

## La protección social en el ámbito de la salud en Cuba. Aportes desde la noción de “régimen de bienestar”

## Social Protection in the Field of Health in Cuba. Contributions from the Notion of "Welfare Regime"

**MSc. Susset Fuentes Reverón**

Profesora Instructora

Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales

Programa Cuba

[sussetf@flacso.uh.cu](mailto:sussetf@flacso.uh.cu)

**Fecha de enviado:** 12/09/2016

**Fecha de aprobado:** 11/10/2016

---

**RESUMEN:** En este artículo el autor realiza un análisis de la protección social en salud en la Cuba actual a partir del uso de la noción teórica de régimen de bienestar, con el convencimiento de que ésta ofrece la posibilidad de realizar un abordaje más complejo y multiactorial acerca de cómo participan el Estado, el mercado y la familia en la generación de capacidades para el manejo de los riesgos asociados al quebrantamiento de la salud. Asimismo presta especial atención a las desiguales capacidades que tienen las familias para hacer frente a estas situaciones, en dependencia de la magnitud y fortaleza de los recursos con los que cuentan, de manera que estos procesos de quebrantamiento de la salud se pueden vivir con más o menos limitaciones, hasta el punto en que es posible apreciar una zona importante de vulnerabilidad en materia de protección social que genera limitaciones para el enfrentamiento adecuado a estas situaciones de enfermedad.

**PALABRAS CLAVE:** manejo de riesgos, acceso a servicios de salud, cuidado y atención ante la enfermedad, protección social, Estado, mercado, familia.

**ABSTRACT:** In this article the author analyzes of social protection in health in Cuba today from the use of the theoretical notion of welfare regime, convinced that it offers the possibility of a more complex and multi-stakeholder approach about how the state, market and family in building capacity to manage risks associated with the breakdown of health involved. Also pays special attention to the unequal abilities that families have to cope with these situations, depending on the size and strength of the resources they have, so that these processes of destruction of health can live more or fewer limitations, to the point where it is possible to appreciate an important area of vulnerability in social protection that creates limitations for proper confrontation with these situations of disease.

**KEYWORDS:** risk management, access to health services, care and attention to the disease, social protection, State, market, family.

Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina

RPNS 2346 ISSN 2308-0132

Vol. 4, No. 4, Número Extraordinario, 2016

Si bien en el ámbito latinoamericano ya es común la comprensión e interpretación de la realidad desde la noción de régimen de bienestar<sup>1</sup>, y existen una serie de importantes estudios basados en este andamiaje teórico-conceptual<sup>2</sup>, es preciso destacar que en el contexto cubano este es un concepto poco conocido y, por ende, escasamente usado<sup>3</sup>. Por demás, el caso cubano también ha tenido muy poca presencia dentro del cúmulo de estudios realizados sobre los regímenes de bienestar en América Latina<sup>4</sup>.

Teniendo en cuenta ambas ausencias, y partiendo del criterio de que ninguna de las dos se basa en una demostración de la no pertinencia de este marco conceptual para ser aplicado a la realidad cubana, este artículo pretende hacer un modesto aporte en los dos sentidos.

¿Por qué una elección como ésta? Precisamente porque la noción de regímenes de bienestar aporta una mirada mucho más abarcadora y articulada a la hora de comprender cómo se produce (o no) el bienestar social y el rol que juegan los distintos actores sociales en su construcción. Quizás sea más sencillo de explicar en qué consiste este aporte, si se parte de las formas en que habitualmente han sido estudiadas las cuestiones relativas al bienestar, donde se ha privilegiado el análisis fragmentado de diversos actores en su producción, y donde el foco de atención ha sido casi exclusivamente el Estado y las políticas sociales. Tan es así que, como señala Juliana Martínez Franzoni - investigadora con una amplia experiencia en el estudio de los regímenes de bienestar latinoamericanos-, no es de extrañar que la noción de régimen se haya desarrollado, de

alguna manera, como una extensión de la noción de Estado de bienestar (Martínez, 2008).

Antes que nada es importante señalar que esta perspectiva analítica se adscribe a la comprensión del bienestar como capacidad para el manejo de la incertidumbre y el riesgo, no el bienestar como estado o condición. En este sentido, el bienestar, en tanto manejo colectivo de riesgos, alude a una variable y no a un estadio o punto de llegada (Martínez, 2005; 2007; 2008). De hecho, Esping-Andersen (1990) argumenta que los regímenes de bienestar son arreglos sociales que lidian, mejor o peor, con estructuras de riesgo dadas.

En tanto capacidad para hacer frente a los riesgos, el bienestar se construye a partir de múltiples interdependencias; a través de las relaciones interpersonales, del intercambio mercantil, de mecanismos colectivos comunitarios o estatales, cada colectivo lidia con los riesgos asociados a estar vivos en un tiempo y lugar particular, es decir, produce bienestar.

Los regímenes de bienestar, definidos por Esping-Andersen, son la manera combinada e interdependiente como el bienestar es producido y asignado por el Estado, el mercado y la familia, por lo tanto aluden a la combinación de prácticas de asignación de recursos existente en un cierto momento de una determinada sociedad (Esping-Andersen, 2002, citado en Martínez, 2008, p. 33). Según Martínez Franzoni (2007), los regímenes de bienestar son precisamente la constelación de prácticas, normas y discursos relativos a qué le corresponde a quiénes en la producción de bienestar. La autora aborda en sus estudios a los regímenes *"en tanto arreglos sociales históricamente contruidos para alcanzar el bienestar, a partir de la combinación de trabajo no remunerado, ingresos monetarios y servicios públicos"* (Martínez, 2005, p. 42-43).

Como se ha visto, la idea de “régimen” habla de la manera combinada e interdependiente como el bienestar es producido desde distintos actores, instituciones y en general lógicas de asignación de recursos, todo lo cual genera arreglos sociales específicos según la variabilidad de los ensambles posibles entre las distintas esferas<sup>5</sup>.

Las prácticas de asignación de recursos se organizan en torno a diferentes lógicas, que a su vez se reflejan en instituciones específicas. El bienestar dentro de la familia es conseguido a través de la reciprocidad, que no equivale a igualdad; en los mercados lo asignan a través del dinero, y el Estado lo redistribuye a través de un sistema de transferencias, sin que esto necesariamente implique igualitarismo.

La asignación colectiva de recursos es aquella por la cual un colectivo autoriza a una entidad central para captarlos y redistribuirlos; puede tener lugar a distintos niveles, desde el ámbito nacional hasta el local. Instituciones que expresan esta lógica son el Estado, las organizaciones comunitarias y las agencias de cooperación, las cuales redistribuyen recursos que, aunque en grados variables, autonomizan el bienestar del intercambio mercantil. Dentro de ésta, la asignación estatal de recursos es la práctica más estudiada en el marco de los regímenes de bienestar, y tiene la particularidad de incidir y dar forma a las otras prácticas (Martínez, 2008).

Por otro lado, las estructuras de mercado asignan recursos a partir del intercambio mercantil, a través del cual las personas venden su fuerza de trabajo y a cambio compran bienes y servicios. Ello requiere de ingresos, que a su vez dependen de la cantidad y tipo de empleo. Los ingresos, en este caso, son la principal fuente de acceso a bienes y servicios en el

mercado; su distribución puede generar severas desigualdades y permitir distintos grados de (in)dependencia económica, como de acceso a cantidades y calidades de los bienes y servicios necesarios para alcanzar el bienestar (Esping-Andersen, 2000).

La familia y las redes vecinales y comunales constituyen también espacios sociales donde se produce bienestar, lo cual comprende actividades que al igual que las realizadas por Estados y mercados, se traducen en bienes y servicios, que en este caso se llevan a cabo a través de trabajo no remunerado<sup>6</sup>. En este ámbito se provee cuidado, en tanto trabajo que conlleva el desempeño de tareas necesarias para la vida y la atención cotidiana, y además de dimensiones materiales incluye dimensiones afectivas y emocionales (Martínez, 2005), lo cual sugiere la necesidad de reconocer a la familia como una red básica de protección, pues la producción y reproducción del bienestar dependen en buena medida de las capacidades de las familias para hacer uso de los recursos y oportunidades disponibles (Sunkel, 2006). Sin embargo, en general el análisis de los regímenes de bienestar ha considerado a la familia como categoría residual, y en este marco teórico-conceptual ha sido una esfera escasamente teorizada e incipientemente investigada<sup>7</sup> (Martínez, 2005).

En conexión con la relación entre la producción de bienestar y las desigualdades, los trabajos de Juliana Martínez Franzoni han indagado en los “mundos del bienestar” que coexisten dentro de los regímenes de bienestar<sup>8</sup>. En este sentido la autora fundamenta que, igual que compras privadas, servicios públicos y trabajo no remunerado se combinan de distinta manera entre regímenes, también lo hacen dentro de cada régimen según la ubicación de

las personas en la estructura socioeconómica, de manera que en cada país existen realidades contrastantes: unas personas tienen múltiples opciones para el manejo de riesgos, y otras muy pocas, con un margen de acción limitado (Martínez, 2007).

La investigación sobre regímenes de bienestar en América Latina ha producido desarrollos teóricos que intentan, precisamente, reflejar las particularidades contextuales de los regímenes de la región. Si bien los diversos estudios demuestran que en este contexto geográfico hay más de un modelo de producción y distribución de bienestar, hay una característica de los regímenes de bienestar latinoamericanos, en general, que los tipifica y es la *"informalidad"* (Gough & Wood, 2004; Barrientos, 2004; Marcel & Rivera, 2008; Martínez, 2007; 2008).

La *"informalización del bienestar"* se refiere a la ampliación del ámbito doméstico y del trabajo no remunerado, en tanto esfuerzo por adaptarse y compensar insuficiencias de los mercados laborales y las políticas públicas (Martínez, 2008). En los regímenes de bienestar latinoamericanos el ámbito doméstico-familiar desempeña papeles compensatorios de las fallas de otras instituciones (mercados laborales ineficientes y políticas públicas débiles) en la asignación de los recursos, sin los cuales no es posible dar cuenta de la asignación de los recursos que tiene lugar en la región<sup>9</sup>. En este sentido, una proporción importante de la población no puede lidiar razonablemente con los riesgos sociales a través de su participación en los mercados laborales o en los servicios públicos, y dependen fuertemente de arreglos sociales y comunitarios. De manera que, en el marco de las familias y las redes sociales de apoyo las personas despliegan múltiples

estrategias para llenar los vacíos que dejan tanto su capacidad de satisfacer privadamente el acceso a bienes y servicios, como la propia participación estatal (Martínez, 2007; Sunkel, 2006).

Es posible concluir, entonces, que en América Latina la familia desempeña roles claves en la protección de sus miembros y la producción de bienestar, y se constituye como un pilar clave del régimen de bienestar latinoamericano (Sunkel, 2006).

### **Una mirada general a la realidad cubana desde la perspectiva de regímenes de bienestar**

#### **Continuidades y cambios en la arquitectura del bienestar en la Cuba revolucionaria**

Durante los primeros 30 años de la Revolución cubana, el modelo de provisión de bienestar se caracterizó por conceder un papel menor a los ingresos monetarios individuales y familiares como vía para la satisfacción de necesidades, ante el rol protagónico del Estado, institución que en el reparto de *"qué le corresponde a quiénes"* en la producción de bienestar quedó definida como la encargada fundamental de ofrecer bienes y servicios en base a los derechos ciudadanos (Domínguez, 2008; Espina, 2011; Álvarez & Máttar, 2004; Nerey, 2005).

Tal arquitectura del bienestar sufrió fisuras con la crisis y el reajuste de los años 90, contexto en el cual -no obstante al mantenimiento de la política social- algunas áreas de integración social se resintieron a partir del debilitamiento de la distribución a través de los espacios de igualdad, afectándose la calidad y posibilidades como satisfactores de necesidades de los servicios públicos (Espina,

2008a; 2008b; Álvarez & Máttar, 2004; Alonso, 2003; Zabala, 2010; Nerey, 2005; Ferriol, 2003; Mesa-Lago, 2010).

En este mismo marco, la satisfacción de una extensa franja de necesidades pasó del sector público -en condición de gratuidad o subvención- al mecanismo distributivo del mercado, lo cual ha reconstituido a los ingresos como elemento de alta fuerza diferenciadora, otorgando así un elevado protagonismo al ámbito doméstico-familiar ante la responsabilidad de intentar mantener un nivel adecuado en la satisfacción de las necesidades de los individuos/familias (Espina 2008a; Espina, 2011).

Todos estos procesos se dan, a su vez, en el marco de una nueva etapa de *“reestratificación social”*, caracterizada por el ensanchamiento de las brechas de desigualdad, el cambio en la jerarquía estructural de los factores que la definen, la polarización de ingresos monetarios, y la intensificación y el incremento de la pobreza y la vulnerabilidad social (Espina, 2003).

Estas tendencias de cambio en los roles del Estado, el mercado y las familias en la producción de bienestar se refuerzan y legitiman en el actual proceso de reforma, dentro del cual se transfieren más responsabilidades a la esfera individual/familiar en la medida en que se produce un desplazamiento de las previsiones que antiguamente proveía el Estado hacia las personas, familias y redes sociales para satisfacer la necesidad de protección social (Voghón & Peña, 2013; Peña, 2014; Fuentes, 2016).

De manera general se puede afirmar que en Cuba, durante los últimos 25 años, se ha experimentado un sui-géneris cambio en la estructura de oportunidades para el acceso al bienestar que, sin dismantelar las políticas sociales, ha depositado en el ámbito doméstico-

familiar, y a cuenta de los recursos propios de individuos y familias (que están desigualmente distribuidos), un creciente número de responsabilidades para la satisfacción de necesidades. Ubicados ya en este background general es posible repensar estas cuestiones en un ámbito específico, como puede ser la protección social en materia de salud.

### **Cuba: la protección social en el ámbito de la salud**

#### **Los servicios de salud y su capacidad de proveer protección**

Desde el triunfo de la Revolución cubana en 1959 se realizaron importantes reformas que progresivamente condujeron al establecimiento del Sistema Nacional de Salud Pública (SNSP), con carácter único, integral, universal y gratuito, cuyos principios básicos se anclan en los preceptos enunciados en la Constitución de la República, que expresa el derecho de todos los ciudadanos a la atención y protección de su salud, de forma gratuita, con cobertura universal y accesibilidad para todos, y la responsabilidad estatal al respecto.

Hay que destacar que, a pesar de las limitaciones económicas y estar sometido al rudo bloqueo económico norteamericano, el país cuenta con indicadores que resaltan positivamente respecto a la situación de los países en desarrollo y se sitúan en el rango próximo al de los países desarrollados<sup>10</sup>. Sin embargo, es preciso señalar que tanto la crisis de los 90 y el proceso de reajuste implementado para gestionarla, como la actual reforma en curso que se desarrolla en el país, han implicado disímiles dificultades, retos y desafíos para el Sistema Nacional de Salud Pública, y de manera general han propiciado un complejo escenario para la



preservación de las conquistas sociales<sup>11</sup>, más allá de la férrea voluntad política del gobierno de no renunciar a éstas<sup>12</sup>.

En medio de esta vorágine compleja se han afectado la calidad y desempeño de los servicios de salud, dada la fuerte contracción financiera que ha impactado el desarrollo de todas las prestaciones, las cuales se resienten ante la carencia de recursos e insumos necesarios. Otras afectaciones, menos señaladas por los investigadores, son las que se han producido en el ámbito de los recursos humanos, el clima laboral y la organización y gestión de los servicios (Iñiguez, 2012; Hadad & Valdés, 2010).

A pesar del desarrollo de acciones para fortalecer los servicios de salud, siguen estando presentes una serie de deficiencias asociadas a factores objetivos y a otros de naturaleza subjetiva. En documentos oficiales del MINSAP se reconoce la existencia de un conjunto de retos y problemáticas asociadas al funcionamiento del sector, como el uso inadecuado de los recursos materiales, las indisciplinas, el poco aprovechamiento de la jornada laboral y la baja productividad del trabajo, la ineficiencia, todo lo cual conlleva a la afectación en la calidad de los servicios, insatisfacciones en la población, descontrol económico, incremento de los hechos delictivos y de los gastos del presupuesto asignado a salud (MINSAP, 2010). Es significativo destacar que también, en la voz de sus directivos, se ha reconocido la presencia del “*amiguismo*” dentro del sector, y el deficiente engranaje que se produce, en ocasiones, entre los distintos niveles de atención (Fariñas, 2014).

Desde la perspectiva de los usuarios de los servicios<sup>13</sup>, también salen a relucir un conjunto de insatisfacciones: dificultades para acceder oportunamente a servicios complementarios; problemas para la adquisición de medicamentos;

insuficiencias materiales tanto en el estado constructivo de las instalaciones y las condiciones higiénico-sanitarias de éstas, como en los insumos necesarios para la atención médica y la hotelería hospitalaria; dificultades en el orden de la organización y gestión de los servicios: irregularidades y desarticulaciones entre los distintos niveles de atención; malgasto de los recursos estatales; falta de disciplina y desorden, tanto en los usuarios como en los prestadores; la existencia de preferencias no oficializadas en el acceso a servicios según criterios de “*amiguismo*” o interés económico; la ausencia e inestabilidad de los médicos de familia en los consultorios y en las consultas especializadas en policlínicos; falta de ética en algunos representantes del personal de salud, manifestada en maltrato, “*peloteo*”, indolencia, y en general incorrecta atención al paciente; necesidad de mejorar las condiciones de trabajo del personal de la salud, etc.

Estas problemáticas -y otras- han sido identificadas también en el espacio académico cubano, a partir de miradas más generales o particulares al sector y sus servicios (CIEM, 2000; CESBH, 2009; Iñiguez, 2012; Skeen, 2015; Fuentes, 2016), quedando demostrada la importancia de prestar especial atención a la calidad, eficiencia y efectividad de los servicios de salud.

Las cuestiones referidas anteriormente -tanto por instancias como el MINSAP o por la población cubana- constituyen amenazas a la responsabilidad declarada que tiene el Ministerio de Salud Pública de garantizar que cada paciente sea conducido por el sistema y reciba la atención correspondiente con la debida calidad.

En el contexto de la actual etapa de reformas en el país se han implementado, desde finales de 2010, nuevas transformaciones en el Sistema

Nacional de Salud Pública (proceso de reorganización, compactación y regionalización de los servicios de salud) con el propósito de hacer un uso más eficiente y racional de los recursos y también de alcanzar niveles superiores de eficiencia y calidad en la elevación de la salud de la población como en la satisfacción con los servicios (MINSAP, 2010).

A comienzos del año 2014 directivos de este ministerio expusieron a la población resultados de la evaluación de la primera etapa de implementación de las transformaciones (2010-2013) y sus impactos, donde se considera que se han cumplimentado los propósitos trazados, en la medida en que las transformaciones han contribuido a elevar la salud de la población, han permitido incrementar la calidad y la satisfacción con los servicios, al igual que la eficiencia y sostenibilidad del sistema (Cubadebate, 2014).

La consulta de otras fuentes no oficiales (académicas, y basadas en la opinión pública) complejiza la visión sobre las actuales transformaciones en el sector y sus posibles impactos sobre la prestación de estos servicios. Algunas investigaciones señalan -en contextos territoriales diversos dentro de la realidad cubana y a través del diálogo con los usuarios- que a partir de la reorganización de los servicios de salud se han producido variaciones en la distribución geográfica de las instituciones sanitarias (ya sea de primer o segundo nivel), cuya tendencia ha sido el alejamiento de las comunidades, lo cual ha generado limitantes en la accesibilidad geográfica a los servicios para una parte de la población y ha afectado su atención (Gómez, 2014; Hernández, Iñiguez & Gerhartz, 2011). Otros estudios como el de Skeen (2015) y Fuentes (2016) llaman la atención sobre la existencia de problemas organizativos que continúan afectando el

funcionamiento de estos servicios, lo cual destaca la persistencia de muchas problemáticas que la reforma ha estado abocada a superar, y otras que, quizás, este mismo proceso ha generado, lo cual demanda la realización de procesos evaluativos más complejos y profundos.

De manera general, se puede concluir que debido a la existencia de un único sistema de salud, de carácter universal y bajo la responsabilidad estatal, es posible afirmar que, desde la perspectiva de régimen de bienestar el Estado tiene aquí un rol central en la generación de protección social con respecto a la atención institucional a la salud. Ahora bien, ante vacíos y fisuras en sus capacidades para cumplir efectivamente con ese rol, comienzan a ganar espacio otros ámbitos (el mercado, la familia y otras redes informales de apoyo) que se articulan para la búsqueda de soluciones a los obstáculos encontrados.

Es decir, los límites de la política social, y específicamente de los servicios en su funcionamiento, tensionan a individuos/familias a buscar otros ámbitos generadores de protección en este sentido, siendo relevantes el capital económico y el capital social como medios cuya movilización permite obtener un mejor acceso y sortear las trabas existentes (Nerey, 2005; Espina et al., 2006; Voghón, 2009; Fuentes, 2016).

El uso de mecanismos "*alternativos*" (referidos concretamente, en el primer caso, al pago directo e ilegal por algún tipo de servicio o indirectamente mediante el ofrecimiento de obsequios al personal de estas instituciones, con el propósito de obtener beneficios y preferencias; en el segundo, a partir de la búsqueda de contactos con personas que trabajen en las instituciones de salud, para facilitar el acceso a éstas) está evidenciando que cuando se afectan

las redes de protección social del Estado los hogares se ven obligados a hacer un manejo de sus recursos familiares como medios para satisfacer las necesidades que aquel proveía (Busso, 2001). De esta manera, el manejo de riesgos ante los problemas en el acceso a los servicios de salud es diferenciado en dependencia del portafolio de recursos con que cuenten las familias: mientras menos recursos tengan, de los que son relevantes para el acceso a la estructura de oportunidades, menos capacidades para el enfrentamiento a los obstáculos encontrados y mayor nivel de vulnerabilidad en materia de protección social (Fuentes, 2016).

Por otro lado, las situaciones de enfermedad generan demandas de cuidado y atención que aparecen o se agudizan durante estos procesos y que demandan la movilización de diversos tipos de recursos por parte de diversas instituciones. Cuestiones como el reforzamiento de la alimentación, el cómo transportarse cuando hay que acudir a las instalaciones de salud, la demanda de cuidado y acompañamiento que ameritan las personas enfermas, la necesidad de uso de determinados insumos y/o aditamentos según tipos de enfermedades, la búsqueda y gestión de los medicamentos, etc., constituyen preocupaciones compartidas por aquellos que enfrentan situaciones de este tipo.

En este sentido es preciso enfatizar que, en parte, estas preocupaciones (fundamentalmente las referidas a alimentación y transporte) son similares a las manifestadas por la población cubana en otras investigaciones que han ahondado en cuáles son los principales problemas sentidos en la vida cotidiana de la gente (Ferriol, Ramos & Añé, 2006) y al monto y la estructura de los gastos básicos de la familia cubana (García & Anaya, 2015), pero

agudizadas, en caso de enfermedad, porque esto supone demandas adicionales a las habituales, que ya de por sí son muy difíciles de cumplir para una parte de la población (Togores, 2004).

En el enfrentamiento concreto de los hogares a tales problemáticas de enfermedad se producen diferentes participaciones del Estado, el mercado y las familias (y redes sociales de apoyo), que se constituyen -en mayor o menor medida- como fuentes de apoyo ante estas cuestiones, en la medida en que aportan bienes y servicios, según distintas lógicas de asignación.

Existen sistemas de apoyo creados por las instituciones estatales para estos casos, ya sea de forma gratuita o a precios subvencionados, a los cuales potencialmente pueden acceder las personas que los requieran<sup>14</sup>. Ahora bien, el estudio de Fuentes (2016) mostró que las experiencias en los casos estudiados en cuanto a la interacción con esos mecanismos de apoyo estatal son diversas; de manera general, la insuficiencia y escasez de los recursos otorgados, la inestabilidad con su suministro, las demoras en su obtención, los problemas en la calidad de los productos y la falta de información sobre la existencia de estos mecanismos, constituyen trabas que limitan su capacidad real de ofrecer soluciones. Por otro lado, más allá de los problemas de funcionamiento de los mecanismos establecidos, la cuestión radica en que el apoyo en este sentido se ve limitado por la disponibilidad de los recursos que el Estado puede destinar a estos fines, teniendo en cuenta la situación económica del país.

De manera que, si bien el ámbito estatal debe ser tenido en cuenta en provisión de protección social en estos casos, por sí solo no puede cubrir satisfactoriamente todas las



necesidades que se generan en el hogar a partir de situaciones de quebrantamiento de la salud de alguno/os de sus miembros (Fuentes, 2016)<sup>15</sup>.

Ante las debilidades, falencias y no suficiencia de la protección social que se genera a partir del ámbito estatal, y la persistencia de las situaciones que demandan atención, la búsqueda de soluciones otorga un gran protagonismo a otras esferas donde se puede encontrar protección social, pero en las que prima la responsabilidad individual y/o familiar en la satisfacción de necesidades: el mercado y redes informales de apoyo.

Fuentes (2016) constató en su investigación que las redes informales de apoyo, por su parte, constituyen un recurso relevante y juegan un rol fundamental en la mayoría de los casos estudiados: la familia (conviviente o no), amistades, compañeros de trabajo y vecinos desempeñan un papel protagónico como facilitadores y proveedores en la búsqueda e implementación de soluciones. Por estas redes suelen circular diversos recursos (en especies, dinero, ayuda para realizar determinadas tareas y en el cuidado de los enfermos) que son vitales para hacer frente a estas situaciones.

Por otro lado, la gran mayoría de los casos estudiados tuvieron que recurrir al mercado, en alguna medida, para satisfacer necesidades vinculadas a situaciones de quebrantamiento de la salud y las demandas que éstas imponen. Es reconocido, de forma unánime, el hecho de que "estar enfermo cuesta", refiriéndose fundamentalmente a gastos que recaen en el ámbito doméstico-familiar.

Estos resultados están en sintonía con otros que destacan la pertinencia de no sólo tener en cuenta, en materia de salud, los costos asociados al sector sanitario, sino también incluir

los gastos de bolsillo<sup>16</sup> de los enfermos y familiares o de otras instituciones dada su relevancia en el contexto cubano actual (Castillo, 2009; Fleitas et al., 2015), pues *"aunque el sistema de salud garantiza totalmente la asistencia sanitaria, dadas las limitaciones económicas que tiene el país, los enfermos y familiares tienen que derivar recursos propios para complementar aspectos que son deficitarios"* (Castillo, 2009, p. 13).

Fleitas et al. (2015) señalan oportunamente que la bibliografía nacional e internacional sobre costo de enfermedades muestra un desbalance entre el análisis de lo que eso significa para los servicios de salud y de lo que representa para la familia. En el caso cubano, específicamente, los gastos de salud en que deben incurrir las familias no es un tema privilegiado en la investigación, pues los estudios se refieren más a los costos de la salud en las instituciones que brindan los servicios, es decir, a los gastos del Estado<sup>17</sup>. Sin embargo, algunas investigaciones (Castelao, 1991; García et al., s/f; Gálvez, 2003; Castillo, 2009; Fleitas et al., 2015; Fuentes, 2016) y el sentido común entendido a través de la voz de los cubanos (ya sea a través de la consulta de espacios de opinión formalmente establecidos -como la sección de los viernes del periódico Granma- o de opiniones emitidas en espacios informales y cotidianos) evidencian la relevancia cada vez mayor que -en el contexto cubano de los últimos 25 años, y específicamente en la actualidad- tienen los gastos de salud que son de responsabilidad individual/familiar.

Según refieren los estudios -extremadamente escasos aún-, las situaciones de enfermedad producen afectaciones económicas en las familias debido a la generación de una serie de gastos adicionales a los que habitualmente ésta

debe enfrentar para su reproducción, y que se refieren a aspectos como alimentación, transportación, alojamiento, compra de medicamentos, obsequios y pagos al personal de salud, pagos a cuidadores, entretenimiento, compra de insumos médicos y no médicos necesarios para el cuidado y atención de la enfermedad, etc. (Castelao, 1991; Castillo, 2009; García et al., s/f; Fleitas et al., 2015; Fuentes, 2016). Algunas investigaciones incluyen la cuestión de los “costos de oportunidad”, relacionados con las afectaciones en la situación laboral de enfermos y familiares ante la enfermedad y la demanda de cuidado que esta genera, y su impacto sobre los ingresos (Castelao, 1991; Castillo, 2009; Fuentes, 2016).

Si bien estos estudios hacen un aporte a la visibilización de estas otras dimensiones de análisis (mercado, familia y otras redes de apoyo informales), teniendo en cuenta su presencia en la práctica del manejo de las situaciones de enfermedad, algunos de ellos evidencian, además, la magnitud de las contribuciones que estas esferas están aportando, y las desiguales capacidades de enfrentamiento familiar que se generan ante estas situaciones debido a la desigual posesión de recursos para su manejo (Fleitas et al., 2015; Fuentes, 2016).

La investigación de Fleitas et al. (2015) demuestra -acotado a la muestra estudiada- el alto gasto de bolsillo en salud en familias donde algunos de sus miembros padecen enfermedades crónicas no transmisibles y degenerativas, y la existencia de brechas de desigualdades en la forma en que viven las enfermedades, asociadas a la disponibilidad de recursos materiales y económicos para destinar a estos fines, todo lo cual incide en la calidad de vida del enfermo y sus familiares.

En consonancia, Fuentes (2016) señala que los casos analizados en su estudio revelan diferencias en las capacidades económicas de las familias para hacerle frente a estas situaciones de quebrantamiento de la salud:

*hay núcleos familiares que han desplegado una gran cantidad de recursos económicos propios en la atención y cuidado de personas enfermas; hay otras familias para las cuales constituye un reto cubrir las necesidades cuando se precisa gestionar los bienes y servicios a precios de libre mercado, teniendo en cuenta sus bajos ingresos.* (p. 104)

Desde una visión más general la autora afirma que:

*Ante un aumento de las responsabilidades que descansan en el ámbito doméstico-familiar, y la desigual distribución de aquellos capitales que se ha demostrado resultan relevantes (económico y social) en el enfrentamiento a situaciones de quebrantamiento de la salud, es posible afirmar que las familias se encuentran en desiguales condiciones que definen sus diferentes capacidades para hacer frente a estas situaciones, las cuales están marcando inequidades en este sentido.* (Fuentes, 2016, p. 107)

### Reflexiones finales

Como señala Barba Solano (2004), para planear adecuadamente la política social no basta con mirar hacia ésta en sí misma, sino que es indispensable también prestar atención a su articulación con la economía y la esfera doméstica, porque el bienestar depende fundamentalmente del engarce de todas esas esferas. Sin embargo, la tendencia analítica al respecto ha estado marcada por visiones reduccionistas que toman en cuenta nada más a

uno de los posibles productores de bienestar: el Estado (Valencia, 2010). Como afirma Juliana Martínez (2008), en este sentido, el análisis del Estado y de las políticas públicas resulta necesario, pero insuficiente.

Las potencialidades analíticas del concepto de regímenes de bienestar radican, precisamente, en que éste implica un alejamiento respecto a las visiones centradas exclusivamente en las políticas y las prácticas gubernamentales, e incorpora un carácter societal que se dirige a investigar cómo las sociedades encuentran diferentes arreglos o acomodos para producir bienestar.

Desde esta noción más abarcadora, no sólo se trata de considerar las transformaciones recientes del Estado y las políticas sociales sino más bien de reconstruir las interacciones, sinergias y tensiones que éstas producen en relación a otros ámbitos generadores de protección (Martínez, 2007). Desde esta perspectiva relacional

*El mundo real del bienestar es producto de cómo interactúan los tres pilares del bienestar [Estado, mercado y familia]. Si uno «fracasa», existe la posibilidad de que la responsabilidad sea absorbida por los otros dos o, alternativamente, que se acumulen problemas no resueltos.* (Esping-Andersen, 2002, citado en Martínez, 2007, p. 1)

Este marco analítico es en extremo pertinente para pensar la protección social en salud en la Cuba actual. Como esclarece Juliana Martínez en uno de sus trabajos relativos al ámbito de los servicios de salud,

“la literatura sobre regímenes de bienestar generalmente prescinde de análisis detallados de sectores específicos de política, mientras que los estudios de políticas de salud generalmente carecen de un encuadre que vincule estas

políticas a un universo más amplio de derechos y de manejo de riesgos” (Martínez, 2012: 98). Sin embargo, tal mirada es posible.

En el caso cubano -a pesar de la universalidad y la gratuidad de los servicios de salud- la relevancia cada vez mayor de los recursos individuales y familiares en la satisfacción de necesidades, y los obstáculos en el funcionamiento de los servicios de salud, incitan al cuestionamiento acerca de cómo se produce, en la práctica, la capacidad para el manejo de los riesgos asociados a situaciones donde la salud se ve quebrantada. En este sentido resultan relevantes las sinergias y tensiones que se producen entre los distintos ámbitos generadores de protección social (Estado, mercado y familias), específicamente en el acceso a los servicios de salud, y en la capacidad de enfrentamiento a las demandas de cuidado y atención asociadas a situaciones de quebrantamiento de la salud.

Desde lo normativo, el acceso a estos servicios es universal y gratuito y se fundamenta en una concepción de la atención y protección a la salud como un derecho constitucional de todos los ciudadanos, independientemente de cualquier condición. Si bien este punto de partida es importantísimo, no garantiza *per se* protección social, dadas las posibles brechas entre el «acceso formal» y el «acceso real» a los servicios, lo cual hace necesario trascender la intencionalidad y la retórica legal para enfocarse en las prácticas (Martínez, 2008), desde las cuales es posible un mejor acercamiento a la comprensión de cómo se da el acceso real a las oportunidades, cuáles son las dificultades que se encuentran en este sentido y qué estrategias se trazan los sujetos para enfrentarlas, todo lo cual estaría proveyendo de información muy relevante para repensar, la real capacidad de

protección social que descansa en el sistema de prestación de los servicios.

Con respecto al cuidado y la atención en el ámbito familiar ante situaciones de enfermedad, es preciso destacar que hay factores que posibilitan, apoyan y sostienen todo el proceso relativo a la atención a personas enfermas, y que contribuyen -en mayor o menor medida- a la consecución del bienestar en el marco de esa necesidad, dentro de la cual el acceso gratuito o subsidiado que ofrecen las instituciones de salud, son sólo un elemento más que forma parte de un proceso más amplio de cuidados. Estos factores antes mencionados se localizan en áreas externas al sistema de salud, pero que inciden en lo relativo al manejo de situaciones donde se ve quebrantada la salud propia o de algún familiar.

#### Notas:

<sup>1</sup> Los orígenes de este concepto se encuentran en la obra del sociólogo danés Gosta Esping-Andersen (1990; 2000) quien lo usó originalmente para referirse a variedades de capitalismo industrializado.

<sup>2</sup> La investigación comparada sobre regímenes de bienestar es una línea de estudios incipiente en América Latina, surgida hacia finales de los años 90 y principios de la siguiente década. Véase: Carmelo Mesa-Lago (1989), Fernando Filgueira (1998, 2001), Carlos Barba Solano (2004), Armando Barrientos (2004), Gough y Wood (2004), Huber y Stephens (2005), Juliana Martínez Franzoni (2007, 2008), Draibe y Riesco (2007), y Marcel y Rivera (2008).

<sup>3</sup> La tesis de doctorado en Ciencias Sociológicas de Ángela Peña (2014) -titulada "*La reproducción de la pobreza familiar desde la óptica de los regímenes de bienestar en el contexto cubano actual*"- asume como marco analítico la perspectiva de los regímenes de bienestar; otro abordaje desde el

marco teórico de los regímenes de bienestar puede encontrarse en Voghón y Peña (2013). Estos son los únicos casos conocidos donde se emplea esta perspectiva en estudios dentro de la academia cubana.

<sup>4</sup> Cuba está ausente del debate y las tipologías de regímenes de bienestar construidas para la región. Aun siendo incluido en el estudio de Mesa-Lago (1989) -considerado pionero en esta materia y referente obligado para el resto de las propuestas desarrolladas por otros autores- este país no ha sido tenido en cuenta en las posteriores clasificaciones o tipologías, y a excepción del caso de Martínez Franzoni, no se ha explicado el porqué de esta ausencia.

<sup>5</sup> El planteo original de Esping-Andersen se basa en un esquema interpretativo donde la combinación de los tres elementos (Estado, mercado y familia) es la que da como resultado dos procesos de independencia o autonomía del bienestar de las familias y personas. Por una parte, la *desmercantilización* (de-commodification) denomina el grado en que el Estado de bienestar debilita los vínculos monetarios, al garantizar derechos a las personas independientemente de su participación en el mercado (Esping-Andersen, 1990). Por otra, la *desfamiliarización* (de-familiarisation) denomina el grado de reducción de la dependencia del individuo respecto a la familia o, en su formulación inversa, el aumento de la capacidad de control del individuo de recursos económicos, independientemente de las reciprocidades familiares o conyugales (Esping-Andersen, 2000).

<sup>6</sup> Esta autora especifica que, en este sentido, es preciso tener en cuenta que hay actividades delegables y otras no delegables. La «delegación», concepto tomado por la autora de María Ángeles Durán, entendida como la interrupción de un servicio para trasladarlo a otra persona o grupo, se puede producir fuera del ámbito de la propia familia, hacia el mercado, los servicios públicos y redes informales.

<sup>7</sup> Martínez Franzoni (2008) llama la atención sobre el hecho de que fueron las investigadoras feministas

las que, desde el abordaje de las temáticas del cuidado y el trabajo no remunerado, colocaron a la familia en el centro del debate sobre la producción de bienestar.

<sup>8</sup> Esta cuestión es de gran novedad en los estudios de este tipo, pues en general el análisis empírico de regímenes de bienestar se ha basado en promedios nacionales y no en una reconstrucción de la constelación de mundos a que cada tipo de régimen da lugar.

<sup>9</sup> Este rasgo común presenta variaciones entre los distintos tipos de regímenes. Las presiones sobre las familias son muy distintas según cuenten o no con mercados laborales relativamente capaces de absorber fuerza de trabajo y remunerarla relativamente bien, y según cuenten con redes sociales compensatorias para quienes lo necesitan o con redes universales, que constituyen una protección (Martínez, 2007). Por otro lado, los problemas en el ámbito de las políticas públicas son distintos también: en unos casos se trata de un repliegue del Estado como instancia de protección social y el traspaso de una significativa parte de esa labor al mercado, lo cual significa una carga extraordinaria para la familia; en otros el Estado no necesariamente se ha retirado, pero sus servicios plantean limitaciones diversas, como pueden ser dificultades de acceso y calidad, las cuales presentan retos diferentes al ámbito doméstico-familiar.

<sup>10</sup> Dentro de la región latinoamericana Cuba cuenta con los mejores indicadores en cuanto a mortalidad infantil, mortalidad de menores de 5 años y habitantes por médico, y comparte posiciones destacadas en otros indicadores como esperanza de vida al nacer, partos atendidos por personal calificado, mortalidad materna y gasto total en salud como % del PIB. Con respecto a los países desarrollados, fundamentalmente los indicadores de mortalidad infantil y mortalidad en menores de 5 años alcanzan cifras equivalentes a aquellos. Véase: MINSAP, 2015; CEPAL, 2014a; CEPAL, 2014b; OMS, 2013.

<sup>11</sup> Durante los años 90 y los 2000 varios estudiosos concordaron en la existencia de un conjunto de limitaciones (devenidas en retos) en el modelo de política social cubano, dentro de las cuales se incluyó la insuficiente sustentabilidad económica de ésta (Espina, 2008b; Espina 2011; Nerey, 2005; Domínguez, 2008).

<sup>12</sup> En este contexto, el sector de la salud siempre ha constituido un área priorizada por el gobierno cubano, manteniendo su amplia cobertura y su gratuidad en el acceso, no sólo en lo que concierne a servicios básicos, sino también a servicios médicos de alta complejidad (Ferriol, 2003).

<sup>13</sup> Esta información proviene del análisis de la sección *Cartas a la Dirección* que sale publicada cada viernes en el periódico *Granma* y que refleja opiniones de la población cubana. La revisión abarcó el período comprendido desde la fundación de la sección, en marzo de 2008, hasta las publicaciones relativas al año 2014, y el foco de atención estuvo puesto en las referencias explícitas sobre el sector de la salud, y específicamente los servicios.

<sup>14</sup> A ciertos tipos de enfermos se les ofrece -por la vía de la canasta alimenticia normada- una cuota adicional que consiste esencialmente en leche en polvo, pollo y viandas. Por otro lado existen mecanismos, a través de los distintos niveles y estructuras dentro del sistema de salud, para el suministro de una serie de aditamentos, insumos y servicios que se precisan según tipos de enfermedades: taxis, pañales desechables, colectores de orina, bolsitas para ostomía (para los operados con colostomía), sillas de ruedas, camas fowler, balones de oxígeno, prótesis físicas, bastones, soportes ortopédicos, levín, sondas, glucómetros, alcohol, torundas, gasa y algodón. También existe apoyo, por parte de Asistencia Social, a hogares o personas que presentan una situación económica en extremo desfavorable y además problemas de salud que evidentemente pueden agravar la precariedad de las condiciones de vida. Según las especificidades de los casos, se ofrecen gratuitamente los medicamentos, se



aportan productos higiénicos o insumos específicos, e incluso se ofrece el servicio de asistentes sociales a domicilio, cuyo salario es pagado por el Estado; a esto se suma la prestación de servicios de apoyo al cuidado como los hogares de ancianos, las casas de abuelos y los hogares para personas con enfermedades mentales, entre otros.

<sup>15</sup> Aunque la existencia de esta opción constituye un alivio a las responsabilidades familiares, sobre todo para aquellos casos donde la situación de sus condiciones materiales de vida es más precaria, para los cuales la ayuda de Asistencia Social constituye una fuente de recursos que les provee, aunque sea, un mínimo de amparo.

<sup>16</sup> Los gastos de bolsillo se consideran como parte del gasto privado en salud, en este caso los relativos a todas las erogaciones, directas e indirectas, que la familia destina al cuidado de la salud de sus miembros. Incluye los gastos directos por servicios de diverso tipo, y también puede incluir los gastos indirectos por costos de transporte u otros, pérdidas salariales asociadas a sucesos de enfermedad, etc.

<sup>17</sup> Para información sobre el gasto en salud en Cuba: su ejecución por años; su participación dentro del gasto general de las actividades presupuestadas por el Estado, y comparaciones internacionales de indicadores de gasto en salud, consúltase *Anuario Estadístico de Salud Cuba 2014* (ONEI); *Panorama Económico y Social Cuba 2013* (ONEI), *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013* (OMS). El *Anuario Estadístico de Salud* de Cuba sólo considera en sus datos el gasto en salud resultante de la ejecución del presupuesto estatal; sin embargo, las *Estadísticas Sanitarias Mundiales* tienen en cuenta varios indicadores de gasto en salud, como por ejemplo: gasto total en salud como porcentaje del producto interior bruto; gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total en salud; gasto privado en salud como porcentaje del gasto total en salud; gasto del gobierno general en salud como porcentaje del gasto total del gobierno; recursos externos para la salud como porcentaje del gasto total en salud; gasto directo de los hogares como porcentaje del

gasto privado en salud; planes de prepago privados como porcentaje del gasto privado en salud, etc.

#### Referencias:

- Alonso, A. (2003). *Lidiar con la pobreza en el Caribe hispano: en busca de claves efectivas*. CD ROOM Taller CIPS.
- Álvarez, E. & Máttar, J. (coords.) (2004). *Política social y reformas estructurales: Cuba a principios del siglo XXI*. México: CEPAL, INIE, PNUD.
- Barba, C. (2004). Régimen de bienestar y reforma social en México. En *Serie Políticas Sociales*, No. 92. Santiago de Chile: CEPAL.
- Barrientos, A. (2004). Latin America: Towards a liberal-informal welfare regime. En Gough, I. & Wood, J. (Eds.), *Insecurity and welfare regimes in Asia, Africa and Latin America: social policy in development contexts*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Busso, G. (2001). *Vulnerabilidad social: nociones e implicancias de políticas para Latinoamérica a inicios del siglo XXI*. Seminario Internacional Las diferentes expresiones de la vulnerabilidad social en América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: CEPAL.
- Castelao, J. (1991). *Calidad de vida y gastos individuales en las pacientes de cáncer de mama. Un estudio preliminar*. Tesis de Maestría en Salud Pública. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana.
- Castillo, A. (2009). Procedimiento para realizar estudios de costo-utilidad en instituciones sanitarias cubanas. Tesis de Doctorado. Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana.
- CEPAL. (2014a). *Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe 2014*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- CEPAL. (2014b). *Panorama social de América Latina 2014*. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
- Centro de Estudios de Salud y Bienestar Humano (CESBH). (2009). Condicionantes del deterioro de la calidad de los servicios de salud en

- Ciudad de la Habana. Informe. Universidad de La Habana.
- Centro de Investigaciones de la Economía Mundial (CIEM). (2000). *Investigación sobre el desarrollo humano y equidad en Cuba. 1999*. La Habana: Caguayo.
- Cubadebate. (2014). *Las transformaciones en el sistema nacional de salud y sus impactos*. Intervención de los panelistas en la Mesa Redonda de la Televisión Cubana el 26 de marzo de 2014. [www.cubadebate.cu](http://www.cubadebate.cu)
- Draibe, S. M. & Riesco, M. (2009). *El Estado de bienestar social en América Latina. Una nueva estrategia de desarrollo*. Documento de Trabajo No. 31. España: Fundación Carolina, CeALCI.
- Domínguez, M. I. (2008). La política social cubana: principales esferas y grupos específicos. *Temas*, 56.
- Espina, M. (2003). Efectos sociales del reajuste económico: igualdad, desigualdad y procesos de complejización en la sociedad cubana. Ponencia presentada en el Congreso de LASA, Dallas, Estados Unidos.
- Espina, M. (2008a). *Políticas de atención a la pobreza y la desigualdad. Examinando el rol del Estado en la experiencia cubana*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.
- Espina, M. (2008b). Política social en Cuba. Equidad y movilidad. *Working Papers*, No. 07/08-3. Estados Unidos: Universidad de Harvard.
- Espina, M. (2011). La política social en Cuba: resultados y retos. Ponencia. Seminario La cuestión social en Cuba contemporánea. Center for Latin American and Latino Studies, American University.
- Espina, M., Hernández, Á., Togores, V. & Hernández, R. (2006). El consumo: economía, cultura y sociedad. *Temas*, 47.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Princeton: Princeton University Press.
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías posindustriales*. Barcelona: Ediciones Ariel.
- Esping-Andersen, G. (2002). Towards the Good Society, Once Again? En *Why We Need a New Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Fariñas, L. (Mayo, 8, 2014). Somos responsables de conducir al paciente en la solución de sus problemas de salud. Entrevista al Dr. Emilio Delgado, director de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública. *Granma*.
- Ferriol, A. (2003). Acercamientos al estudio de la pobreza en Cuba. Ponencia., Taller Aproximaciones Metodológicas al Estudio de la Pobreza y la Política Social. Boston: Centro de Estudios Latinoamericanos David Rockefeller, Universidad de Harvard.
- Ferriol, A., Ramos, M. & Añé, L. (2006). Reforma económica y población en riesgo en Ciudad de la Habana. *Cuba: Investigación Económica*, 12 (1-2).
- Filgueira, F. (1998). El nuevo modelo de prestaciones sociales en América Latina: residualismo y ciudadanía estratificada. En Roberts, B. (Comp.), *Ciudadanía y política social*. San José: FLACSO.
- Fleitas, R. et al. (2015). Los gastos de salud en familias cubanas. Estudios de caso. En Fleitas, R. (Comp.), *Investigación socioantropológica en salud. Enfoque de género*. La Habana: Centro de Estudios Demográficos.
- Fuentes, S. (2016). El acceso a los servicios de salud y la capacidad de enfrentamiento familiar ante situaciones de quebrantamiento de la salud. ¿Un lugar desde el cual pensar la reproducción de desigualdades en la Cuba actual? Tesis de Maestría. FLACSO-Cuba, La Habana.
- Gálvez, A. M. (2003). Economía de la salud en el contexto de la salud pública cubana. *Revista Cubana de Salud Pública*, 29 (4).
- García, A. & Anaya, B. (2015). Gastos básicos de una familia cubana urbana en 2011. Situación de las familias «estado-dependientes» En Zabala, M. del C., Echevarría, D., Munoz, M. R., Fundora, G. (Comps.), *Retos para la equidad social en el proceso de actualización del modelo económico*

- cubano*. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales.
- García, A., Rodríguez, A., Marine, M., de Vos, P. & Van der Stuyfs, P. (s.a.). Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar.
- Gómez, C. (2013). Pobreza, salud mental y desigualdad. Un acercamiento a los actores institucionales que median esta relación en un Consejo Popular cubano. En Zabala, M. del C. (Comp.), *Algunas claves para pensar la pobreza en Cuba desde la mirada de jóvenes investigadores*. La Habana: Publicaciones Acuario.
- Gough I. & Wood, G. (2004). *Welfare Regimes in Asia, Africa y Latin America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hadad, J. L. & Valdés, E. (2010). La protección social en salud como enfrentamiento a una crisis económica. *Revista Cubana de Salud Pública*, 36 (3).
- Hernández, W., Iñiguez, L. & Gehartz, A. (2011). Acercamiento geográfico al Sistema de Salud de la provincia de Pinar del Río. *Novedades en Población*.
- Huber, E. & Stephen, J. (2005). *Successful Social Policy Regimes? Political Economy and the Structure of Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay and Costa Rica*. Ponencia presentada en "Democratic governability in Latin America".
- Iñiguez, L. (2012). Aproximación a la evolución de los cambios en los servicios de salud en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38 (1).
- Marcel, M. & Rivera, E. (2008). Régimen de Bienestar en América Latina. En Tironi, E. (Comp.), *Redes, Estados y Mercados*. Uqbar Editores, CIEPLAN.
- Martínez, J. (2005). Regímenes de bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales. *Revista Centroamericana de Ciencias Sociales*, II (2).
- Martínez, J. (2007). Regímenes de Bienestar en América Latina. *Documento de trabajo, No. 11*. España: Fundación Carolina, CeALCI.
- Martínez, J. (2008). *¿Arañando bienestar? Trabajo remunerado, protección social y familias en América Central*. Buenos Aires: CLACSO.
- Martínez, J. (2012). Servicios de salud, universalismo y desigualdad en Centroamérica: tercetos legados e incipientes transformaciones. En Fidel, C. & Valencia, E. (Coords.), *(Des)encuentros entre reformas sociales, salud, pobreza y desigualdad en América Latina*, Buenos Aires: CLACSO.
- Mesa-Lago, C. (1989). *Ascent to bankruptcy: financing social security in Latin America*. Pittsburg: University of Pittsburg Press.
- Mesa-Lago, C. (2010). Cincuenta años de servicios sociales en Cuba. *Temas*, 64.
- MINSAP. (2010). *Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública*. La Habana: MINSAP.
- MINSAP. (2015). *Anuario Estadístico de Salud 2014*, La Habana: MINSAP.
- Nerey, B. (2005). Cuba: desarrollo, estado de bienestar y política salarial. Tesis de Maestría, Universidad de La Habana.
- OMS. (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Ginebra: OMS.
- Peña, A. (2014). La reproducción de la pobreza familiar desde la óptica de los regímenes de bienestar en el contexto cubano actual. Tesis de Doctorado. Universidad de La Habana.
- Skeen, M. M. (2015). Las políticas sociales en el ámbito de la Salud Pública. Municipio Plaza de la Revolución. Atención Primaria 2010-2014. Tesis de Maestría. FLACSO-Cuba, La Habana.
- Sunkel, G. (2006). El papel de la familia en la protección social en América Latina. *Serie Políticas Sociales*, No. 120. Santiago de Chile: CEPAL.
- Togores, V. (2004). Ingresos monetarios de la población, cambios en la distribución y efectos sobre el nivel de vida. En *15 Años del Centro de Estudios de la Economía Cubana*. La Habana: Editorial Félix Varela.
- Valencia, E. (2010). Los debates sobre los regímenes de bienestar en América Latina y en el Este de

Asia. Los casos de México y Corea del Sur.  
*Revista Espiral*, XVI (47).

Voghón, R. M. (2009). La transmisión intergeneracional de la pobreza: entre el cambio y la reproducción. Tesis de Maestría. Universidad de la Habana, La Habana.

Voghón, R. M. & Peña, A. (2013). ¿Reproducción de la pobreza en el contexto de políticas sociales universales? Encrucijadas y desafíos del modelo de protección social cubano. En *Persistencias de la pobreza y esquemas de protección social en América Latina y el Caribe*. Buenos Aires: CLACSO-CROP.

Zabala, M. del C. (2010). *Familia y pobreza en Cuba. Estudio de casos*. La Habana: Publicaciones Acuario.