

Los gastos en salud de los ancianos y estrategias de afrontamiento en un barrio popular urbano

María Daniela Rosas García¹ y
Leticia Robles Silva²

Resumen

El objetivo del presente trabajo es analizar el papel que tiene el portafolio de recursos económicos en las estrategias utilizadas por las familias para enfrentar los gastos en salud de sus integrantes ancianos, así como describir las diferencias existentes en un mismo contexto de pobreza urbana. Los datos provienen de un estudio cualitativo con 12 familias en un barrio popular urbano en Guadalajara, en el estado mexicano de Jalisco, entrevistando a 12 ancianos y 18 familiares. El portafolio de recursos y las estrategias utilizadas para enfrentar los gastos en salud se analizaron a través de árboles de decisiones; se encontraron tres grupos con distintas estrategias de afrontamiento. El primer grupo eran ancianos varones con ingresos propios quienes recibían una pensión por jubilación más ingresos complementarios: sus estrategias articulaban la utilización de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la enfermedad crónica; el pago del gasto de bolsillo con los ingresos de los ancianos para eventos mórbidos menores y aparatos de movilidad; y el gasto de salud reprimido para los anteojos. El segundo grupo era el de las ancianas con ingresos propios y con un portafolio más precario: utilizaban las mismas estrategias que el grupo previo, pero los desembolsos en gasto de bolsillo combinaban sus ingresos con los de sus hijos y el gasto reprimido incluía la tecnología médica. El tercer grupo eran personas ancianas sin ingresos propios que carecían de pensión, acceso a la seguridad social y eran dependientes económicos de sus familias: utilizaban como estrategia básica un gasto de bolsillo mínimo proveniente de los ingresos de los hijos, a la par de un gasto de salud reprimido más extenso, razón por la cual varias necesidades de atención médica no eran satisfechas. En conclusión, las estrategias de afrontamiento articulan los recursos disponibles en el portafolio de los ancianos y sus familias con los recursos proporcionados por el Estado, por lo tanto, contar con ingresos propios y acceso a la seguridad social explica las

¹ Profesora en el Centro Universitario de Tonalá, Universidad de Guadalajara. Doctora en Ciencias de la Salud Pública.

² Profesora-investigadora en el Centro Universitario de Ciencias de la Salud, Universidad de Guadalajara. Doctora en Ciencias Sociales, Departamento de Salud Pública-Centro Universitario de Ciencias de la Salud/Public Health Department.

diferencias intragrupo: los ancianos en condiciones de mayor vulnerabilidad son quienes están excluidos de las transferencias del Estado.

Palabras clave: gastos en salud, estrategias de afrontamiento, ancianos, pobreza, México.

Abstract

The aim of this paper is to analyze the role played by the portfolio of economic resources in the strategies used by families to address the health expenditures of their elderly members, as well as to describe existing differences in a context of urban poverty. A qualitative study was carried out in a poor neighborhood in Guadalajara, Mexico. 12 families participated and 12 elders and 18 relatives were interviewed. The resources portfolio and the strategies used to face health expenditures were analyzed through decision trees. Three groups with different coping strategies were found. The first group comprised elderly man with their own income, since they receive a pension for retirement and supplementary income. Their strategies included the use of IMSS medical services for chronic disease, the payment of minor morbid events and mobility devices through out-of-pocket expenses covered by elderly's income, and the repressed health expenditure for glasses. The second group included elderly women with their own income and with a more precarious portfolio. They used the same strategies as the previous group, but disbursements in out-of-pocket expenses combined their income and those of their children, in addition to the fact that the repressed expenditure included medical technology. The third group was made up of elderly people, without their own income, without a pension and without access to social security, for which they depended economically on their families. They used restricted out-of-pocket spending as a basic strategy, while the cost of repressed health was more extensive, which is why they did not meet several health care needs. In conclusion, coping strategies articulate the resources available in elderly's portfolio and of their families with the resources provided by the State. Therefore, having their own income and access to social security explains the differences within the group, while those who are excluded from transfers from the State are in conditions of greater vulnerability.

Keywords: Health expenditures, Coping strategies, Elderly people, Poverty, Mexico

Introducción

Los gastos en salud para la atención médica de los ancianos es una de las cargas económicas asociadas al envejecimiento poblacional (Lis, M., 2016; Breyer, F., N. Lorenz y T. Niebel, 2015). En general, el gasto en salud es considerado un riesgo económico para una proporción importante de hogares, particularmente los más pobres debido a los gastos de bolsillo y los gastos catastróficos derivados de los costos de la atención médica a los ancianos (Xu, K. et al., 2003). De acuerdo a lo anterior, los gastos en salud son una condición de vulnerabilidad, ya que los hogares destinan una proporción importante de su ingreso para solventar las necesidades de salud de sus integrantes ancianos. Por ejemplo: los gastos de bolsillo en hogares con ancianos son de tres a cinco veces mayores comparados con grupos etarios más jóvenes (Casey, B. et al., 2003); experimentan cuatro veces más gastos catastróficos en salud (Gutiérrez, L. y J. López, 2014); y existe un mayor empobrecimiento en dichos hogares (Coile, C. y K. Milligan, 2006). Esta condición de vulnerabilidad a causa de los gastos en salud también es percibida como una situación económica preocupante: por una parte, los ancianos enfermos perciben que no solo son una carga emocional, sino también financiera para sus familias a causa de los costos de su atención médica (Valtorta, N. y B. Hanratty, 2013); y por otra, los gastos en salud constituyen para la familia una preocupación financiera permanente (Pivodic, L. et al., 2014).

Varios estudios reportan cómo esta vulnerabilidad social es más acuciante entre los hogares en condiciones de pobreza. El impacto financiero de los gastos en salud es mayor entre las familias pobres de países de ingresos bajos y medios (Jaspers, L. et al., 2015), y la falta de recursos económicos puede implicar la no satisfacción de las necesidades de atención médica de los ancianos, ya sea porque posponen los tratamientos (Valtorta, N. y B. Hanratty, 2013) o utilizan menos los servicios de salud por la imposibilidad de pagar sus costos (Organización Mundial de la Salud, 2015; Peltzer, K. et al., 2014). En estas condiciones de vulnerabilidad social, cabe preguntarse cómo es que las familias pobres resuelven los gastos en salud, es decir, frente a esta situación de riesgo en particular, cuáles son los recursos que movilizan las familias para enfrentar estos gastos en salud. Algunos autores sostienen que las familias no son actores pasivos, sino por el contrario: responden a los constreñimientos estructurales a través de estrategias en las cuales utilizan los recursos que poseen para enfrentar situaciones adversas, y dichos recursos habría que entenderlos como un portafolio de bienes (Adams, A., J. Cekan y R. Sauerborn, 1998; Moser, C., 1998; Moen, P. y E. Wethington, 1992). En este sentido, frente a una percepción de mala salud, los ancianos con recursos económicos en Estados Unidos (EU) tratan de proteger sus ingresos manteniendo cierta liquidez económica para futuros gastos de bolsillo (Goldman y Maestas, 2013; Atella, V. M. Brunetti y N. Maestas, 2012). En contraste, las familias

pobres en países de Asia y África utilizan más sus ingresos y ahorros para los gastos de bolsillo en salud a fin de atender la enfermedad crónica, siendo menos usual recurrir a los préstamos y a la venta de bienes, opción más utilizada por las familias no pobres (Sukeri, S., M. Mirzaei y S. Jan, 2017; Palmer, M. et al., 2011; Flores, G. et al., 2008). No obstante, este conocimiento sobre la vulnerabilidad en torno al gasto en salud en hogares con ancianos ha homogenizado su mirada al considerar igual a cualquier hogar pobre, pues poco se sabe no solo acerca de cuáles son las estrategias utilizadas por ancianos y sus familias en contexto de pobreza, sino que también se ignora si las estrategias son distintas en función de los recursos disponibles o acumulados, es decir, si existen variaciones en la vulnerabilidad entre los hogares en el interior de un mismo contexto de pobreza. Esta variación es relevante de analizar, porque la manera cómo las familias manejan sus estrategias depende no solo de su pertenencia a un determinado grupo social, sino también del portafolio de recursos disponibles para enfrentar una crisis económica determinada (Adams, A., J. Cekan y R. Sauerborn, 1998; Davies, S., 1993).

Por lo anterior, nos interesa acercarnos al fenómeno de la vulnerabilidad relacionado con los gastos en salud en hogares pobres a partir de la premisa de la heterogeneidad en la vulnerabilidad en el seno de un mismo grupo, sustentada en que existen múltiples contrastes internos debido a la posesión de diferentes recursos (Osorio, Ó., 2017), y que tal variabilidad de los portafolios explicaría las distintas estrategias utilizadas por las familias. De ahí que el objetivo de este trabajo sea analizar el papel del portafolio de recursos económicos en las estrategias utilizadas por las familias pobres para enfrentar los gastos en salud de sus integrantes ancianos, así como describir las diferencias entre las familias en un mismo contexto de pobreza urbana. Para ello, se analizan las estrategias a nivel microsociales como una forma de acercamiento para entender cómo la condición de vulnerabilidad en estas familias pobres se sustenta, por una parte, en el portafolio de recursos disponible para enfrentar la contingencia de los gastos en salud; pero, también, cómo el tipo de portafolio de recursos es un elemento para comprender las diferencias en las estrategias para enfrentar la misma amenaza, gastos en salud en este caso, a pesar de vivir en igual contexto de pobreza.

La relevancia del estudio estriba en las condiciones de pobreza de los ancianos en México, lo cual los coloca en una condición de vulnerabilidad, ya que 41.1 por ciento de las personas mayores de 65 años de edad vivía en condiciones de pobreza en 2016 (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2017). Por otra parte, los gastos catastróficos en salud es un evento frecuente en los hogares pobres con ancianos (Gutiérrez, L. y M. Lezana, 2013; Knaul, F., 2011; Sesma, S. et al., 2005), y los mismos gastan menos en servicios de salud (Águila, E. et al., 2011). De ahí el interés por analizar las estrategias para enfrentar los gastos en salud en hogares pobres con ancianos e identificar diferencias intragrupo con base en su portafolio de recursos.

Metodología

Los datos provienen de un estudio cualitativo con 12 familias en condiciones de pobreza en un barrio popular urbano en Guadalajara, Jalisco, México, realizado entre 2013 y 2015. La elección del barrio popular urbano como el sitio del trabajo de campo estriba en que no únicamente son espacios de pobreza urbana valorados como áreas urbanas de alta vulnerabilidad (Sánchez, D. y C. Egea, 2011), sino también a que en su interior existe una variabilidad en los recursos y activos de los residentes de estos asentamientos urbanos (Gilbert, A., 2011), siendo un contexto social idóneo para acceder a familias con distintos portafolios de recursos.

La selección de la muestra se hizo en dos etapas. Primero, la selección de las familias a través del método de muestra nominada; las familias fueron localizadas a través de la estrategia de bola de nieve a partir de conocidos de la primera autora y los criterios de selección fueron: que en el hogar residiera alguna persona mayor de 65 años con alguna enfermedad crónica o discapacidad severa y exigiera de cuidado de parte de su familia, lo que permitía acceder a hogares con gastos en salud permanentes, situación que consideramos como una amenaza permanente de gastos catastróficos, motivo por el cual las familias debían movilizar sus recursos para enfrentar dicho riesgo. La segunda etapa fue una muestra teórica para seleccionar a los informantes tanto ancianos como a un miembro de su familia. A los ancianos se les pidió que identificaran quién de su familia era responsable de su cuidado para incluirlos como participantes en el estudio. Esta estrategia nos permitió acceder a informantes con conocimiento de los gastos de bolsillo debido a su involucramiento cercano con la atención médica de dichos ancianos. Así, los informantes fueron 12 ancianos, siete mujeres de 82 años de edad y cinco hombres de 76 años de edad en promedio. Los familiares informantes fueron 18. De ellos, 15 fueron mujeres, cuatro esposas de 73 años de edad en promedio, nueve hijas, una nieta y una nuera, todas mujeres adultas con 48.6 años de edad en promedio; de los hombres fueron dos hijos varones y un sobrino de 44.3 años de edad en promedio. De todos los familiares entrevistados, 14 corresidían con la persona anciana, excepto dos hijos, una hija y una nuera. En total, entre ancianos y familiares, fueron 30 los informantes entrevistados.

Las entrevistas

La finalidad de las entrevistas fue indagar cómo las familias resolvían los gastos en salud derivados de la atención médica de sus integrantes ancianos. Las entrevistas iniciales fueron semiestructuradas orientándose a indagar sus necesidades de atención médica, el acceso a los servicios de salud y cómo solventaban los gastos en salud. Las preguntas eran, por ejemplo: ¿a dónde acudían a consulta médica para atender su diabetes? En las entrevistas posteriores se indagaba

sobre eventos particulares narrados en las primeras entrevistas a fin de identificar las estrategias emprendidas en la consecución de atención médica o recursos terapéuticos, por ejemplo: cuando su familiar fue hospitalizado, ¿cómo hicieron para pagar la cirugía?

La primera autora entrevistó a los informantes en la casa de los ancianos o del familiar. En total, fueron 57 entrevistas de 50 minutos de duración en promedio: 29 entrevistas a familiares y dos a ancianos fueron realizadas de manera individual; en cambio, 26 entrevistas fueron hechas estando presentes simultáneamente el anciano y su familiar, permitiendo la interacción de ambas perspectivas (Morgan, D., 2013). Además de las entrevistas, se hizo observación participante acompañando a los ancianos y/o familiares en la gestión de algunos recursos en instituciones de salud, registrándose en notas de campo.

El análisis

Las entrevistas fueron transcritas utilizando el programa F4transkript y exportadas al programa The Ethnograph 6.0. Las transcripciones de las entrevistas y las notas de campo fueron leídas línea por línea para identificar los segmentos de la atención médica, las enfermedades o discapacidades que padecía el anciano y las estrategias de afrontamiento, para lo cual se hizo una codificación abierta.

El análisis fue realizado en varias fases. En la primera identificamos los eventos de enfermedad y/o discapacidad de cada anciano, y los recursos de atención médica que necesitaban para cada uno de sus padecimientos o discapacidades. Las enfermedades fueron clasificadas en enfermedad crónica, eventos mórbidos leves como episodios de infecciones respiratorias o gastrointestinales, y comorbilidad; las discapacidades incluían la motriz y la visual. Los recursos de la atención médica fueron agrupados en: recursos para enfermedad crónica incluyendo consulta médica, exámenes de laboratorio, medicamentos prescritos y tecnología médica en casa en caso de diabetes e hipertensión arterial; consulta médica para eventos mórbidos leves y medicamentos prescritos; intervenciones quirúrgicas debido a comorbilidad o complicación de enfermedad crónica o fracturas, englobando el procedimiento quirúrgico, la hospitalización y las terapéuticas prescritas; aparatos de movilidad asistida, ya fuera silla de ruedas, andadera o bastón por discapacidad motriz total o parcial; y lentes en caso de discapacidad visual.

En la segunda fase, identificamos las estrategias realizadas por el anciano y su familia para la satisfacción de cada uno de estos recursos de atención médica. Aquí distinguimos dos tipos de estrategias: las adaptativas, como aquellas respuestas para minimizar un riesgo repetido o de largo plazo (Corbett, J., 1988); y de afrontamiento, como acciones de corto plazo ante eventos agudos o de crisis (Davies, S., 1993). En este sentido, las estrategias adaptativas estarían en relación con los costos de la atención médica en el largo plazo, como es el caso

de la enfermedad crónica que implica proporcionar permanentemente y por largo periodos un stock de recursos de salud y terapéuticos; a diferencia de lo que podría implicar una respuesta frente a un evento mórbido pasajero o la presencia de una crisis de salud como una cirugía que demanda un gasto único en salud inmediato, lo cual corresponde más a un estrategia de afrontamiento frente a una crisis inesperada de atención médica.

En la tercera fase del análisis se construyeron árboles de decisiones (Rokach, L. y O. Maimon, 2007), lo cual permitía analizar la secuencia de las respuestas tanto en el sentido de si utilizaban o no una determinada opción, así como el orden de las opciones seleccionadas y llevadas a cabo. Estos árboles de decisiones incluían tres elementos: la naturaleza de la opción, esto es, si compraban el medicamento o una institución médica lo proveía; el número de opciones realizadas para obtener un determinado bien o servicio de salud y; si las opciones eran utilizadas de manera simultánea o consecutiva.

En la cuarta fase se analizaron los 48 árboles de decisiones construidos en la etapa anterior con el fin de identificar las diferencias intragrupo con base en tres factores: la composición del portafolio con base al tipo de ingresos y bienes en posesión de los ancianos; acceso a la seguridad social; y sexo y estado civil del anciano. Este análisis facilitó contar con tres grupos de ancianos e identificar las diferencias en las estrategias utilizadas entre ellos: ancianos varones con ingresos propios, ancianas con ingresos propios y personas ancianas sin ingresos propios.

Cuestiones éticas

Todos los informantes fueron invitados a participar en el estudio previa explicación de la finalidad de la investigación y todos dieron su consentimiento informado. Antes de la entrevista se les pidió autorización para grabarla, a lo cual todos accedieron. Y con el fin de proteger la confidencialidad y el anonimato, utilizamos seudónimos para referirnos a los participantes.

Resultados

El barrio popular donde residían los ancianos y sus familias fue fundado al oriente de Guadalajara, las áreas marginadas de la ciudad a finales de la década de 1960. Sin embargo, con el crecimiento urbano y la dotación de servicios urbanos, este tipo de asentamientos pasó a formar parte del anillo intermedio de la ciudad, siendo hoy barrios populares consolidados con dotación de servicios urbanos, de salud y educación. La mayoría de los residentes del barrio migró durante su juventud del campo a la ciudad de Guadalajara en la búsqueda de mejores condiciones de vida. Los primeros pobladores del barrio, así como sus hijos, se caracterizaban por una historia generacional de pobreza, baja escolaridad y problemas de desempleo

(Ibarra, R. y M. González, 2004), y quienes tenían empleo, en su mayoría estaban insertos en el sector laboral informal, con salarios bajos y sin prestaciones laborales (Arias, P., 2011). Esto se reflejaba en que 42 por ciento de los habitantes del barrio carecía de acceso a la seguridad social en 2010 (Consejo Estatal de Población, 2010). Los servicios de salud que se localizaban en el mismo barrio eran el Centro de Salud ubicado a 700 metros de distancia de las viviendas de los informantes, además de dos servicios de médicos privados aproximadamente a 350 metros de distancia; además, se localizaban cinco farmacias con servicio de consulta médica a bajo costo. En cambio, los ubicados fuera del barrio en sus inmediaciones eran la Unidad de Medicina Familiar 48 y el Hospital de Zona 110 del Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS) que da acceso a servicios de primer y segundo niveles de atención médica, así como a la propia farmacia de dichos servicios; y la Unidad de la Cruz Verde Dr. Mario Rivas Souza, la cual otorga servicios de urgencias médicas y quirúrgicas, además de consulta médica del primer nivel y rescate urbano. Estos servicios de salud estaban localizados a tres kilómetros del lugar de estudio, en el barrio contiguo. De todos estos servicios, el acceso al IMSS no dependía de su distancia geográfica, sino del acceso a prestaciones laborales, a diferencia de los otros servicios de salud donde el factor distancia sí afecta a su accesibilidad. En este sentido, y aun siendo un barrio popular consolidado, sus habitantes continuaban enfrentando condiciones de poca capacidad económica para hacer frente a los gastos en salud a pesar de la disponibilidad de servicios de salud.

Ancianos varones con ingresos propios

Los tres ancianos de este grupo eran Gregorio y Pedro, ambos mayores de 80 años, y José, de 65 años; los tres estaban casados y procrearon familias de más de seis hijos, con excepción de Gregorio, quien solo tenía un hijo varón. Su principal ingreso era una pensión e ingresos complementarios. José percibía una pensión de 8 mil pesos mensuales porque era jubilado en EU y recibía además la renta de un local. Gregorio percibía una pensión por jubilación de 2 mil 300 pesos mensuales, así como transferencias económicas de una nieta y ocasionalmente de un sobrino. Pedro, por su parte, recibía la pensión no contributiva otorgada por el Gobierno Federal, denominada 65 y Más, cuyo monto era de 580 pesos mensuales, complementado con las ganancias de una pequeña tienda de abarrotes y las remesas ocasionales de sus hijas. Además de los ingresos de los ancianos, las esposas de Gregorio y Pedro eran beneficiarias de la pensión de 65 y Más; y la esposa de Gregorio cuidaba a sus bisnetos a cambio de que su nieta cubriera los gastos de alimentación de la pareja de ancianos. Los hogares de los ancianos eran pequeños. En las casas de Pedro y José, quienes eran los propietarios, corresidían en cada una un hijo varón soltero; aunque cubrían sus

propios gastos, ninguno aportaba al ingreso del hogar. En el hogar de Gregorio solo vivían él y su esposa, y aunque rentaban casa, el dueño les cobraba una renta simbólica como una forma de ayudar a la pareja. Así, los ingresos de sus hogares sumaban tanto los ingresos de los ancianos como los de sus esposas, los cuales eran destinados para sus propios gastos (cuadro 1).

Cuadro 1. Características sociodemográficas de los ancianos y sus hogares. Guadalajara, México. 2013-2015

Anciano	Edad	Estado civil	Hijos vivos	Propiedad	Seguridad Social	Corresidentes	Ingresos del anciano	Ingresos de familiares coresidentes
Ancianos varones con ingresos propios								
José	65	Casado	6	Sí	Sí	Esposa 1 hijo varón adulto soltero	Pensión por jubilación Renta de local	No hay otro ingreso
Pedro	80	Casado	8	Sí	Sí	Esposa 1 hijo varón adulto soltero	Pensión 65 y Más Ingresos por negocios Remesas ocasionales	Esposa: Pensión 65 y Más
Gregorio	87	Casado	1	No	Sí	Esposa	Pensión por jubilación Transferencias familiares	Esposa: Pensión 65 y Más Comida a cambio de cuidar niños
Ancianas con ingresos propios								
Margarita	78	Viuda	11	Sí	Sí	1 hija adulta casada 1 yerno adulto 2 nietas jóvenes	Pensión 65 y Más Ahorros Transferencias familiares	Yerno: Salario
María	94	Viuda	9	No	Sí	1 hijo varón adulto soltero	Pensión por viudez Remesas	No hay otro ingreso
Eugenia	72	Viuda	8	Sí	Sí	1 hija adulta divorciada 3 nietos jóvenes	Pensión por viudez Ahorros	Hija: Salario
Josefina	80	Viuda	10	No	Sí	1 hija adulta casada 1 yerno adulto 4 nietos jóvenes	Pensión 65 y Más Ahorros	Yerno: Salario
Petra	78	Casada	12	Sí	Sí	Esposo 2 hijos varones adultos solteros	Pensión 65 y Más	Hijo: Salario Esposo: Pensión 65 y Más
Paula	84	Viuda	2	Sí	Sí	1 hija adulta soltera 1 sobrino adulto soltero 2 nietos jóvenes	Pensión 65 y Más	Hija: Salario
Personas anciana sin ingresos propios								
Juan	84	Casado	4	No	No	Esposa 1 nieta adolescente	Transferencias familiares	Esposa: Salario

Ramón	65	Viudo	6	No	No	1 hijo varón adulto soltero 1 hija adulta casada 1 yerno adulto 2 nietos niños	Trabajo informal	Hijo: Salario Hija: Ingresos de trabajo informal Yerno: Salario
Florentina	94	Viuda	2	No	No	1 hija adulta separada 1 nieto adulto Esposa adulta del nieto	Transferencias familiares	Nieto: Salario Esposa del nieto: Salario

Fuente: Elaboración propia.

Varios eventos de morbilidad y discapacidad generaban gastos en salud. Para José era la hipertensión y la diabetes, además sufría de una lesión en columna que le produjo una incapacidad para deambular, y había sido intervenido quirúrgicamente en 11 ocasiones, cuatro de ellas de columna vertebral. Gregorio padecía únicamente hipertensión y fue sometido a cinco intervenciones quirúrgicas. Pedro padecía de hipertensión y sufrió un accidente vascular cerebral cuya secuela fue una discapacidad motriz moderada. Los insumos médicos que necesitaban eran: entre uno y cinco medicamentos; aparatos de movilidad asistida, una silla de ruedas y una andadera para José, un bastón para Gregorio y Pedro; tecnología médica en casa para los tres ancianos, ya sea para la medición de presión arterial o glucosa. Gregorio, además, presentaba debilidad visual, por lo cual necesitaba lentes para ver (cuadro 2).

Cuadro 2. Enfermedades, comorbilidades y necesidades de atención médica de los ancianos. Guadalajara, México. 2013-2015

Anciano	Enfermedad crónica/ comorbilidad	Discapacidad	Eventos mórbidos leves	Número de intervenciones quirúrgicas	Medicamentos	Aparato de movilidad asistida	Tecnología médica en casa	Auxiliar visual
Ancianos varones con ingresos propios								
José	Diabetes Hipertensión Lesión en la columna	Discapacidad motriz severa	Sí	3 de corazón 4 de columna vertebral 3 por fractura en el pie 1 por hipertrofia de próstata	5	Silla de ruedas	Baumanómetro Glúcometro	No necesita
Pedro	Hipertensión Accidente vascular cerebral	Discapacidad motriz moderada	No	Ninguna	1	Bastón	Baumanómetro	No necesita

Gregorio	Hipertensión	Discapacidad motriz leve Debilidad visual	Sí	1 de hernia inguinal 2 oftálmicas 1 de vejiga 1 extirpación de vesícula	2	Bastón	Baumanómetro	Lentes
Ancianas con ingresos propios								
Margarita	Diabetes Hipertensión	Discapacidad motriz severa	Sí	2 por amputación de pie 1 por amputación pierna	4	Silla de ruedas Andadera***	Glúcometro Baumanómetro	No necesita
Petra	EPOC*	Ninguna discapacidad	Sí	Ninguna	3	Silla de ruedas	No necesita	No necesita
María	Hipertensión Cáncer de páncreas EPOC*	Discapacidad motriz severa Debilidad visual	No	1 extirpación de vesícula	5	Silla de ruedas	Baumanómetro	Lentes
Josefina	Enfermedad de Parkinson Diabetes	Discapacidad motriz severa	No	Ninguna	4	Andadera Silla de ruedas	Glúcometro	No necesita
Eugenia	Enfermedad de Parkinson Epilepsia	Discapacidad motriz severa Debilidad visual	Sí	1 por fractura de pie	3	Silla de ruedas	No necesita	Lentes
Paula	Diabetes Asma	Discapacidad motriz severa	No	1 por fractura de cadera	2	Silla de ruedas Andadera	Glúcometro	No necesita
Personas ancianas sin ingresos propios								
Juan	Glaucoma	Ceguera	Sí	Ninguna	1	Bastón	No necesita	No necesita
Ramón	Epilepsia EPOC* Accidente vascular cerebral	Discapacidad motriz severa	Sí	Ninguna	2	Silla de ruedas	No necesita	No necesita
Florentina	Ninguna Fracturas	Fracturas Discapacidad motriz severa	No	Ninguna	0	Silla de ruedas Andadera	No necesita	No necesita

Fuente: Elaboración propia.

*EPOC. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica..

La estrategia central de los ancianos fue utilizar el acceso a la seguridad social como la respuesta básica para enfrentar los costos de la atención médica de la enfermedad crónica, ya que estaban afiliados al IMSS y con acceso permanente (cuadro 3). Dichos costos representaban los mayores desembolsos y los de mayor posibilidad de riesgo financiero en el largo plazo. En cambio, el uso de sus ingresos como estrategia de afrontamiento fue empleada para los gastos de bolsillo en salud de eventos menores o imprevistos.

Cuadro 3. Estrategias para satisfacer las necesidades en salud de los ancianos Guadalajara, Jalisco. 2013-2015

Anciano	Consulta enfermedad crónica	Consulta enfermedad leve/aguda	Cirugía	Medicamento enfermedad crónica	Medicamento enfermedad leve/aguda	Aparatos de movilidad asistida	Tecnología médica	Debilidad visual
Opciones seguidas por los ancianos varones con ingresos propios según el recurso que buscaban								
José	IMSS	Consulta privada	IMSS	3 de corazón 4 de columna vertebral 3 por fractura en el pie 1 por hipertrofia de próstata	Comprar	Comprar nuevo	Comprar nuevo	No necesita
Pedro	IMSS	No necesita	No necesita	Ninguna	No necesita	Comprar nuevo	Acudir a consulta	No necesita
Gregorio	IMSS	Consulta privada de bajo costo	IMSS	1 de hernia inguinal 2 oftálmicas 1 de vejiga 1 extirpación de vesícula	Comprar	Comprar nuevo	Pedir prestado	Gasto reprimido
Opciones seguidas por las ancianas con ingresos propios según el recurso que buscaban								
Margarita	IMSS	Consulta privada	IMSS Hospital privado	IMSS farmacia Dotación de reserva Comprar Obsequio hija	Comprar	Comprar nuevo	Comprar nuevo	No necesita
Petra	IMSS	Consulta privada	No necesita	IMSS farmacia Dotación de reserva Obsequio hija	Comprar	No necesita	No necesita	No necesita
María	IMSS	No necesita	IMSS	IMSS farmacia Dotación de reserva Comprar	No necesita	Comprar nuevo	Acudir a consulta	Gasto reprimido
Josefina	IMSS	No necesita	No necesita	IMSS farmacia Dotación de reserva Comprar	No necesita	Comprar nuevo Pedir prestado	No utiliza	No necesita
Eugenia	IMSS	Consulta privada de bajo costo	IMSS	IMSS farmacia	Comprar	Comprar nuevo	No necesita	Comprar nuevo
Paula	IMSS	No necesita	IMSS	IMSS farmacia Dotación de reserva	No necesita	Comprar nuevo	Comprar nuevo	No necesita
Opciones seguidas por las ersonas ancianas sin ingresos propios según el recurso que buscaban								
Juan	Gasto reprimido	Consulta privada de bajo costo	No necesita	Comprar Donación de medicamentos	Donación de medicamento Comprar parcialmente	Comprar usado	No necesita	No necesita

Ramón	Gasto reprimido	Consulta privada de bajo costo	No necesita	Comprar	Donación de medicamento Comprar parcialmente	Comprar nuevo	No necesita	No necesita
Florentina	No necesita	Servicio de urgencias	Gestión de préstamo Gestión de condonación Gasto reprimido	No necesita	Comprar parcialmente	Gasto reprimido Pedir prestado	No necesita	No necesita

Fuente: Elaboración propia.

Todos los ancianos acudían invariablemente al IMSS para la consulta médica y la provisión de los medicamentos para el control de las enfermedades crónicas; así evitaban utilizar sus ingresos para solventar los costos mensuales de la atención de estos padecimientos. Si bien esta estrategia funcionaba con una cobertura permanente respecto a la consulta médica, una situación distinta acontecía con los medicamentos. Por lo general, los ancianos recibían la cantidad completa de medicamentos prescritos para un mes de tratamiento de la farmacia del IMSS y, en ocasiones, recibían una dotación doble porque acudían a consulta tanto con el médico general como con el médico especialista en el mismo mes. Esta dotación extra era almacenada como una reserva, la cual constituía una estrategia precautoria para tiempos de escasez de medicamentos. A veces, los ancianos recibían una cantidad incompleta del medicamento prescrito o no era proporcionado por la farmacia del IMSS. Ante esta circunstancia, los ancianos seguían secuencialmente estas tres estrategias: utilizar la dotación de reserva, cuando disponían de ella; intentar por segunda ocasión surtir el medicamento en la farmacia del IMSS, gestión realizada por las esposas; la última era comprarlo en una farmacia comercial con los ingresos del anciano (cuadro 3).

Esta misma estrategia del uso de los servicios médicos del IMSS se extendía para eventos severos inusuales como las intervenciones quirúrgicas, evitando con ello la erosión de los ingresos de los ancianos. Por ejemplo José, quien sufrió 11 intervenciones quirúrgicas, de no haber tenido acceso al IMSS, por los costos de dichas intervenciones hubieran sido o un gasto catastrófico si su familia hubiera optado por la atención médica privada, o no hubiera recibido la atención médica requerida por incapacidad de pago.

Una estrategia diferente acontecía en los casos de eventos mórbidos leves: por ser esporádicos, optaban por acudir a la consulta médica privada y pagar con los ingresos de los ancianos el costo de la consulta y de los medicamentos prescritos. La razón es que se resolvía más rápidamente dicho evento en comparación con los tiempos de espera en el servicio médico del IMSS. Así Gregorio y José optaron por el servicio médico privado, pero protegiendo sus ingresos. En el caso de Gregorio, quien recibía una pensión por jubilación de 2 mil 300 pesos, acudía

a un servicio médico de bajo costo otorgado por alguna farmacia³ cuya cuota era de 50 pesos y compraba el medicamento allí mismo. En cambio José, quien recibía su pensión en dólares por ser jubilado de EU y tenía mayores ingresos complementarios, acudía con un médico especialista, pagando 500 pesos por la consulta y después compraba los medicamentos prescritos. De los tres ancianos, solamente un hijo de Pedro lo ayudaba con los gastos de bolsillo; en este sentido, la erogación provenía de los ingresos de los propios ancianos. Los aparatos de movilidad asistida y la tecnología médica para utilizarse en casa son insumos no proporcionados por el IMSS, razón por la cual pasaba a ser un gasto de bolsillo. Los aparatos de movilidad asistida fueron comprados nuevos y pagados con los ingresos de los ancianos, ya que era un desembolso único. En el caso de la tecnología médica para utilizarse en casa utilizaron tres estrategias: José optó por comprarlos al disponer de ingresos suficientes en razón de su pensión en dólares; Gregorio pedía prestado el aparato a una vecina cuando lo requería; y Pedro decidió que, cuando fuera necesario, era mejor acudir al servicio de urgencias del IMSS para que le midieran la presión arterial. Lo mismo sucedió con los anteojos: Gregorio decidió no comprarlos y suprimir dicho gasto en salud. Estas estrategias evitaban la erogación de un gasto y salvaguardaban sus escasos ingresos para el pago de consultas y compra de medicamentos (cuadro 3).

Las principales estrategias de los ancianos varones estaban orientadas a asegurar la atención médica de la enfermedad crónica y, al mismo tiempo, reducir el riesgo de erosionar sus ingresos a causa de gastos repetitivos a lo largo del tiempo, dado que eran los ancianos quienes erogaban de sus propios ingresos para sus gastos en salud.

Ancianas con ingresos propios

A este segundo grupo pertenecían seis ancianas de entre 72 y 94 años de edad: cinco de ellas eran viudas y una casada y procrearon familias numerosas de entre ocho y 12 hijos; solamente Paula tenía dos hijos vivos. Todas recibían una pensión y solo cuatro ancianas recibían ingresos adicionales. Cuatro de ellas accedieron a la pensión de 65 y Más de 580 pesos mensuales, pero solo dos de ellas contaban con ingresos complementarios, Margarita recibía transferencias económicas de dos de sus hijos varones y disponía de ahorros de la herencia de su esposo, y Josefina contaba también con ahorros por la venta de su casa; eran Petra y Paula quienes percibían como único ingreso la pensión. En cambio, María y Eugenia recibían mayores ingresos por su pensión de viudez cuyo monto era de 2 mil 300

³ En México, a partir del control de la venta de antibióticos en agosto de 2010 (Consejo Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2012), las farmacias optaron por ofrecer un servicio gratuito de consulta médica o cobrar una cuota mucho menor a la de cualquier consultorio médico privado, y derivar al paciente a la farmacia para comprar los antibióticos. Sin embargo, los usuarios utilizan el servicio médico para resolver muchos de los eventos mórbidos leves y no solo los infecciosos.

pesos mensuales y por ingresos adicionales. María recibía remesas de una hija migrante en EU y Eugenia contaba con ahorros provenientes de su finiquito como empleada. En este sentido, los recursos financieros de las ancianas eran más precarios y volátiles comparados a los recursos de los ancianos varones.

Cuatro ancianas eran propietarias de la casa donde vivían, otra vivía en la casa propiedad de su hija y una anciana rentaba casa. A diferencia de los ancianos varones, las ancianas corresidían ya fuera con una hija o hijo soltero o una hija divorciada, o casada con su esposo e hijos, con lo cual eran hogares de entre cuatro y siete integrantes. El ingreso del hogar se sustentaba en un solo proveedor económico proveniente del salario de la hija o del yerno, y de varios dependientes económicos, quienes eran no solo las ancianas, sino también sus nietos, dado que estos tenían una edad promedio de 17 años de edad. Todos los nietos estudiaban y trabajaban eventualmente, pero no aportaban al ingreso del hogar, y aunque las ancianas contribuían a los ingresos del hogar, ello no evitaba que dichos hogares enfrentaran condiciones económicas adversas (cuadro 1).

Enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, discapacidad motriz severa, debilidad visual y eventos mórbidos leves como infecciones caracterizaban las condiciones de salud de las ancianas. Petra era la única en mejores condiciones, ya que solo padecía de enfermedad pulmonar crónica, pero requería oxigenoterapia; no presentaba ni discapacidad ni intervenciones. Las otras ancianas padecían diabetes o hipertensión, concomitante con enfermedad de Parkinson, o enfermedad pulmonar crónica o epilepsia o asma, necesitando atención médica para el control de más de una enfermedad crónica y con prescripciones de dos a cinco medicamentos; aunado a ello, fueron intervenidas quirúrgicamente en alguna ocasión, con excepción de Josefina, y todas sufrían de una discapacidad motriz severa, por lo cual o no podían caminar o caminaban con dificultad, requiriendo ya fuera una silla de ruedas o una andadera para desplazarse. De tecnología médica necesitaban de glucómetro o baumanómetro; Eugenia y María necesitaban usar lentes por su debilidad visual (cuadro 2).

Al igual que los ancianos varones, la estrategia principal para enfrentar los gastos en salud fue la utilización de los servicios médicos de la seguridad social y como estrategia secundaria, el uso de los ingresos, pero en este caso eran los de los hijos. Todas ellas tenían acceso permanente a los servicios de salud del IMSS, utilizándolos para las consultas médicas enfocadas al control de las enfermedades crónicas, los medicamentos y las intervenciones quirúrgicas.

Para los medicamentos también utilizaban tres estrategias cuando recibían una dotación incompleta en la farmacia del IMSS, pero el tipo y la secuencia de las opciones era distinto. La estrategia de regresar por segunda ocasión a la farmacia del IMSS no era utilizada en virtud de la imposibilidad de que las hijas lo hicieran, ello debido a que trabajaban y los horarios de atención en la farmacia coincidían con sus horarios laborales. Lo mismo sucedía con las hijas quienes no trabajaban,

debido a que no podían dejar solas a sus madres por mucho tiempo. El esfuerzo y el costo de acudir a la farmacia en estas circunstancias se acompañaba además de la incertidumbre de obtener el medicamento, como explicaba Antonia, la hija de Paula: “Pos algunas veces, el día que va uno [a consulta] no hay [medicamento], pero tienes que estar yendo y yendo para que te surtan [la receta]... pero a veces ni hay, ahorita no me lo han dado”. Por esta razón, utilizaban otras estrategias. Una era consumir las reservas de medicamentos si disponían de ellos o comprar el medicamento ya sea con los ingresos de las ancianas y/o de alguno de sus hijos; la última estrategia, realizada solo por Margarita y Petra, era pedir a una hija que le regalara insulina o inhaladores de la reserva que ellas disponían, ya que padecían de la misma enfermedad que sus madres. En caso de que su hija no tuviera reserva de medicamentos, entonces se compraba en la farmacia (cuadro 3).

La relevancia del acceso a la seguridad social como una estrategia central para enfrentar los costos de atención médica se evidencia en el caso de Petra. Ella era derechohabiente por parte de un hijo, pero por residir en domicilios diferentes perdió el acceso y el suministro del tanque de oxígeno que necesitaba permanentemente por su estado avanzado de insuficiencia pulmonar. Para satisfacer esta necesidad imprescindible, sus hijos decidieron comprar un concentrador de oxígeno cuyo costo fue de 6 mil pesos, sin embargo, el costo de la energía eléctrica era de mil pesos mensuales, por eso resolvieron separar el consumo del concentrador de oxígeno del consumo del hogar, de tal manera que los hijos cooperaban para pagar el consumo de energía de la tecnología médica. Después de dos años, uno de los hijos afilió de nuevo a su madre Petra y este gasto desapareció al recibir de nuevo el suministro del tanque de oxígeno por parte del IMSS (cuadro 3).

La consulta médica por causa de eventos mórbidos leves era en el servicio médico privado, ya fuera con un médico general o en el servicio médico ofrecido en una farmacia. La razón de esta última opción era por ser la consulta gratuita. A diferencia de los ancianos varones, el hijo o la hija que acompañara a su madre pagaba la consulta y los medicamentos prescritos, siendo ocasional utilizar los ingresos de las propias ancianas. Era lo que hacía Reynaldo, el hijo de Margarita: él solventaba todos los gastos cada vez que llevaba a su madre con el médico privado.

Si bien se utilizaban los servicios médicos del IMSS para las intervenciones quirúrgicas, en el caso de Margarita se utilizó en secuencia la medicina privada. Ella requirió de tres cirugías, dos para amputar los dedos de un pie y la última para la amputación de su pierna por complicaciones de la diabetes. Si bien la primera opción fue acudir al IMSS, después decidieron acudir a la atención médica privada porque ninguna de las cirugías fue programada en esa misma semana, a pesar de la situación de urgencia debido a la gangrena en los dedos y en la pierna. La estrategia para cubrir el gasto de bolsillo de las cirugías fue financiarlo con los ahorros de Margarita y el apoyo económico de seis de sus 11 hijos (cuadro 3).

Otros gastos también fueron resueltos por medio de los ingresos de los hijos. Los aparatos de movilidad asistida, silla de ruedas y andadera fueron adquiridos nuevos por los hijos, con excepción de Eugenia, quien pagó una silla de ruedas con sus ahorros. Por otro lado, debido a que los niveles de discapacidad motriz eran mayores, las andaderas tenían en consecuencia un mayor uso y Josefina requirió sustituir la suya cuando se rompió. Para la sustitución, la respuesta fue resolver la situación inmediata de proporcionarle una andadera, por eso pidieron prestada una a una vecina que no la ocupaba; un par de meses después, también una de sus hijas le compró una nueva andadera cuando dispuso del dinero suficiente para ello. En cambio, para la tecnología médica se utilizaron distintas estrategias basadas en percepciones de si se trataba o no de una necesidad. Por una parte, los hijos de Paula y Margarita compraron un glucómetro y/o el baumanómetro al valorarlo como necesario; en cambio, los hijos de las otras dos ancianas argumentaron la falta de necesidad de adquirir esta tecnología al estar su madre usualmente controlada, como lo mencionó Alfonso, el hijo de María: “Es que yo ya sé más o menos cuando le quiere dar [elevarse la presión arterial] y cuando no, no... sí, pos que tendrá como unos 10 o 12 años pero a veces anda bien, a veces anda arriba, a veces anda abajo [la presión arterial], pero, o sea, ya no es tanto”. Aunque no se compraba dicha tecnología, Alfonso sí optaba por llevarla al servicio de urgencias del IMSS cuando ella se sentía mal; a diferencia de lo que pasaba con Josefina, quien nunca acudía a medir sus niveles de glucosa a algún servicio médico (cuadro 3).

El otro gasto de salud reprimido fue con respecto a los lentes de aumento. Ni para Eugenia ni para María se compraron lentes, a pesar de tener debilidad visual. Las razones aducidas eran la valoración de que no era un recurso indispensable, ya fuera porque aún veían parcialmente o era tal el deterioro de la vista que se juzgaba innecesario (cuadro 3).

En este grupo, las ancianas poseían recursos propios y acceso permanente a la seguridad social, pero tanto sus pensiones como sus ingresos complementarios eran de menor cuantía al de los ancianos varones: los hijos aportaban recursos financieros para enfrentar los gastos de bolsillo no cubiertos por la seguridad social y, al mismo tiempo, se utilizaban los ahorros de las ancianas. Esta última opción significaba erosionar los ingresos de las ancianas y una mayor exposición a la vulnerabilidad económica al disminuir sus reservas económicas a causa de utilizar los ahorros para su atención médica.

Personas ancianas sin ingresos propios

Ni Florentina, de 94 años, ni Ramón, de 65 años, ni Juan, de 84 años, percibían una pensión por jubilación porque ninguno trabajó en el sector laboral formal; tampoco eran beneficiarios de la pensión no contributiva por falta de documentos

legales que avalaran su identidad; ni eran propietarios de una casa; ni tenían acceso a la seguridad social del IMSS, pues además de no poseer documentos legales, sus hijos carecían de prestaciones laborales para poder afiliarlos al IMSS; tampoco accedieron al Seguro Popular de Salud, dirigido a población sin acceso a la seguridad social, a causa de la falta de documentos de identidad. Es decir, estaban excluidos de cualquier protección social que pudiera brindarles una transferencia económica o social desde las instancias del Estado.

En razón de esta exclusión, los ancianos eran dependientes económicos de sus familias. Los tres procrearon familias más pequeñas comparadas a los otros dos grupos, entre dos y seis hijos vivos, lo cual disminuía sus potenciales fuentes de apoyo económico. Todos coresidían con su familia y rentaban casa porque ni ellos ni sus hijos eran propietarios. Florentina, viuda y únicamente con dos hijas, recibía transferencias monetarias de una hija y una nieta y coresidía con su otra hija, un nieto y la esposa de su nieto; los ingresos provenían del salario tanto de su nieto como de su esposa, ya que su hija, también anciana y enferma, no trabajaba por cuidarla. De tal manera que eran su nieto y su esposa quienes enfrentaban los gastos del hogar donde residían dos ancianas, su madre y su abuela. Ramón, también viudo, sin ningún otro ingreso más que la escasa ganancia de la venta de dulces a la puerta de su casa y en los mercados ambulantes del barrio, coresidía con un hijo varón soltero y con una hija casada y su familia. Los ingresos de este hogar provenían de los salarios de su hijo, empleado en una escuela, del yerno, albañil por cuenta propia, y de su hija, quien vendía ropa usada; es decir, había tres proveedores y tres dependientes económicos en su hogar, Ramón y sus dos nietos. Finalmente Juan, aún casado, vivía con su esposa y una nieta adolescente, quien por ser huérfana vivía con ellos; el único ingreso de este hogar era el salario de su esposa, quien trabajaba como empleada, pero sin prestaciones laborales y recibían transferencias familiares de sus hijos: igualmente, un proveedor y dos dependientes económicos (cuadro 1).

A la dependencia económica se añadía la dependencia por enfermedad y discapacidad severa. Florentina no padecía ninguna enfermedad crónica, pero estaba postrada en cama por una caída con múltiples fracturas que la dejó inválida, motivo por el que requería de una silla de ruedas y una andadera con el aditamento de excusado portátil. Ramón padecía epilepsia y enfermedad pulmonar obstructiva crónica; las consultas médicas de control y medicamentos para ambos padecimientos eran sus necesidades de atención médica; aunada a ello y, debido a un accidente vascular cerebral, sufría de una discapacidad motriz severa que no le permitía caminar, por lo que necesitaba de una silla de ruedas para su movilidad. Juan, por su parte, padecía glaucoma, razón por la cual estaba ciego; sus requerimientos eran la consulta para el control médico del glaucoma, el medicamento para los ojos y un bastón para deambular. Ni Ramón ni Juan requirieron intervenciones quirúrgicas y ninguno de ellos necesitaba de tecnología

médica en casa. Aunque los recursos que necesitaban estos ancianos eran aparentemente menores comparados a los dos grupos anteriores, los mismos eran imprescindibles debido a su mayor nivel de discapacidad (cuadro 2).

El no acceso a la seguridad social y una capacidad de pago para los gastos de bolsillo limitada explica por qué una estrategia reiterada de estas familias fue el gasto de salud reprimido con la consecuente no satisfacción de algunas necesidades de atención médica (cuadro 3). Ramón y Juan no acudían a ninguna consulta médica para el control de sus enfermedades crónicas porque no tenían acceso al IMSS, y su familia únicamente les compraba parte de los medicamentos para sus enfermedades crónicas. Por ejemplo a Ramón, quien padecía epilepsia y enfermedad pulmonar crónica, únicamente le compraban el medicamento para la epilepsia; esta fue la estrategia seguida una vez que perdió el acceso a la seguridad social. Su hija Abigaíl explicaba esta situación: “No, él no tiene seguro, desde que murió mi mamá, él se quedó sin seguro y sin nada, le daban su medicina [en el IMSS] y ahorita ya se tiene que comprar la medicina también... ya no toma el medicamento para sus pulmones, pero toma la carbamazepina para que no le den convulsiones”. Por lo tanto, su hijo Martín o su hija Abigaíl, con quienes corresidía, le compraban el medicamento mensualmente para la epilepsia. Otra estrategia utilizada fue la de gestionar la donación del medicamento. La esposa de Juan solicitaba muestras médicas en el dispensario del barrio y lo mismo hacía Cinthia, la nieta de don Juan: “Sí, cuando le duelen [los ojos] le echamos gotas pa los ojos... es que no tiene seguro... pero mi abuelita va a media cuadra [consultorio médico], ahí vamos y como no nos cobran nada, no cobran la medecina, pues mejor”.

En las ocasiones en que Juan y Ramón enfermaron por infecciones leves, también optaron por acudir a un servicio médico privado, pero de bajo costo en el mismo barrio. Ramón acudía al consultorio de un médico general y Juan al dispensario médico, donde solo pagaban la consulta, y además ambos médicos les regalaban muestras médicas para cubrir parcialmente la cantidad prescrita y así comprar solo lo faltante, significando una disminución en el monto del gasto de bolsillo. Quienes cubrían este gasto eran los hijos de Ramón, y en el caso de Juan, su esposa o una hija (cuadro 3).

En el caso de Florentina, quien requirió de una intervención quirúrgica a causa de varias fracturas por una caída, es un ejemplo de cómo en ocasiones los esfuerzos realizados por las familias fracasan al contar con un portafolio de escasos recursos. Al fracturarse Florentina, su hija y su nieto decidieron acudir a un servicio médico de urgencias del nivel municipal por su bajo costo. Los gastos iniciales de su atención fueron cubiertos por su hija y el nieto con quien corresidía y con la ayuda de su otra hija. Sin embargo, posterior a ello, siguió una secuencia de estrategias con el fin de conseguir el dinero para pagar la intervención quirúrgica de Florentina. A su hija Susana, con quien corresidía, después de una evaluación

económica, le dijeron que pagaría el costo mínimo debido a su condición de pobreza. Susana no disponía de ahorros, ni su hijo, el nieto de Florentina, así que su primera estrategia fue buscar apoyo económico entre los otros nietos de su madre. Pero ninguno pudo ayudar porque trabajaban de manera temporal y todos ellos tenían hijos menores de edad, los bisnietos de Florentina, y no disponían ni de ingresos económicos ni de ahorros para afrontar un gasto de esta naturaleza. Después, su segunda estrategia fue pedir prestado a dos vecinos quienes los habían apoyado en ocasiones anteriores, pero tampoco pudieron prestarle la cantidad que necesitaba. Ante el fracaso de ambas estrategias, solicitó la condonación del costo de la cirugía, pero se lo negaron. Y le advirtieron que si no pagaba, no le harían la cirugía. Al no disponer del dinero suficiente, Susana se llevó a su mamá a su casa, sabiendo que no podría caminar de nuevo. Por eso Florentina estaba postrada en cama desde entonces.

Para adquirir los aparatos de movilidad asistida se echó mano de las dos estrategias (cuadro 3). Si los compraban, estos eran usados, con lo cual el costo era menor comparado con uno nuevo. La esposa de Juan le compró un bastón usado en el tianguis donde ella trabajaba con la finalidad de ahorrar dinero. La otra estrategia fue pedirlos prestados. La familia de Florentina no solo no pudo pagar la intervención quirúrgica, sino tampoco comprarle la silla de ruedas que necesitaba, ni siquiera usada, por eso le pedían prestada una silla de ruedas a una vecina en cada ocasión en que Florentina debía desplazarse fuera de casa.

Otra evidencia de la precariedad de los recursos económicos de las familias de estos ancianos es respecto al remplazo del aparato de movilidad asistida (cuadro 3). Quince años atrás, a Ramón le compraron una silla de ruedas nueva que fue pagada por su esposa, quien trabajaba, y por una hermana de Ramón, ya que sus hijos aún no trabajaban. Pero con los años, la silla de ruedas de Ramón se dañó y debía ser remplazada; para entonces su esposa había muerto. Como primera opción, una de sus hijas les pidió a sus otros cinco hermanos que cooperaran para comprarle una silla nueva, pero ninguno cooperó, argumentando no disponer de un excedente para este gasto. Ante el fracaso, optó por buscar una silla de ruedas usada, pero de nuevo, no tenía la cantidad de dinero suficiente para comprarla. Entonces decidió gestionar su donación en un programa de radio y en una escuela donde regalaban una silla de ruedas, pero no la obtuvo por realizar la gestión a destiempo. Después de estos cuatro intentos, decidió ya no seguir buscando, y Ramón siguió utilizando su misma silla de ruedas deteriorada, que ya no tenía descansapiés, ni los frenos funcionaban y la cubierta del respaldo y el asiento estaban desgarrados. Otra evidencia de la precariedad económica es la opción de sustituir un producto por otro de bajo costo. La hija de Florentina, frente a la incapacidad económica de comprar pañales desechables para su madre, empleaba retazos de tela vieja como pañal.

En este grupo de ancianos, la exclusión como beneficiarios de las políticas sociales, la carencia de ingresos propios, la precariedad de los empleos de sus hijos y la no afiliación al IMSS, no solo redujeron sus opciones, sino también la posibilidad de satisfacer algunas de sus necesidades de atención médica, ya que los ingresos de sus hijos eran insuficientes para efectuar los gastos de bolsillo para dicha atención.

Discusión y conclusiones

De acuerdo a nuestros hallazgos, los ancianos y sus familias debían hacer frente a una serie de gastos en salud derivados de un cuadro de morbilidad múltiple, ante lo cual llevaban a cabo un conjunto de estrategias a partir de sus recursos disponibles. Entre las principales estrategias realizadas están el acceso a los servicios médicos de la seguridad social, la utilización de los ingresos propios del anciano, el apoyo económico de los hijos y el préstamo de insumos, ya sea medicamentos o tecnología médica. Sin embargo, las estrategias no siempre cubrían todas las necesidades de atención médica, por eso se priorizaban los insumos para la enfermedad crónica y se consideraban gastos reprimidos los relativos a la discapacidad visual. La disparidad en los recursos en posesión de los ancianos y sus familias, junto con el acceso desigual a la seguridad social, actuaron como un mecanismo de desigualdad en el interior del mismo contexto de pobreza, manifestándose en condiciones de mayor vulnerabilidad para algunos ancianos y no para otros, en el sentido no solo de enfrentar con más o menos éxito los gastos en salud, sino también de variados efectos en el bienestar del anciano. Varios recursos merecen ser considerados para entender esta heterogeneidad en la vulnerabilidad en el seno del mismo grupo en pobreza y cómo funcionan las estrategias utilizadas.

El acceso a la seguridad social, en este caso del IMSS, incide en la forma en cómo los ancianos y sus familias responden a los gastos en salud y utilizan sus propios recursos. Reportes previos evidencian cómo la cobertura y el acceso a la seguridad social se constituyen en factores que evitan los gastos de bolsillo y los catastróficos (Díaz, E. y J. Ramírez, 2017; Goldman, D. y N. Maestas, 2013; Costa-Font, J., M. Karlsson y B. Van den Berg, 2012). Sin embargo, nuestros hallazgos evidencian el mecanismo para evitar dichos gastos en salud. Las estrategias utilizadas por los dos grupos de ancianos con ingresos propios son ejemplo de cómo la articulación de los recursos del Estado en seguridad social con los suyos propios conforman una estrategia de naturaleza no erosiva, evitando el desembolso de ingresos y ahorros para el pago del gasto de bolsillo recurrente y permanente de la morbilidad crónica, así como los altos costos de intervenciones quirúrgicas. Otro mecanismo que evita la erosión de recursos financieros es la provisión de medicamentos para la enfermedad crónica. Como

se sabe, el gasto de medicamentos representa 60 por ciento del gasto de bolsillo en México (Wirtz, V. et al., 2012) y el acceso a la seguridad social está asociada a una mayor utilización de los servicios de salud y obtención de medicamentos para los ancianos (Salgado, N. y R. Wong, 2006; Pagán, J. y A. Puig, 2005). De allí que la utilización de los servicios médicos de la seguridad social debería entenderse como una estrategia precautoria para mantener la liquidez económica de dichos hogares, cuyo mecanismo es trasladar el gasto de salud a la seguridad social y disponer entonces de “ahorros” para otras eventualidades de la atención médica.

Un portafolio con escasos recursos y con exclusión de la protección social del Estado obligaba a desembolsos permanentes de gasto de bolsillo a las familias de los ancianos sin ingresos propios. Esta condición de doble desventaja los coloca en una posición de mayor vulnerabilidad en comparación a los otros dos grupos, ya que la precariedad de los ingresos de estas familias y, por ende, la incapacidad permanente de pago de los gastos de bolsillo permite entender porqué optaban por el gasto en salud reprimido como una estrategia para proteger los escasos recursos económicos disponibles. Esta estrategia se basa en seleccionar no solo un mínimo de servicios y bienes, sino también utilizar servicios de salud de bajo costo con el fin de disminuir los gastos de bolsillo. Si bien esta estrategia protege el ingreso del hogar, afecta de forma importante el bienestar y la calidad de vida de los ancianos al experimentar una precariedad permanente en su atención médica, e incluso con efectos adversos en sus condiciones de salud como sucedió con Florentina. Este hallazgo se suma a lo reportado con anterioridad con respecto a la incapacidad de las familias pobres de enfrentar los gastos de bolsillo y optar por posponer la búsqueda de atención médica, o no hacer nada a pesar de las consecuencias negativas derivadas de no satisfacer dichas necesidades de sus integrantes enfermos (Bonfrer, I. y E. Gustafsson, 2016; Tambor, M. et al., 2014; Henry-Lee, A., W. Bailey y G. Gordon-Strachan, 2010).

El gasto en salud reprimido también es utilizado para insumos valorados como prescindibles, permitiendo “ahorros”. En el caso de ambos grupos de ancianos con ingresos, quienes disponen de un mayor margen para el gasto de bolsillo por su acceso a la seguridad social, ello no evita que las familias recurran al gasto de salud reprimido respecto a la tecnología médica. La razón se basa en una percepción de no ser una necesidad apremiante y por la posibilidad de satisfacer esta necesidad por mecanismos de reciprocidad no monetaria a través de la red social del vecindario. En estas circunstancias, al no priorizar la tecnología médica en casa como un gasto de bolsillo prioritario, evitan erosionar los ingresos de los ancianos y de la familia en bienes de salud valorados como prescindibles.

Las relaciones familiares en el interior del hogar constituyen también parte del stock de recursos de los pobres cuyo mecanismo es absorber el “shock” de un evento (Moser, C., 1998). Confiar en la ayuda de la familia es una estrategia

fundamental en condiciones de pobreza, ya que los ancianos por sí solos son incapaces de enfrentar los gastos en salud en el largo plazo (Águila, E. et al., 2011; Robles, L., 2007; Sauerborn, R., A. Adams y M. Hien, 1996). De acuerdo a nuestros hallazgos, la movilización de la familia permite proteger los ingresos de los ancianos al utilizar los de los hijos, ya sea para sufragar total o parcialmente los gastos de bolsillo. En México, existen reportes previos sobre el apoyo económico de los hijos a sus padres ancianos (Maytson et al., 2017; Pelcastre, B. et al., 2011), sin embargo, nuestros hallazgos profundizan en la forma en cómo funciona este apoyo económico a nivel intrafamiliar y las circunstancias para su movilización. Un tercer mecanismo de participación de la familia en la protección de los ingresos de los ancianos es el papel de la mujer como gestora de bienes de salud: tal era la situación de las esposas que acudían a la farmacia del IMSS en varias ocasiones para obtener los medicamentos prescritos, estrategia que salvaguardaba los ingresos al no efectuarse la compra del medicamento. Un hecho relevante es que sean las esposas y no las hijas quienes lo realizan, lo cual marca una diferencia en la valoración del uso del tiempo entre los distintos parentescos y la de proteger el tiempo de trabajo de las hijas.

Estudios previos reportan que el préstamo de dinero es una estrategia poco frecuente para enfrentar los gastos en salud entre las familias pobres (Arnold, M. et al., 2016; Fang, K., B. Shia y S. Ma, 2012; Nguyen, K. et al., 2012;), o se utiliza solo en casos de eventos mórbidos agudos (Chuma, J., L. Gilson y C. Molyneux, 2007), o las familias solicitan pequeñas cantidades (Kruk, M., E. Goldmann y S. Galea, 2009), ello debido al efecto negativo de un endeudamiento en el largo plazo (Ir, P. et al., 2012; McIntyre, D., 2006). De acuerdo a nuestros resultados, el préstamo es poco utilizado y casi siempre es en especie, no en dinero, y es utilizado solo con respecto a los aparatos de movilidad y tecnología médica. De acuerdo a Francisco Mercado Martínez y Mauricio Correa Mauricio (2015), la estrategia de pedir prestado dinero es utilizada por familias pobres mexicanas solo al inicio del tratamiento para enfrenar los gastos de salud de un integrante joven con insuficiencia renal crónica, pero es abandonada posteriormente por lo insostenible en el largo plazo. En relación con lo anterior, el préstamo en especie —tecnología médica— utilizado por las familias se basa en un mecanismo de reciprocidad que permite el intercambio de recursos no monetarios para pagar dicha “deuda”, evitando así erosionar la liquidez financiera de la familia.

En conclusión, las estrategias de los ancianos y sus familias responden a un portafolio que articula los recursos disponibles de la familia con aquellos a los cuales tienen acceso por parte del Estado, lo cual explica las diferencias en la vulnerabilidad en el interior de un mismo contexto de pobreza. Las familias pobres con capacidad de combinar estrategias no erosivas y de aseguramiento de stocks de bienes y recursos en salud en el corto plazo logran satisfacer en mejores condiciones las necesidades de atención médica de los ancianos. En

cambio, los ancianos excluidos de las prestaciones sociales del Estado y cuyas familias perciben ingresos precarios no logran satisfacer todas sus necesidades de atención médica, y están expuestos a una mayor vulnerabilidad en relación con la atención médica y sus efectos negativos en su bienestar.

Bibliografía

Adams, Alayne, Jindra Cekan y Rainer Sauerborn, 1998, "Towards a conceptual framework of household coping: Reflections from rural West Africa", *Journal of the International African Institute* 68(2), pp. 263-283.

Águila, Emma, Claudia Díaz, Mary Manqing Fu, Arie Kapteyn y Ashley Pierson, 2011, *Envejecer en México: Condiciones de vida y salud*, Washington, AARP, RAND Corporation/Centro Fox.

Arias, Patricia, 2011, "Cercanas y distantes. Desafectos y dilemas de las mujeres en la periferia urbana de Guadalajara", *Revista de Estudios de Género. La Ventana*, 4(34), pp. 39-68.

Arnold, Matthias, David Beran, Hassan Haghparast-Bidgoli, Neha Batura, Baktygul Akkazieva, Aida Abdraimova, et al., 2016, "Coping with the economic burden of Diabetes, TB and co-prevalence: evidence from Bishkek, Kyrgyzstan", *BMC Health Services Research*, 16, pp. 118-130.

Atella, Vincenzo, Marianna Brunetti y Nicole Maestas, 2012, "Household portfolio choices, health status and health care systems: A cross-country analysis based on SHARE", *Journal of Banking & Finance*, 36(5), pp. 1320-1335.

Bonfrer, Igna y Emily Gustafsson-Wright, 2016, "Health shocks, coping strategies and foregone healthcare among agricultural households in Kenya", *Global Public Health*, 12(11), pp. 1369-1390.

Breyer, Friedrich, Norman Lorenz y Thomas Niebel, 2015, "Health care expenditures and longevity: is there a Eubie Blake effect?", *The European Journal of Health Economics*, 16(1), pp. 95-112.

Casey, Bernard, Howard Oxley, Edward Whitehouse, Pablo Antolin, Romain Duval y Willi Leibfritz, 2003, "Policies for an ageing society: recent measures and areas for further reform", *Economic Department Working Papers*, vol. 369, París, Organisation for Economic Co-operation and Development.

Chuma, Jane, Lucy Gilson y Catherine Molyneux, 2007, "Treatment-seeking behaviour, cost burdens and coping strategies among rural and urban households in Coastal Kenya: an equity analysis", *Tropical Medicine and International Health*, 12(5), 673-686.

Coile, Courtney y Kevin Milligan, 2006, *How household portfolios evolve after retirement: The effect of aging and health shocks*, Cambridge, National Bureau of Economic Research.

Consejo Estatal de Población, 2010, *Sistema de consulta de información sociodemográfica por colonias de Jalisco, 2010*. Disponible en: <http://iit.app.jalisco.gob.mx/coepo/colonias/> (Recuperado el 30 de agosto de 2017).

Consejo Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, 2012, *Guía para el cumplimiento del “Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos”*, México. Disponible en: www.cofepris.gob.mx/AZ/Documents/guia_farmacias.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2017, *Medición de la pobreza en México y en la Entidades Federativas 2016*, México. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/MP/Documents/Pobreza_16/Pobreza_2016_CONEVAL.pdf

Corbett, Jane, 1988, “Famine and household coping strategies”, *World Development*, 16(9), pp. 1099-1112.

Costa-Font, Joan, Martin Karlsson y Bernard van den Berg, 2012, “Redesigning Long-term care finance and delivery”, *Applied Economic Perspectives and Policy*, 34(2), pp. 215-219.

Davies, Susanna, 1993, “Are coping strategies a cop out?”, *IDS Bulletin*, 24(4), pp. 60-72.

Díaz Ramírez, Eliseo y José Bertín Ramírez García, 2017, “Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas en México”, *Papeles de Población*, 91, pp. 65-91.

Fang, Kuagnan, Ben-Chang Shia y Shuangge Ma, 2012, “Health insurance coverage, medical expenditure and coping strategy: evidence from Taiwan”, *BMC Health Services Research*, 12, pp. 442-449.

Flores, Gabriela, Jaya Krishnakumar, Owen O'Donnell y Eddy Van Doorslaer, 2008, “Coping with health-care costs: implications for the measurement of catastrophic expenditures and poverty”, *Health Economics*, 17, pp. 1393-1412.

Gilbert, Albert, 2011, “Ten myths undermining Latin American housing policy”, *Revista de Ingeniería*, 35, pp. 79-87.

Goldman, Dana y Nicole Maestas, 2013, "Medical expenditure risk and household portfolio choice", *Journal of Applied Economics*, 28(4), pp. 527-550.

Gutiérrez, Luis Miguel y Miguel Ángel Lezana, 2013, "Propuesta para un plan de acción en envejecimiento y salud", *Cuadernillos de Salud Pública*, México, Instituto Nacional de Geriátria.

Gutiérrez, Luis Miguel y Jesús Alberto López, 2014, "La ruta para abordar el reto de la dependencia en México", en Luis Miguel Gutiérrez, María del Carmen García y Javier Jiménez (eds.), *Envejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*, México, Academia Nacional de Medicina, pp. 141-177.

Henry-Lee, Aldrie, Wilma Bailey y Georgina Gordon-Strachan, 2010, "Coping strategies used by client seeking preventive health care services, Jamaica", *Social and Economic Studies* 59(1), pp. 289-309.

Ir, Por, Bart Jacobs, Bruno Meessen y Wim Van Damme, 2012, "Toward a typology of health-related informal credit: an exploration of borrowing practices for paying for health care by the poor in Cambodia", *BMC Health Services Research*, 12, pp. 383-392.

Ibarra, Ricardo y Mariana González, 2004, "Deplorables condiciones de vida en Santa Cecilia", *La Gaceta*, 8.

Jaspers, Loes, Veronica Colpani, Layal Chaker, Sven van der Lee, Taulant Muka, David Imo et al., 2015, "The global impact of non-communicable diseases on households and impoverishment: a systematic review", *European Journal of Epidemiology*, 30, pp. 163-188.

Knaul, Felicia, Rebeca Wong, Héctor Arreola-Ornelas y Óscar Méndez, 2011, "Household catastrophic health expenditures: A comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries", *Salud Pública de México*, 53(2), pp. 85-95.

Kruk, Margaret, Emily Goldmann y Sandro Galea, 2009, "Borrowing and selling to pay for health care in low- and middle-income countries", *Health Affairs*, 28(4), pp. 1056-1066.

Lis, Maciej, 2016, *Age or time-to-death - what drives health care expenditures? Panel data evidence from the OECD countries*, Varsovia, Instytut Badan Strukturalnych.

Mayston, Rosie, Peter Lloyd-Sherlock, Sara Gallardo, Hong Wang, Yueqin Huang, Verónica Montes de Oca, et al., 2017, "A journey without maps-Understanding the costs of caring for dependent older people in Nigeria, China, Mexico and Peru", *PLoS ONE*, 12(8), pp. 1-17.

McIntyre, Diane, Michael Thiede, Göran Dahlgren y Margaret Whitehead, 2006, "What are the economic consequences for households of illness and of paying for health care in low- and middle-income country contexts?", *Social Science & Medicine*, 62(4), pp. 858-865.

Mercado Martínez, Francisco y Mauricio Correa Mauricio, 2015, "Viviendo con hemodiálisis y sin seguridad social: las voces de los enfermos renales y sus familias", *Salud Pública de México*, 57(2), pp. 155-160.

Moen, Phyllis y Elaine Wethington, 1992, "The concept of family adaptative strategies", *Annual Review of Sociology*, 18, pp. 233-251.

Morgan, David, Jutta Ataie, Paula Carder y Kim Hoffman, 2013, "Introducing dyadic interviews as a method for collecting qualitative data", *Qualitative Health Research*, 23(9), pp. 1276-1284.

Moser, Caroline, 1998, "The asset vulnerability framework: reassessing urban poverty reduction strategies", *World Development*, 26(1), pp. 1-19.

Nguyen, Kim, Oanh Hai- Khuat, Shuangge Ma, Duc Cuong Pham, Giang Hong-Khuat y Jennifer, 2012, "Coping with health care expenses among poor households: Evidence from a rural commune in Vietnam", *Social Science & Medicine*, 74(5), pp. 724-733.

Organización Mundial de la Salud, 2015, *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Suiza.

Osorio, Óscar, 2017, "Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas del concepto de vulnerabilidad", *Intersticios Sociales*, 13, pp. 1-34.

Pagán, José y Andrea Puig, 2005, "Differences in access to health care services between insured and uninsured adults with diabetes in Mexico", *Diabetes Care*, 28(2), pp. 425-426.

Palmer, Michael, Thuy Nguyen, Teresa Neeman, Helen Berry, Terence Hull y David Harley, 2011, "Health care utilization, cost burden and coping strategies by disability

status: an analysis of the Viet Nam National Health Survey”, *The International Journal of Health Planning and Management*, 26(2), e151-e168.

Pelcastre Villafuerte, Blanca, Sandra Treviño Siller, Tonatiuh González Vázquez y Margarita Márquez Serrano, 2011, “Apoyo social y condiciones de vida de adultos mayores que viven en la pobreza urbana en México”, *Cadernos de Saúde Pública*, 27(3), pp. 460-470.

Peltzer, Karl, Jennifer Steward, Paul Kowal, Joel Negin, James Snoodgrass, Alfred Yawson, et al., 2014, “Universal health coverage in emerging economies: findings on health care utilization by older adults in China, Ghana, India, Mexico, the Russian Federation, and South Africa”, *Global Health Action*, 7(1), pp. 1-9.

Pivodic, Lara, Lieve Van den Block, Koen Pardon, Guido Miccinesi, Tomás Vega Alonso, Nicole Boffin, et al., 2014, “Burden on family carers and care-related financial strain at the end of life: a cross-national population-based study”, *European Journal of Public Health*, 24(5), pp. 819-826.

Robles, Leticia, 2007, “La pobreza urbana. ¿Cómo sobrevivir enfermo y pobre?”, en Patricia Arias y Ofelia Woo (eds.), *¿Campo o ciudad? Nuevos espacios y formas de vida*, Guadalajara, Universidad de Guadalajara, pp. 67-100.

Rokach, Lior y Oded Maimon, 2007, *Series in machine perception and artificial intelligence. Data mining with decision trees: theory and applications*, vol. 69, Singapore, World Scientific Publishing.

Salgado de Snyder, Nelly y Rebeca Wong, 2006, “Envejeciendo en pobreza urbana: Conclusiones e implicaciones para la salud de los ancianos”, en Nelly Salgado de Snyder y Rebeca Wong (eds.), *Envejecimiento, pobreza y salud en población urbana. Un estudio en cuatro ciudades de México*, México, Instituto Nacional de Salud Pública, pp. 155-161.

Sánchez González, Diego y Carmen Egea Jiménez, 2011, “Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales: Su aplicación en el estudio de los adultos mayores”, *Papeles de Población*, 17(69), pp. 151-185.

Sauerborn, Rainer, Alayne Adams y Monica Hien, 1996, “Household strategies to cope with the economic costs of illness”, *Social Science & Medicine*, 43(3), pp. 291-301.

Sesma Vázquez, Sergio, Raymundo Pérez Rico, Carlos Sosa Manzano y Octavio Gómez Dantés, 2005, “Gastos catastróficos por motivos de salud en México: Magnitud, distribución y determinantes”, *Salud Pública de México*, 47(S1), S37-S46.

Sukeri, Surianti, Masoud Mirzaeli y Stephen Jan, 2017, “Does tax-based health financing offer protection from financial catastrophe? Findings from a household economic impact survey of ischaemic heart disease in Malaysia”, *International Health*, 9(1), pp. 29-35.

Tambor, Marzena, Milena Pavlova, Bernd Rechel, Stanislaw Golinowska, Christoph Sowada y Wim Groot, 2014, “The inability to pay for health services in Central and Eastern Europe: evidence from six countries”, *European Journal of Public Health*, 24(3), pp. 378-385.

Valtorta, Nicole y Barbara Hanratty, 2013, “Socioeconomic variation in the financial consequences of ill health for older people with chronic diseases: A systematic review”, *Maturitas*, 74(4), pp. 313-333.

Wirtz, Veronika, Yared Santa Ana Téllez, Edson Servan Mori y Leticia Ávila Burgos, 2012, “Heterogeneous Effects of Health Insurance on Out-of-Pocket Expenditure on Medicines in Mexico”, *Value in Health*, 15(5), pp. 593-603.

Xu, Ke, David Evans, Kel Kawabata, Rladh Zeramdini, Jan Klavus y Christopher Murray, 2003, “Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis”, *Lancet*, 362(9378), pp. 111-117.