estadía y el menor en el área de montaña con 3,14 pesos cubanos no convertibles. En relación con el aporte de las diferentes partidas, se observó que a excepción del área de montaña, la alimentación fue la que ocasionó el mayor gasto, el mayor valor de la mediana se encontró en el área urbana metropolitana (12,13 pesos cubanos no convertibles por día de estadía). Le siguió el gasto en medicamentos con valores que no sobrepasaron los 1,50 pesos cubanos no convertibles por día de estadía. En el área montañosa hubo una inversión en el ordenamiento de las partidas, el gasto por medicamentos fue el de mayor peso con un valor de la mediana de 0,98 pesos cubanos no convertibles por día de estadía, seguido del gasto en alimentación.

En MLC el valor de la mediana del GB por paciente en las áreas urbana y montañosa fue igual a cero, en el área urbana metropolitana fue de 3,30 MLC y en el área rural de 1,32 MLC. En el área urbana metropolitana la partida que más contribuyó fue la alimentación (2,25 MLC por paciente) y en el área rural los medicamentos (1,49 MLC por paciente). En el área urbana metropolitana se

observaron casos aislados que refirieron gastos por aseo y limpieza con valores mayor o igual a 3,00 MLC por paciente.

La mediana del GB según las causas de ingreso más frecuentes y el tipo de moneda se muestra en la tabla 3. La causa de ingreso que más GB en moneda nacional ocasionó fue diferente para cada área geográfica. En el área urbana metropolitana fueron las afecciones ginecoobstétricas, en el área urbana las afecciones del aparato urinario, en el área rural las afecciones del sistema nervioso central y de los órganos de los sentidos y en el área de montaña fueron las afecciones gastrointestinales. Cabe señalar que las afecciones cardiovasculares se ubicaron entre las tres primeras causas que más gastos generaron para la familia, fue la segunda en el área urbana metropolitana y la tercera en el resto de las áreas.

Tabla 3. Gasto de bolsillo por paciente y por día de estadía según causas de ingreso, área geográfica y tipo de moneda

	MN				MLC			
	Mediana por paciente	DIC	Mediana por día de estadía	DIC	Mediana por paciente	DIC	Mediana por día de estadía	DIC
Área urbana metropolitana								
Afecciones gastrointestinales	95,00	135,00	8,44	24,73	3,75	38,75	0,75	19,00
Afecciones respiratorias	67,50	185,38	13,94	21,58	2,25	10,00	0,23	1,65
Afecciones del sistema nervioso y los órganos de los sentidos	95,30	197,70	23,03	50,85	0,00	88,63	0,00	12,61
Afecciones del aparato urinario	79,50	80,00	11,04	8,93	3,50	4,50	0,48	0,75
Afecciones cardiovasculares	165,00	110,63	27,00	21,97	6,25	19,17	0,89	3,29
Afecciones ginecoobstétricas	200,00	155,83	39,29	25,63	14,00	20,00	1,88	3,75
Área rural								
Afecciones gastrointestinales	37,95	79,94	6,90	18,44	2,83	22,50	0,53	3,57
Afecciones respiratorias	87,33	128,69	12,29	17,56	2,38	4,71	0,29	0,59
Afecciones del sistema nervioso y los órganos de los sentidos	162,50	80,00	35,90	46,41	2,25	3,00	0,56	0,75
Afecciones del aparato urinario	124,73	199,75	20,38	27,71	0,75	7,56	0,08	1,16

Afecciones cardiovasculares	120,00	197,00	27,00	52,84	1,25	2,00	0,27	0,33
Afecciones ginecoobstétricas	60,00	127,25	1,31	9,62	0,75	9,06	0,02	0,30
Área urbana								
Afecciones gastrointestinales	44,50	73,23	11,75	25,32	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones respiratorias	36,63	59,78	7,91	15,10	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones del sistema nervioso y los órganos de los sentidos	70,66	44,66	15,18	34,37	0,00	0,73	0,00	0,29
Afecciones del aparato urinario	80,09	70,16	19,46	21,29	0,00	15,94	0,00	4,22
Afecciones cardiovasculares	59,45	57,13	12,00	18,95	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones ginecoobstétricas	54,00	76,54	5,17	9,87	0,00	0,00	0,00	0,00
Área montañosa								
Afecciones gastrointestinales	145,13	179,5	28,94	36,25	3,75	5,00	0,63	2,54
Afecciones respiratorias	36,75	87,38	7,38	10,49	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones del sistema nervioso y los órganos de los sentidos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones del aparato urinario	106,75	235,00	9,80	31,64	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones cardiovasculares	60,00	0,00	8,57	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Afecciones ginecoobstétricas	57,25	203,13	5,69	13,27	0,00	0,00	0,00	0,00

MN: moneda nacional, MLC: moneda libremente convertible, DIC: desviación intercuartílica.

Los mayores valores de la mediana del GB por día de estadía según causa de ingreso fueron de 39,29 pesos cubanos no convertible para las afecciones ginecoobstétricas (área urbana metropolitana), 35,90 pesos cubanos no convertible para las afecciones del sistema nervioso central y órganos de los sentidos (área rural), 19,46 pesos cubanos no convertible para las afecciones del aparato urinario (área urbana) y 28,94 pesos cubanos no convertible para las afecciones gastrointestinales (área montañosa).

En MLC en el área urbana metropolitana coincidió que las afecciones ginecoobstétricas acarrearán el mayor GB por paciente con un valor de la mediana de 14,00 MLC, seguido de las afecciones cardiovasculares y las gastrointestinales. En el área rural la causa de ingreso con un mayor valor de la mediana fueron las

afecciones gastrointestinales con 2,83 MLC por paciente. En el área montañosa sólo se observó un valor de la mediana diferente de cero para las afecciones gastrointestinales.

Los mayores valores de GB por día de estadía en MLC según causa de ingreso fueron 1,88 MLC por día de estadía para las afecciones ginecoobstétricas (área urbana metropolitana), 0,56 MLC por día de estadía para las afecciones del sistema nervioso central y los órganos de los sentidos (área rural) y 0,63 MLC por día de estadía para las afecciones gastrointestinales (área montañosa).

DISCUSIÓN

El presente trabajo es una contribución a la profundización del estudio del costo directo del IHg en diferentes contextos geográficos. Esta vez se exploraron aquellos costos asumidos por la familia o el individuo que recibe el servicio y se identificaron los principales destinos de esos gastos. Permite una valoración del impacto de esta modalidad sobre la economía familiar y sirve de base para proponer acciones sociales para disminuirlo.

Si bien en este estudio se utilizó una muestra no aleatoria de GBT, los resultados resultaron pioneros en el desarrollo de un instrumento amplio que permite la descripción del GB relativo a un servicio del nivel primario de salud dependiendo del entorno geográfico, por lo que este trabajo puede constituir una guía para la realización de futuros estudios en esta línea.

Los resultados confirmaron lo encontrado por otros autores cubanos^{7,10} en relación con los motivos de ingreso más frecuentes, donde las afecciones del aparato respiratorio ocuparon el primer lugar. De igual forma un estudio realizado en España informa resultados similares.²¹

En relación con los grupos de edades más frecuentes también ha sido registrado en otro estudio en un área urbana metropolitana un elevado uso del servicio por los menores de un año.²²

La elevada proporción de familias que refirieron haber tenido GB debido al IHg se correspondió con las características de esta modalidad de servicio que se desarrolló prácticamente en su totalidad en los hogares de los pacientes, por lo que estos deben asumir la totalidad de los gastos de alojamiento y la mayoría de los de medicamentos.

El hecho de que dos tercios o más de las familias en las cuatro áreas geográficas mostraran un GB debido a la compra de medicamentos pudiera entenderse en tanto la mayoría de las causas que ocasionan el IHg necesitan de tratamiento farmacológico para su curación. A excepción del área rural, el gasto en medicamentos tuvo valores no superiores a los 10,00 pesos cubanos no convertible por paciente, lo que es un reflejo de la voluntad política del estado cubano de hacer accesibles los medicamentos esenciales tanto en términos geográficos como económicos. En el área rural el incremento de este hasta 82,25 pesos cubanos no convertible estuvo relacionado con la indicación de esquemas terapéuticos propios del nivel secundario de atención, como los antibióticos de tercera y cuarta generación, que son más caros.

El que la segunda partida de mayor importancia haya sido la compra de alimentos constituye un reflejo de la tradición cubana de reforzar e incluso sobrealimentar a los pacientes ya que se considera que esto puede ayudar en su recuperación. Los mayores valores de la mediana del GB por alimentación observados en el área urbana metropolitana pueden explicarse por las opciones de compra en esta zona, donde muchos alimentos se adquieren en el mercado agropecuario que los oferta a precios más elevados.

Llamó la atención que en las áreas no urbanas (rural y montaña) la proporción de familias que asumieron GB por concepto de transportación para realizarse exámenes complementarios fue mayor que en las áreas urbanas, lo que constituye, entre otros factores, reflejo de la ausencia temporal de servicios de diagnóstico, dificultad que ha sido descrito por *Reyes y otros*.²³

Particularmente en el policlínico del área rural hubo ausencia temporal del servicio de radiografía, lo que obligó a los pacientes a trasladarse al policlínico ubicado en la cabecera municipal en el poblado de Unión de Reyes, esto se une a que debido a la necesidad de transportarse rápidamente muchas familias acudieron a servicios privados de transportación que son más caros, lo que conlleva un gasto adicional para la familia. Además, debe señalarse que la transportación en áreas rurales resulta más costosa que en áreas no rurales, tanto por las distancias a recorrer como por los precios del servicio.

Para el área de montaña, sin bien el desarrollo del Sistema Nacional de Salud (SNS) ha favorecido el acceso a los servicios médicos, la propia distribución geográfica de los asentamientos humanos en estas áreas que generalmente está de forma dispersa provoca que los pacientes necesiten trasladarse hacia los centros de salud. Como respuesta a esta situación el SNS cubano se encuentra inmerso en una reestructuración encaminada, entre otras cosas, al mayor acercamiento de los servicios a la comunidad, para lo cual el policlínico se ha rediseñado, incrementado los tipos de consultas y servicios que prestará.

Si bien el gasto en transporte fue en casos aislados, de 50,00 pesos cubanos no convertibles, superior al gasto en alimentación, constituyó un elemento que permite señalar que una de las acciones a desarrollar por el Estado para que el IHG constituya una alternativa que se pueda asumir económicamente por la familia, es garantizar los medios de diagnósticos en los servicios primarios de salud más cercanos.

Los gastos en MLC encontrados en el estudio se correspondieron con las características económicas de Cuba en el momento del estudio, donde determinadas ofertas de productos alimenticios deben adquirirse en el mercado en divisas.

Resultó llamativo que en el área rural se encontraron casos que refirieron un gasto en MLC para adquirir medicamentos. Los lineamientos metodológicos del IHG contemplan un listado de medicamentos necesarios para el tratamiento de los pacientes y en el caso de que algún paciente necesitara otro medicamento deben hacerse las gestiones para solicitarlo, pero no que esto sea asumido por el paciente y menos si sólo se encuentra disponible en la red de farmacias en divisa.

El GB encontrado en este estudio representó el 63,7 % (área urbana metropolitana), el 64,8 % (área rural) y el 19,3 % (área montañosa) de la mediana del ingreso per cápita en peso cubano no convertible en esos territorios en ese mismo año. Desde la perspectiva del compartimiento de los gastos con la familia el GB representó el 28,2 % (área urbana metropolitana), el 18,2 % (área rural) y el

7,8 % (área montañosa) de la mediana de los ingresos por familia lo que demuestra el peso económico que el IHg representa para la familia cubana.

No se encontraron publicaciones cubanas que describieran el GB del IHg de forma tal que se pudiera hacer una comparación con los resultados encontrados en este trabajo, sólo puede señalarse la importancia del gasto en alimentación mencionado por *Márquez* y otros,²² elemento con el que coincide los resultados de este estudio.

En relación con otras intervenciones de salud propias del nivel primario, *Sanabria* y otros²⁴ comunican valores relativamente menores de GB en áreas urbanas metropolitana en mujeres sujetas al programa de atención prenatal para un valor de 5,60 pesos cubanos no convertible por día y donde la partida medicamento fue una de las más importantes. Por otra parte, *Agramonte* y otros²⁵ registran un GB de 160,00 pesos cubanos no convertibles por paciente para la cirugía ambulatoria de la dacriocistitis crónica y en este caso el mayor gasto se relacionó con la transportación.

El gasto de bolsillo relativo a los servicios médicos en el mundo es frecuentemente elevado. En Estados Unidos se ha notificado un GB en el orden de 5% del ingreso de la familia para el niños con necesidades de cuidados médicos especiales²⁶ y para pacientes adultos mayores que padecen artritis se obtienen valores iguales o mayores a los 5 000 USD.²⁷

En cualquier caso el IHg resulta un gasto a considerar dentro de la economía familiar e individual en tanto al menos ocho de cada diez familias, tiene que enfrentar gastos adicionales y su valor depende del área geográfica. En las condiciones de este trabajo, el área urbana metropolitana fue la que condicionó los mayores gastos. Las partidas de mayor contribución en moneda nacional fueron la alimentación y la compra de medicamentos. El gasto en divisa fue mínimo y se concentró en la alimentación. El sistema de salud debe profundizar en la razón costo/efectividad de los esquemas terapéuticos indicados, así como en el aseguramiento de los medios de diagnóstico en el área de salud o de medios de transporte para los ingresados en aras de minimizar el efecto económico que sobre la familia y el individuo puede tener el IHg. Sin embargo, a pesar de todos estos hechos, valdría la pena evaluar que pasaría con el GB si en lugar del IHg se tratase de un ingreso hospitalario, para entonces poder hacer estimaciones más justas acerca del GB en esta modalidad de atención.

Agradecimientos

Los autores agradecen a los profesionales que participaron en las labores de campo de los policlínicos 26 de Julio, del municipio Playa en Ciudad de La Habana; Comunitario de Cruces, del municipio Cruces en la provincia de Cienfuegos; Mártires del 13 de Marzo en los poblados de Cabezas y Bermeja, en el municipio Unión de Reyes de Matanzas; y Comunitario de Fomento, del municipio Fomento en Sancti Spiritus.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Anand JK, Miles JW. Hospital at home which way Hill it go? JR Soc Med. 1997; 90: 414-5.

2. Raffy-Pian N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. *Rev Gerontol.* 1997; 7: 5-9.
3. González G, Cueto-Felgueroso J, García CA, Menéndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. *Medicina Integral.* 1995; 25: 151-5.
4. Shepperd S, Iliffe S. Hospital at home versus in-patient hospital care (Cochrane Review). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2004. [The Cochrane Library, Issue 1, 2004].
5. Minardi R, Suárez-Varela M, Llopis A, Sette J, Real ER, Díaz JA. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Rev Panam Salud Publica.* 2001; 10: 45-55.
6. Naranjo JA, Delgado A, Forcellendo CR, Camejo MR. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000; 16: 606-8.
7. Vera CR, Fernández E, Alonso J, Basanta L, Zuazaga G. Comportamiento del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2001; 17: 429-34.
8. Eisen G. La atención primaria en Cuba: el equipo del médico de la familia y el policlínico. *Rev Cubana Salud Pública.* 1996; 22: 4-5.
9. De la Torre I, Hernández L, Rodríguez ME. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1998; 14: 479-83.
10. Márquez N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [serie en Internet] 2002[citado 19 Nov 2005]; 18(5). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0252002.htm
11. Bouza HP, Márquez PM, Martín J, Montano G, Romero RE, Vergel M. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. *Medicentro.* [serie en Internet]. 2004[citado 29 Oct 2004]; 8(1). Disponible en: <http://capiro.ucl.sld.cu/medicentro/v8n104/costos128.htm>
12. Garrido RJ, Reyes MR, Cordero V y Rodríguez E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* [serie en Internet]. 2003 [citado 5 Nov 2005]; 19(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm
13. Remonnay R, Devaux Y, Chvetzoff G, Morelle M, Carrere MO. Cancer treatment at home or in the hospital: what are the costs for French public health insurance? Findings of a comprehensive-cancer centre. [serie en Internet]. [citado 9 Ago 2004]. Disponible en: <http://df.doi.org/doi:10.1016/j.healthpol.2004.07.001>
14. Moalosi G, Floyd K, Phatshwane J, Moeti T, Binkin N, Kenyon T. Cost-effectiveness of home-based care versus hospital care for chronically ill tuberculosis patients, Francistown, Botswana. *Int J Tuberc Lung Dis.* 2003; 7: 80-5.
15. Jones J, Wilson A, Parker H, Wynn A, Jagger C, Spier N, et al. Economic evaluation of hospital at home versus hospital care: cost minimization analysis of data from randomized controlled trial. *BMJ.* 1999; 319: 1547-50.

16. Jester R, Hicks C. Using cost-effectiveness analysis to compare hospital at home and inpatient interventions. Part2. J Clin Nurs. 2003;12:20-7.
17. Oficina Nacional de Estadísticas (ONE), La Habana, Cuba. Bases metodológicas del Censo 2002.La Habana: ONE;2002:21-3.
18. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación internacional de enfermedades. 9na rev. Vol I. Washington, D.C.:OPS;1978. (Publicación científica No. 353).
19. Manzano Arrondo V, Durán Muñoz A. Comprensión y medida del concepto de simetría. Anales de Psicología. 2001;17: 287-97.
20. SPSS Base 10.0 for Windows User's Guide. Chicago: IL: SPSS Inc.;1999.
21. González MDD (coord) Hospitalización a domicilio. España: Hoechst Marion Roussel; 1998.
22. Márquez N, Jiménez L, Torres JH. Costos y beneficios del ingreso en el hogar. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14:445-9
23. Reyes MR, Garrido RJ, Cárdenas MT. Impacto social del ingreso domiciliario en adultos en un área de salud. Rev Cubana Med Gen Integr. [serie en Internet]. 2003[citada 18 Nov 2005];19. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi02503.htm
24. Sanabria G, Gálvez AM, Álvarez M. Costos para la mujer durante la atención prenatal. Ciudad de La Habana, 2000. Rev Cubana Salud Pública. 2004;30:26-30.
25. Agramante I, Herrera M, Gómez C, Padilla CM. Efectividad de la cirugía ambulatoria en la dacriocistitis crónica. Rev Cubana Oftalmol. [serie en Internet]. 2004 [citada 5 Ago 2005];17. Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/oft/vol17_1_04/oft04104.htm
26. Newacheck PW, Kim SE. A national profile of health care utilization and expenditures for children with special health care needs. Arch Pediatr Adolesc Med. 2005;159:10-7.
27. Dougherty G, Schiffrin A, White D, Soderstrom L, Suftrtegui M. Health care utilization among older adults with arthritis. Arthritis Rheum. 2003;49:164-71.

Anexo

Ministerio de Salud Pública.

Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.

Gasto de bolsillo y costo indirecto del ingreso en el hogar

Dado el hecho de que usted tuvo un paciente ingresado en el hogar recientemente, le solicitamos su colaboración para responder el siguiente cuestionario. Esta información será de gran ayuda para obtener el gasto asumido por la familia

cuando se tiene un paciente ingresado en el hogar, así como lo que deja de recibir la familia por no poder asistir al trabajo. Este cuestionario forma parte del proyecto de investigación "Ingreso en el Hogar" desarrollado por el Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología, el Instituto de Medicina Tropical, "Príncipe Leopoldo", Bélgica y el Ministerio de Salud Pública de Cuba.

Policlínico: _____ Fecha de entrevista ____ / ____ / ____
(dd/mm/aa)

No. de HVD: _____ Fecha de egreso ____ / ____ / ____
(dd/mm/aa)

1 ¿Durante el período en el que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar, tuvieron que comprar alimentos para reforzar la alimentación?

Si [] No [] (si responde No pase a la pregunta 4)

2 ¿Qué cantidad de dinero destinó para la compra de esos alimentos? _____ pesos cubanos _____ MLC

3 ¿Qué tipo de alimentos compró?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carne, pescado, pollo, huevos | <input type="checkbox"/> Refrescos |
| <input type="checkbox"/> Frutas y vegetales | <input type="checkbox"/> Confituras |
| <input type="checkbox"/> Viandas | <input type="checkbox"/> Leche |
| <input type="checkbox"/> Arroz | <input type="checkbox"/> Derivados de la leche |
| <input type="checkbox"/> Frijoles | |

4 ¿Durante el período en que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar algún miembro de la familia tuvo que emplear dinero adicional para productos de limpieza y de aseo? Si [] No [] (si responde No pase a la pregunta 6)

5 ¿Cuánto dinero destinó para la compra de esos productos? _____ pesos cubanos _____ MLC

6 ¿Durante el período en que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar algún miembro de la familia tuvo que emplear dinero en transportación para realizarle algún examen médico? Si [] No [] (Si responde No, pase a la pregunta 8)

7 ¿Cuánto dinero destinó para la transportación hacia los servicios médicos? _____ pesos cubanos _____ MLC

8 ¿Durante el período en el que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar algún miembro de la familia tuvo que emplear dinero para que alguna persona ayudara con el cuidado del enfermo? Si [] No [] (Si responde No, pase a la pregunta 10)

9 ¿Qué cantidad de dinero se destinó para pagarle a la o a las personas que ayudaron para el cuidado del paciente? _____ pesos cubanos _____ MLC

10 ¿Durante el período en el que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar algún miembro de la familia tuvo que emplear dinero para comprar medicamentos? Si [] No [] (Si responde No, pase a la pregunta 10)

11 ¿Que cantidad de dinero se destinó para comparar dichos medicamentos?
_____ pesos cubanos _____ MLC

12 ¿Donde adquirió los medicamentos?

- En la farmacia comunitaria
- En la farmacia hospitalaria
- En el mercado subterráneo
- Se lo dió un amigo
- En una farmacia en divisa

13 ¿Durante el período en el que usted o su familiar estuvo ingresado en el hogar algún miembro de la familia tuvo que dejar de realizar otras actividades? Si No
] (Si responde No termina el cuestionario)

14 ¿Cuanto dinero dejó o dejaron de recibir por no poder realizar dichas actividades? _____ pesos cubanos _____ MLC

Recibido: 10 de abril de 2007.

Aprobado: 7 de septiembre de 2007.

Anaí García Fariñas. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología.
División de Epidemiología y Salud Pública. Infanta No. 1158 e/ Llinas y Clavel La
Habana 10300, Cuba. Teléf.: (537) 879 8479, Fax: (537) 873 6320, E-mail:
anai@inhem.sld.cu

Tabla 1. Distribución de ingresos por grupos de edades, causas de ingreso y áreas geográficas

	Área urbana metropolitana		Área rural		Área urbana		Área montañosa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Grupos de edades (años)								
< 1	21	38,18	36	36,73	47	32,87	2	3,64
1-4	2	3,64	7	7,14	5	3,50	3	5,45
5-9	2	3,64	5	5,10	3	2,10	4	7,27
10-19	2	3,64	6	6,12	7	4,90	4	7,27
20-39	10	18,18	5	5,10	28	19,58	23	41,82
40-59	5	9,09	7	7,14	10	6,99	3	5,45
60 y +	13	23,64	32	32,65	43	30,07	16	29,09
Causas de ingreso más frecuentes								
Afecciones gastrointestinales	4	7,3	9	9,2	14	9,8	2	3,6
Afecciones respiratorias	18	32,7	54	55,1	43	30,1	13	23,6
Afecciones del sistema nervioso y los órganos de los sentidos	6	10,9	2	2,0	10	7,0	5	9,1
Afecciones del aparato urinario	4	7,3	8	8,2	7	4,9	4	7,3
Afecciones cardiovasculares	7	12,7	3	3,1	10	7,0	1	1,8
Afecciones ginecoobstétricas	10	18,2	6	6,1	31	21,7	18	32,7
Otras	6	10,9	16	16,3	28	19,6	12	21,8

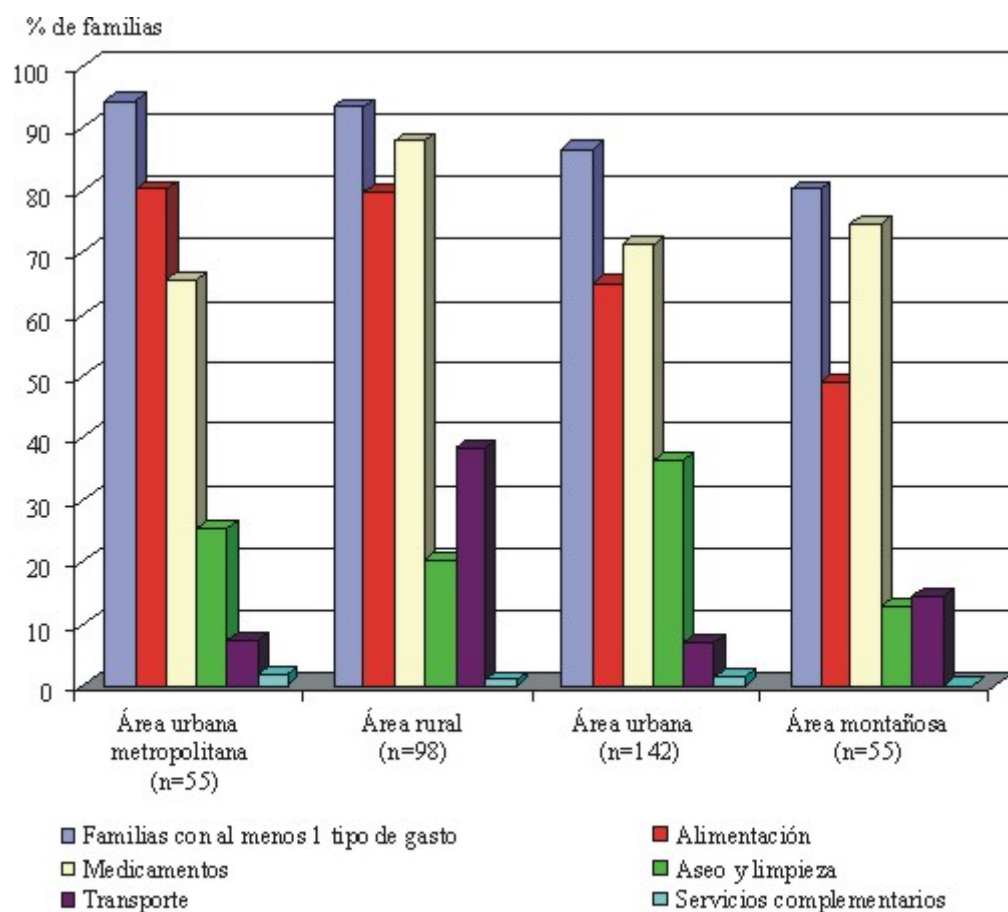


Fig. Distribución de familias con gasto de bolsillo según área geográfica y partidas.