

**Desde la economía de la salud, un examen a la COVID 19 en Cuba**  
**From the Health Economy, an exam to COVID 19 in Cuba**

**Autores: Norma Sánchez Paz<sup>1</sup>, Dalia Beatriz Quintana Velázquez<sup>2</sup>.**

1 Doctora en Ciencias Económicas, Profesor e investigador Titular, Docente de la Universidad Oscar Lucero Moya. Holguín. Cuba.

<https://orcid.org/0000-0002-4310-5828>. Correo: nspaz@uho.edu.cu.

2 Master en Economía de la Salud. Licenciado en Educación. Profesor Auxiliar. Investigador Agregado. Docente de la Universidad de Ciencias Médicas Holguín. Cuba.

<https://orcid.org/0000-0003-3540-354X>. Correo: bettyhlg@infomed.sld.cu.

Correspondencia: nspaz@uho.edu.cu.

## **RESUMEN**

En el contexto internacional y nacional relacionado con la COVID-19, desde finales del 2019, ha impuesto a los sistemas de salud de todos los países un reto que desborda las capacidades disponibles en unidades de servicios, públicas como privadas, dada su alta tasa de infección y letalidad. Para frenar el contagio, y evitar el colapso sanitario, numerosos gobiernos decretaron un confinamiento que ya se extiende, y que tiene efectos severos en la economía. Estas meditaciones que se presentan al lector no están dirigidas a profundizar o ampliar sobre el efecto de la enfermedad Covid -19 en la economía cubana, o del mundo, por lo que se ha dejado de producir; ni sobre la profunda crisis económica globalizada que se avecina. El objetivo de este trabajo es, desde la perspectiva de la ciencia Economía de la Salud, ofrecer argumentos que permitan valorar el esfuerzo de Cuba para enfrentar esta enfermedad, a partir de las interrogantes, ¿De dónde se obtienen los recursos financieros para Salud Pública en Cuba?, ¿Cómo se determina el costo de una enfermedad?, ¿Cómo se utilizan los recursos para garantizar que toda la población pueda acceder en condiciones de equidad a una atención médica segura?, abordando en las consideraciones finales, la necesidad de cumplir las medidas de prevención y control establecidas por el MINSAP, para proteger la vida de las personas, y contribuir a la disminución de los gastos económicos y sociales asociados a esta enfermedad.

**Palabras clave:** economía de la salud, recursos financieros, costos.

## **ABSTRACT**

In the international and national context related to COVID-19, since the end of 2019, it has imposed on health systems in all countries a challenge that overflows the capacities available in service units, public as private, given their high infection rate and lethality. To curb contagion, and prevent health collapse, many governments decreed a confinement that is already spreading, and has severe effects on the economy. These meditations presented to the reader are not aimed at deepening or expanding the effect of Covid-19 disease on the Cuban economy, or the world, so it has ceased to occur; nor about the deep globalized economic crisis ahead. The objective of this work is, from the perspective of the science Economy of Health, to offer arguments that allow us to assess Cuba's effort to deal with this disease, based on the questions, Where are the financial resources for Public Health in Cuba obtained?, How is the cost of a disease determined?, How are resources used to ensure that the entire population can access safe health care in conditions of equity? , addressing in the final considerations, the need to comply with the prevention and control measures established by MINSAP, to protect people's lives, and to contribute to the reduction of the economic and social expenditure associated with this disease.

Keywords: health economics, financial resources, costs.

## **INTRODUCCIÓN**

Entre los investigadores y especialistas de las ciencias económicas existe la aprobación de definir la Economía de la Salud como la rama de la economía cuyo objeto de estudio es el uso racional de los recursos para la atención de enfermedades, el cuidado de la salud y la promoción de la salud, a través de las técnicas, conceptos y herramientas propios de la economía.

Esto no significa que su contenido está en analizar cuánto se gasta en la prestación de los diferentes servicios de salud sino en cómo gastarlo mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menos costos, por lo que en la actualidad es calificada como una disciplina científica que aborda temas tan amplios como el financiamiento, producción, distribución y consumo de bienes y servicios que satisfacen necesidades del campo de la salud sobre la base de principios de eficiencia y equidad.

El cumplimiento de dichos principios exige de esta disciplina la búsqueda de alternativas que permitan el empleo racional (razonado) de los recursos disponibles, para ofertar servicios de salud seguros, en condiciones de igualdad a mayor cantidad de personas. Es por ello que, entre otros contenidos, investiga el significado y medida de los estados de salud; la producción de los servicios sanitarios; la demanda por salud y por servicios de salud; análisis de costo efectividad y

de costo beneficio; salud territorial; seguros de salud; mercados de servicios de salud; financiamientos; costo de enfermedades y evaluación de opciones en los servicios de salud.

Una singularidad de la Economía de la Salud reside en las características especiales de la salud como bien económico, las cuales no se miden exclusivamente en términos de rentabilidad como sucede con otros bienes. La salud no tiene precio, aunque para recobrarla o mantenerla sea preciso incidir en costos.

Aunque la salud tiene implicaciones económicas presenta diferencias esenciales con otros campos relacionados con la economía, fundamentalmente porque a la salud no sólo le compete un aspecto de utilidad, sino también porque constituye una necesidad básica para la población. A su vez, los niveles de salud en una población están influidos por la estructura económica de una sociedad, y el sistema de producción influye de manera concluyente en la salud.<sup>1</sup>

Tan es así que, en estos meses de enfrentamiento a la Covid-19, se ha podido apreciar la diferencia en la atención concedida por algunos gobiernos a esta enfermedad: países capitalistas desarrollados con sistemas de salud colapsados y la población pobre siendo mayoría entre los enfermos y fallecidos; las recetas neoliberales no han funcionado; países bloqueados y subdesarrollados pero con modelos socioeconómicos humanistas, democráticos e inclusivos, han ejercido algún tipo de control sobre la enfermedad.

Las tendencias del desarrollo científico y tecnológico contemporáneo hacen que la Economía de la salud se actualice y se incluyan en ella los temas de planificación de recursos humanos especializados; la oferta de industrias vinculadas; equidad y determinantes de inequidad en el uso de servicios de salud; gestión económica de hospitales; presupuestos; asignación territorial de recursos; métodos de remuneración al personal sanitario y análisis comparativo de sistemas y políticas de salud; con el objetivo de estimar la eficiencia de la organización y ejecución de los servicios de salud y, sobre todo, sugerir formas de mejorar sus resultados.

La presencia de la enfermedad Covid-19 en el mundo, desde finales del año 2019, ha impuesto a los sistemas de salud de todos los países un reto que desborda las capacidades disponibles en unidades de servicios, tanto públicas como privadas, dada su alta tasa de infección y letalidad. Para frenar el contagio, y tratar de evitar el colapso sanitario, numerosos gobiernos decretaron un confinamiento que ya se extiende a más de cinco meses y que tiene efectos severos en la economía.<sup>2</sup>

Según el Banco Mundial, en un informe presentado el lunes 8 de junio de 2020, la pandemia del coronavirus y las medidas de aislamiento y clausura asociadas a ella, provocaron un golpe "rápido y masivo" que hundió a la economía mundial en la crisis más extendida desde 1870, por lo que se

espera una contracción de la economía mundial del 5,2% en 2020, con una caída del PIB en Latinoamérica del 7,2% (Información de AFP).

Cuba no queda fuera de ese contexto y desde el 11 de marzo, día en que se diagnosticaron los primeros casos con esta enfermedad en el país, tiene que enfrentar los difíciles retos que impone la actual situación, agravada por la crisis internacional y el recrudecimiento del bloqueo imperialista, a la vez que defiende con mucho esfuerzo lo logrado a través de un modelo socioeconómico particularmente humanista que ha sido construido a lo largo de seis décadas de Revolución.

En los últimos meses mucho se ha dicho y escrito sobre el impacto de la Covid-19 en la economía de todos los países del mundo, desarrollados o no, ricos o pobres; sin importar la afiliación política de los gobiernos la pandemia ha hecho cerrar los mercados, las fábricas, agencias de viajes, flotas aéreas casi todas paralizadas en tierra; en fin, la actividad económica mundial detenida. Pero estas reflexiones que hoy se presentan al lector no están dirigidas a profundizar o ampliar sobre el efecto de la enfermedad Covid -19 en la economía de Cuba, o del mundo, por lo que se ha dejado de producir; ni sobre la profunda crisis económica globalizada que se avecina, eso está claro para todos.

El objetivo de este trabajo es, desde la perspectiva de la ciencia Economía de la Salud, ofrecer argumentos que permitan valorar el esfuerzo que ha tenido que hacer Cuba para enfrentar esta enfermedad con tanta dignidad como lo ha hecho, pues hay un costo económico sobre el cual las autoridades del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) y de la dirección del país no se han pronunciado porque, felizmente, este es un país donde importa más la cantidad de vidas salvadas, los pacientes recuperados, las altas médicas y epidemiológicas concedidas cada día, las muestras de diagnóstico analizadas y las medidas de control para prevenir su transmisión.

No espere el lector que aquí va a encontrar una cifra que expresa cuánto cuesta atender y curar un paciente de Covid-19 en Cuba; aun cuando ya hay Historias Clínicas de pacientes dados de alta y recuperados que permitirían hacer los cálculos correspondientes sobre los gastos incurridos para curar a cada uno de ellos, no es necesario ni ético hacerlo.

Cuando hay algunos que, desoyendo el llamado de prudencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el MINSAP, no prestan la debida atención a las medidas recomendadas para la prevención y control de la epidemia, es mucho más pertinente explicar de dónde salen los recursos que se emplean, cómo se hacen los cálculos para determinar el costo de una enfermedad, qué significa cada partida de gasto, cómo se utilizan los recursos para garantizar que toda la población pueda acceder en condiciones de equidad a una atención médica segura; y en

consecuencia, desde la responsabilidad personal y social reflexionar en la importancia de cuidarse para no enfermar, de no transmitir enfermedades y contribuir así a alcanzar una sociedad sana y económicamente próspera.<sup>3</sup>

## **DESARROLLO**

### **¿De dónde se obtienen los recursos financieros para Salud Pública en Cuba?**

El Sistema Nacional de Salud cubano es totalmente financiado por el Estado y cada año se destinan millones de pesos para garantizar el cumplimiento exitoso de los diferentes programas de salud que se brindan a la población. A pesar de la difícil situación económica que ha tenido que enfrentar el país en los últimos años, las cantidades de recursos que se destinan a este sector a través del presupuesto no han disminuido, por el contrario se incrementan cada año, y así se puede comprobar en los Anuarios estadísticos publicados cada año por la Oficina Nacional de Estadística e Información (ONEI).

La Asamblea Nacional del Poder Popular de la República de Cuba, en su sesión del día 20 de diciembre de 2019, correspondiente al Cuarto Período Ordinario de Sesiones de la IX Legislatura, aprobó el presupuesto del Estado para el año 2020. En esencia, en su estructura, ya desde entonces, se pronosticaba un nivel de ingresos brutos de 66 290,8 Millones de Pesos, inferior en 7 095 millones a los gastos previstos (73 185,8) debido a las tensiones financieras vaticinadas en el plan de la economía a causa, fundamentalmente, del recrudecimiento del bloqueo de Estados Unidos y de las sanciones extraterritoriales impuestas por la actual administración de ese país a quienes comercien con Cuba.

A partir de una estrategia económica, científicamente fundamentada, y en correspondencia con el proceso de actualización y perfeccionamiento del modelo económico y social cubano, se proyectaba que, a pesar del déficit previsto, ese presupuesto podía “garantizar la sostenibilidad de servicios básicos a la población”, como afirmaba la ministra de Finanzas y Precios Meisi Bolaños Weiss, ese propio día en su intervención en la Asamblea Nacional.

Con fecha 13 de enero de 2020 fue publicada la Gaceta Oficial No.4 Extraordinaria de la República de Cuba (GOC-2020-15-EX4), y en ella la Ley No.130/2019 Del Presupuesto del Estado para el año 2020. En la proyección de los límites de gastos, según los niveles de actividad respaldados por el Plan de la Economía, el total de gastos debía ser hasta 73 185,8 Millones de Pesos, de los cuales se destinarían a la Actividad Presupuestada 46 328,1 Millones, y dentro de ella a Salud Pública y Asistencia Social un total de 12 740,2 Millones, es decir el 17,4 % del total

de gastos y el 27,5 % de los gastos destinados a aquellos sectores financiados totalmente por el Presupuesto central del Estado.<sup>4</sup>

El 7 de enero de 2020 científicos chinos identificaron el agente causal de una enfermedad con características de rápida transmisión y alta letalidad, un nuevo coronavirus, que posteriormente fue bautizado como SARS-CoV-2. A la nueva enfermedad que el virus causaba la denominaron COVID-19 y ya el 30 de enero (sólo 17 días después de publicado el Presupuesto cubano) la OMS<sup>6</sup> la declaraba como una epidemia que constituía una emergencia de salud pública de preocupación internacional ([www.paho.org](http://www.paho.org)).

La Covid-19 llegó, sin importar de dónde ni cómo, se expandió muy rápido y lo cambió todo. Como es lógico suponer la economía cubana también cambió y el presupuesto del Estado ha tenido que ser ajustado pues los Ingresos Brutos previstos no han sido alcanzados y los Gastos de la Actividad Presupuestada se han mantenido en algunas esferas y en otras se han incrementado.

El día 4 de mayo de 2020, el Periódico Granma, Órgano oficial del Comité Central del Partido Comunista de Cuba, publicó los aspectos fundamentales del ajuste realizado al Presupuesto del año 2020 y las indicaciones necesarias para el proceso de planificación del año 2021. Al decir de Alejandro Gil Fernández, Ministro de Economía, “no se puede distribuir una riqueza que no se ha creado”, es decir, no se han obtenido los ingresos que se esperaban y por tanto “no podemos hacer todo lo que teníamos previsto”, había que establecer prioridades, aplazar proyectos de inversión aprobados, reducir y eliminar gastos.

Una situación económica compleja en la cual sólo el sistema de trabajo instaurado por el gobierno en el país ha permitido encontrar las mejores respuestas a la Covid-19. Se creó un Grupo Temporal Nacional dirigido por el Presidente de la República y el Primer Ministro que se reúne diariamente; se realizan conferencias de prensa diarias para informar al pueblo sobre la actualización de la marcha del Plan para la Prevención y Control del nuevo coronavirus; una sesión de trabajo semanal con el Grupo Asesor Económico para abordar los temas concernientes a la estrategia de desarrollo económico social; conferencias del Grupo Asesor en la preparación mensual del Consejo de Ministros sobre los impactos de la COVID-19, los posibles escenarios y la necesaria transformación productiva, además de una intensa labor en la concepción de la Estrategia Económica Social en la etapa de fortalecimiento de la economía para enfrentar un escenario prolongado de crisis.

En el artículo “Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19”, de los autores Miguel Díaz-Canel Bermúdez y Jorge Núñez Jover (2020), se puede ampliar sobre el

sistema de trabajo empleado y las principales acciones realizadas por el gobierno y los organismos de la Administración Central del Estado para garantizar un servicio de salud de calidad, gratuito y totalmente inclusivo ante esta enfermedad, sin obviar los principios de solidaridad e internacionalismo que siempre ha manifestado Cuba hacia cualquier país que solicite la ayuda de su “Ejército de batas blancas”.<sup>4</sup>

Además del financiamiento que el Estado ha podido conceder al MINSAP en este período de enfrentamiento a la Covid-19 se ha podido contar con recursos donados por diferentes países, organizaciones, organismos, personas naturales y jurídicas. Se agradece a la OMS y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la movilización de recursos financieros que han permitido la compra de equipos e insumos necesarios; China y Sudáfrica donaron mascarillas, trajes protectores, gafas protectoras, zapatos de aislamiento; la empresa china de transporte Yutong también realizó donación importante de materiales de protección y prepara envío de ambulancias especiales; la Embajada China en Cuba donó 200 000 dólares; así mismo se recibió el 5 de junio de este año una donación de los Emiratos Árabes Unidos de suministros médicos, test rápidos y recursos para la bioseguridad de los profesionales de la primera línea de combate ante la Covid-19; Vietnam donó 5 000 toneladas de arroz necesario para apoyar en la alimentación de pacientes y personal de la salud en hospitales y centros de aislamiento.

Son muchas las muestras de solidaridad recibidas, y que aún siguen llegando; no son suficientes unas pocas cuartillas para enumerarlas todas. Lo más importante es reconocer que gracias a ellas se han incrementado los recursos disponibles para hacer frente a las limitaciones presupuestarias que tiene el país, han constituido un paliativo significativo cuando más se necesita.<sup>5</sup>

Sirvan estos elementos para valorar el esfuerzo que ha tenido que hacer la dirección del país en estos meses para distribuir los escasos recursos disponibles para enfrentar esta enfermedad y que, cuando piden a la población la mayor responsabilidad y conciencia para la protección, el mayor cuidado para evitar el contagio y la transmisión, lo hacen por la voluntad política expresa de que la salud de las personas es prioritaria pero también porque hay un costo económico que asumir y “se hace muy difícil sacar de donde no hay” como dice una sentencia popular.

### **¿Cómo se determina el costo de una enfermedad?**

Los costos representan los recursos consumidos y aplicados a las actividades de un período económico determinado. En el Manual de Costos elaborado por la Dirección de Economía del MINSAP (2012) se definen los costos de la siguiente forma:

Costos directos: Generalmente pueden considerarse como tales aquellos gastos originados por: el pago de la fuerza de trabajo que ejecuta directamente las acciones, los consumos de los materiales utilizados y los servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.

Costos indirectos: Son ejemplos de estos costos los administrativos de toda índole, los de áreas de servicios, auxiliares y otros que se ejecutan con la finalidad de apoyar las actividades que realiza la Entidad.

Costos fijos. Su fijeza o constancia lo determina la necesidad de incurrir en dichos gastos a pesar de que el volumen o nivel de actividad estuviera muy por debajo del límite establecido. Ej.: salario y depreciación.

Costos variables: Su monto está directamente asociado al nivel de actividad, como pueden ser los gastos que se incurren en: medicamentos, alimentos, servicio de lavandería y otros. Las cuantías de estos costos aumentan o disminuyen en correspondencia con el mayor o menor número de pacientes atendidos.

Costo total: Es el resultado de la acumulación de todos los costos en que ha sido necesario incurrir para la producción de bienes materiales o la prestación de servicios, puede ser la sumatoria de los costos directos e indirectos incurridos, o también de los costos fijos y variables efectuados en el desarrollo de la actividad objeto de análisis.

Atendiendo a la capacidad del mercado para determinar su valor monetario, los costos pueden clasificarse en: Costos tangibles, y Costos intangibles. Los costes tangibles a su vez, pueden subdividirse en dos categorías: Directos e Indirectos. Los costos directos. Dentro de los costes directos debe distinguirse entre sanitarios y no sanitarios: los costos directos sanitarios, como el costo de la consulta, provienen de los recursos que intervienen de manera directa en el mejoramiento de la salud; los costos directos no sanitarios, como el costo de transporte, de los recursos que sirven de apoyo únicamente. Los costos indirectos por otro lado, se originan de la reducción de la capacidad para el trabajo atribuible a la morbilidad y mortalidad asociadas. Algunos autores añaden a ésta clasificación la categoría de costos intangibles para incorporar los costos síquicos relacionados al dolor, preocupación y sufrimiento, así como la pérdida de tiempo libre y el costo de la vida en caso de muerte. Actualmente se incluyen los que resultan de la morbilidad o mortalidad, es decir, lo que un sujeto hubiera llegado a ganar si no hubiera perdido un miembro o una función o no hubiera muerto prematuramente. Algunos de estos tipos de costos, para cuantificarse, deben ser convertidos a unidades cuantitativas como años de calidad de sobrevivida. Por las variables que implican, es obvio que los costos indirectos son difíciles de



cuantificar.<sup>4</sup> Costos intangibles, son los que no pueden ser valorados a través de los mecanismos del mercado, y que soportan: 1) los pacientes a consecuencia de la enfermedad o de su tratamiento (sufrimiento, dolor, miedo, malestar, incomodidad, insatisfacción con la atención).

Costo presupuestado: son los costos unitarios y totales que se derivan explícita o implícitamente de los elementos contenidos en la formulación del presupuesto o plan.

El estudio de los costos en la esfera de la salud constituye un proceso en el que participan diversos agentes y disciplinas, por lo que los analistas deben ser muy cuidadosos en este aspecto y explicar detalladamente cada uno de los procedimientos. En las entidades sanitarias el manejo de los costos puede ser considerado de dos formas: costos hospitalarios, y costos por enfermedad.<sup>6</sup>

Se denominan costos hospitalarios al conjunto de variables que permiten evaluar la eficiencia del trabajo en el hospital, pues revelan a cuánto asciende el costo del mismo al realizar actividades que le son inherentes teniendo en cuenta el nivel de actividad médica. En los costos hospitalarios se muestran el grado de eficiencia con que se utilizan los medios en uso, el nivel de productividad alcanzado y la óptima utilización de los medicamentos y recursos materiales.

Los Costos por enfermedad es el resultado de calcular a cuánto asciende, en unidades monetarias, la prestación de un servicio tomando en consideración los recursos materiales y humanos que se pongan a su absoluta disposición.

Según Drummond (1997), los costos de la enfermedad se clasifican según el agente que los soporta, así, los costos son soportados por el sistema sanitario, las familias, o los agentes externos al sector salud. Los costos atribuibles a los pacientes y sus hogares incluyen los insumos utilizados en la lucha contra la enfermedad fuera del sistema sanitario, el tiempo desviado de actividades productivas o de esparcimiento, y los denominados costos síquicos atribuibles al dolor, preocupación y sufrimiento. Una enfermedad tiene costos para la persona que la sufre y para la sociedad.<sup>7</sup>

Para Mushkin, el beneficio que resulta de una mejora en la salud es el producto creado por el trabajo de una persona aunado al ahorro derivado del gasto en cuidados médicos.<sup>8</sup>

Es importante destacar que, desde el punto de vista del hospital, toda esta información detallada del coste de determinada enfermedad contribuirá a la toma de decisiones pues en el momento de elaborar el presupuesto permitirá prever qué parte de este deberá ser destinada a la atención de dicha enfermedad.

La OMS ha presentado recientemente orientaciones sobre cómo ampliar de manera eficaz los servicios de salud y de apoyo en respuesta a la pandemia de la COVID-19. Las medidas identificadas en las orientaciones pueden organizarse en torno a los tres pilares siguientes:

- Vigilancia y supervisión. Contención y prevención. Mitigación y tratamiento.

Como se puede apreciar para la ejecución de acciones en los tres puntos referidos se requieren recursos. Por ejemplo, en el momento del diagnóstico los costos asociados con las pruebas varían según el tipo de prueba realizada y van más allá de los equipos de prueba e incluyen la capacidad y el equipo de laboratorio, el transporte de muestras y el personal debidamente equipado para realizar pruebas a gran escala.

Según los datos de «Essential Supplies Forecasting Tool» de la OMS, el costo de un equipo de prueba de la COVID-19 es de alrededor de USD 260 para las pruebas que requieren análisis de laboratorio, y el equipo de laboratorio adicional necesario para obtener el resultado de la prueba (excluida la maquinaria) cuesta alrededor de USD 1.2008. Según la evidencia, el costo de la maquinaria necesaria para realizar análisis a gran escala de las pruebas puede ascender a miles de dólares (Estados Unidos). Sin embargo, estas cifras quizá no reflejen todos los costos asociados al transporte a los laboratorios, así como el costo de los equipos de protección personal para quienes administran la prueba. Si bien han comenzado a producirse kits para realizar pruebas en casa y sobre el terreno a mayor escala y actualmente se venden al por menor a precios similares a los de sus contrapartes de laboratorio, se ha observado que la precisión de dichos kits es baja en muchos casos. En los países con capacidad de laboratorio limitada, los acuerdos regionales e internacionales para utilizar las instalaciones de otros países podrían servir para reducir costos y acelerar el proceso de realización de pruebas. No obstante, muchos países de bajo ingreso necesitarán la cooperación y el financiamiento internacionales para desarrollar eficazmente la capacidad de realizar pruebas. Además, como muchos de estos países ya enfrentan limitaciones de capacidad de atención de la salud que no pueden ampliar fácilmente, la realización de pruebas y el aislamiento podrían ser las medidas de salud más eficaces para contener los resultados negativos en materia de salud.<sup>9</sup>

Conocidos estos elementos técnicos, que de forma general sirven para calcular el costo de tratamiento de una enfermedad, debe el lector admitir que en la atención de los pacientes que en Cuba han contraído la Covid-19, y de las personas que por sospecha están en un centro de aislamiento o en vigilancia en su área de salud, hay un costo económico asociado a medicamentos, materiales de laboratorio y radiográficos, salarios, alimentos, vestuario, portadores energéticos, materiales de limpieza, esterilización, transporte, lavandería, administración, entre otros muchos gastos. Unos costos directos o indirectos; fijos o variables; tangibles o no tangibles; en fin costos que se financian básicamente a través del presupuesto del Estado.

## **Cómo se utilizan los recursos para garantizar que toda la población pueda acceder en condiciones de equidad a una atención médica segura.**

Aun en estas condiciones de restricción de recursos que enfrenta Cuba, y a pesar de los ajustes que han sido necesarios hacer al presupuesto de este año 2020, sigue siendo prioridad la salud de la población y, en consecuencia, se trabaja para garantizar que todos los cubanos puedan acceder en condiciones de equidad a una atención médica segura.

La estructura organizativa del sistema nacional de Salud Pública en Cuba facilita la distribución de los recursos sanitarios hasta los asentamientos poblacionales más alejados e intrincados.

La Ley No. 41 del 1983 define al MINSAP como el órgano rector del gobierno para garantizar la salud pública y, además, precisa que el Sistema Nacional de Salud (SNS) es el conjunto de unidades administrativas, de servicios, docencia e investigación y producción, responsabilizados con la atención integral de la salud de la población. Este sistema se basa en los principios de la salud pública socialista y sus unidades se encuentran relacionadas entre sí y con las organizaciones políticas y de masas.

La actividad principal del SNS es la prestación de los servicios de atención médica preventiva-curativa a la población y su organización se ajusta a la estructura del Estado y a la división político-administrativa del país. Sus niveles administrativos están representados por el MINSAP como organismo central y las direcciones provinciales y municipales de salud correspondientes a los Órganos Locales del Poder Popular (OLPP) de cada uno de estos niveles.

Las instituciones del SNS y los niveles administrativos provinciales y municipales mencionados se encuentran bajo una doble subordinación: desde el punto de vista ramal se subordinan al MINSAP, como organismo rector que controla a todo el sistema y elabora los aspectos normativos; y desde el punto de vista territorial a los OLPP y sus direcciones sectoriales provinciales y municipales de salud, que aseguran la ejecución de las tareas. Es decir, que las instituciones de salud se encuentran jerarquizadas metodológicamente por el MINSAP y administrativamente por los Órganos Locales del Poder Popular.

Del nivel central dependen administrativamente los institutos superiores de ciencias médicas, los institutos de investigaciones, las empresas nacionales, los hospitales nacionales y otras unidades presupuestadas.

El nivel provincial es el eslabón intermedio y le corresponde adecuar la política del país en salud pública a las características de cada provincia. Desde el punto de vista de la estructura orgánica, el nivel provincial cuenta con un director provincial y cinco vice directores: asistencia médica; docencia; higiene y epidemiología, que a su vez es director del Centro Provincial de Higiene y

Epidemiología; economía y servicios. La industria farmacéutica es una empresa que depende de la dirección provincial; esta asesorada por el consejo de dirección. Dependen del nivel provincial el Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas, los politécnicos de la salud, los hospitales provinciales y las empresas provinciales y el Centro Provincial de Higiene y Epidemiología.

El nivel municipal es el eslabón vital del SNS, y tiene la tarea de ejecutar la política y los programas de salud. Su estructura orgánica depende del tamaño y número de unidades. En las unidades de menor complejidad el director de la institución fundamental es a la vez el director municipal; las de mayor complejidad pueden tener hasta tres vice directores.

Los servicios municipales están constituidos fundamentalmente por el policlínico y el hospital rural, de los cuales dependen los médicos del sector o los médicos de la familia, la posta médica, las clínicas estomatológicas, los centros municipales de higiene y epidemiología, el hogar materno y los hospitales que le correspondan.

Otras instituciones del Estado pueden tener subordinadas unidades de salud, previa autorización del Consejo de Ministros (Ley salud pública, artículo 7), pero se dirigen de acuerdo con la legislación de salud pública.

El SNS cubano orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Esta estructura metodológica y administrativa permite ofrecer cobertura de servicios médicos a toda la población.

El concepto de cobertura implica el reconocimiento de una relación dinámica entre las necesidades y aspiraciones de la población (demanda de servicios) y los recursos disponibles y sus combinaciones tecnológicas e institucionales (oferta) para satisfacer esa demanda.

Estos dos elementos, cuya distinción es importante, servirán de base para la utilización de la noción de niveles de atención en la programación de servicios.<sup>10</sup>

La forma de agrupación de los problemas y de las respuestas de atención de los sistemas de salud ha dado origen a la formación clásica de niveles de servicio: primario, secundario y terciario. Esos niveles de atención en salud constituyen la organización de la atención en diferentes niveles de complejidad y tiene por objetivo conjugar en forma eficiente la necesidad de cumplir con un máximo de cobertura los servicios que se presten, con la mayor calidad posible y con una misma cantidad de recursos.

El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, el nivel del primer contacto (Atención primaria). Está dado, en consecuencia, como la organización de los recursos que permite resolver

las necesidades de atención básica y más frecuente, que pueden ser resueltas por actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Es la puerta de entrada al sistema de salud y se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas, centros de salud, etc. Se resuelven aproximadamente el 85% de los problemas prevalentes. Este nivel permite una adecuada accesibilidad a la población, pudiendo realizar una atención oportuna y eficaz. En el segundo nivel de atención se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y psiquiatría. Se estima que entre el primer y el segundo nivel se pueden resolver hasta el 95% de problemas de salud de la población. El tercer nivel de atención se reserva para la atención de problemas poco prevalentes, se refiere a la atención de patologías complejas que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debe ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se presentan.

Cada uno de estos niveles posee su propia complejidad. Se entiende como complejidad el número de tareas diferenciadas o procedimientos complejos que comprenden la actividad de una unidad asistencial y el grado de desarrollo alcanzado por ella.<sup>11</sup>

Cada nivel de atención condiciona el nivel de complejidad que debe tener cada establecimiento. El grado de complejidad establece el tipo de recursos humanos, físicos y tecnológicos necesarios para el cumplimiento de los objetivos de la unidad asistencial, sus servicios y organización. En el enfrentamiento a la Covid-19 en Cuba se desarrollan acciones en los tres niveles de atención y ha sido preciso garantizar los recursos necesarios para cada uno de ellos. La amplitud y variedad de intervenciones realizadas en estos casi seis meses, tanto en la atención primaria como secundaria y terciaria, en cada provincia y municipio del país, impiden mostrar hoy una cifra que exprese el costo total de tratamiento de la enfermedad. Cuando ese cálculo se realice, se hará una valoración económica que favorezca la toma de decisiones administrativas en el sector, relacionadas principalmente con la planificación y distribución de recursos para el enfrentamiento de esta y otras enfermedades.<sup>12</sup>

## **CONCLUSIONES**

Para concluir, retomando el objetivo de este trabajo, se debe reflexionar sobre la necesidad de cumplir las medidas de prevención y control establecidas por el MINSAP, en primer lugar, para proteger la vida de las personas, y en segundo lugar para contribuir a la disminución de los gastos económicos y sociales asociados a esta enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ortún, V. Economía en Sanidad y Medicina. Instrumentos y limitaciones. Barcelona: Hogar del Libro.1992
2. WWW.paho.org La epidemia de Covid-19 fue declarada por la OMS una emergencia
3. www.sld.cu Covid-19 es ya pandemia
4. Díaz- Canel Bermúdez M y Núñez Jover, J. “Gestión gubernamental y ciencia cubana en el enfrentamiento a la COVID-19”, Revista Anales de la Academia de Ciencias de Cuba, 2020.
5. www.cubadebate.cu Izquierdo Ferrer, Lissett y otros. Qué destino tendrá el Presupuesto del Estado 2020.
6. Rodríguez, L. M. (2006). Conceptos de economía de la salud para médico. México D.F: Instituto Mexicano del Seguro Social.
7. Moreno Viscaya, M., Mejía Mejía, A., & Castro Jaramillo, H. E. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. Manual para la elaboración de evaluaciones económicas en salud.<http://www.iets.org.co> Bogotá, Colombia. 2014.
8. Breff, P. Análisis de los costos del tratamiento de los pacientes quemados en la sala de Caumatología del Hospital Pediátrico Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de Holguín en el período 2011- 2013. Pp 6-31. Cuba.2014
9. Jiménez, E. H. Análisis de los costos del tratamiento de la Atresia Esofágica en el servicio de Neonatología del Hospital Pediátrico Universitario “Octavio de la Concepción de la Pedraja” de Holguín. 2014.
10. De BidegainIgnatius, Dudine Paolo, Hellwig Klaus, Jahan Samir y Verdier Geneviève. Departamento Finanzas Públicas del Fondo Monetario Internacional Políticas de salud en respuesta a un brote: principios generales. 2020
11. Castellanos Robayo, Jorge. Situaciones de cobertura, niveles de atención y atención primaria. Basado en un trabajo presentado en el Seminario sobre nuevas dimensiones en el papel de la Enfermera en la prestación de Atención Primaria. San José. Costa Rica, 1977.
12. Vignolio Julio; Vacarezza Mariela; Álvarez Cecilia y Sosa Alicia. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de salud. Archivos de Medicina Interna (online) 2011, Vol.33 No. 1, citado 2020-08-29 pp7-11 disponibles en <http://www.scielo.edu.uy>.
13. Drummond, M. Methods for the Economic Evaluation of Health Care. Second Edition. Oxford University Press.1997