

El sistema de salud cubano: una mirada a su forma de financiamiento

Cuban Health System: a Look to its Financing System

Laura Galeano Zaldívar^{1*}

Arelys Esquenazi Borrego²

¹Universidad de La Habana

²Universidad Federal de Espírito Santo (UFES), Brasil

*Autor para la correspondencia: lauragz@fec.uh.cu

RESUMEN

El financiamiento de los sistemas de salud juega un rol central en los niveles de cobertura de los servicios de salud; asimismo, repercute en la calidad y en los resultados alcanzados no solo en esta esfera, sino también en términos sociales en general. Es por ello, que el propósito del presente artículo es reflexionar acerca de cómo el financiamiento de los sistemas de salud juega un rol clave en la provisión de servicios de mayor calidad, en el logro de una mayor cobertura y mejores resultados. La experiencia cubana ha alcanzado notables resultados en esta área, los cuales constituyen un referente a nivel mundial. En el caso de Cuba, esto se ha traducido en un financiamiento estatal de manera creciente en tiempo destinado al sistema nacional de salud, como una forma de garantizar una elevada cobertura, acceso universal, sostenibilidad de diferentes programas; así como, la calidad y resultados alcanzados en dicha área.

Palabras clave: Cuba, financiamiento, gasto en salud, sistemas de salud.

ABSTRACT

Financing of health systems plays an essential role in the coverage levels of health services, likewise, this financing influence in quality and results achieved not only in this sphere, but also in social terms in general. Therefore, the aim of this paper is to reflect about the way the financing of health services plays an essential role in the provision of higher quality services, in

achieving a greater coverage and better results. Cuban experience has reached remarkable results in this area, which constitutes a point of reference worldwide. In the case of Cuba, this has been translated in an ever growing state financing of the national health system in order to guarantee a higher coverage, worldwide access, different programs sustainability, as well as the quality and results achieved in such area.

Keywords: *Cuba; financing; health expenditure; health systems*

Fecha de recibido: 12/12/2018

Fecha de aceptado: 20/02/2019

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos primordiales del desarrollo humano es disfrutar de una vida larga y saludable. Lo anterior, además, tiene repercusión directa en los niveles de crecimiento, en la distribución del ingreso, en general en el logro de mayores niveles de desarrollo en todas sus dimensiones. Es por ello que no resulta sorprendente que en el debate internacional sea un tema obligado la necesidad de alcanzar mejores niveles de salud. No obstante, sigue siendo preocupante la gran disparidad que se observa no solo entre grupos de países, sino también al interior de los mismos en este sentido.

América Latina no solo no escapa a esta realidad, sino que es un perfecto exponente de ese inmenso contraste. A pesar de los esfuerzos de la última década impulsados sobre todo por gobiernos de corte más progresista de diferentes países; así como, distintas organizaciones internacionales y movimientos sociales, la región aún muestra considerables déficits en cuanto a la cobertura, el acceso y el financiamiento dedicado a los sistemas de salud.

Instituciones como la Organización Mundial de la Salud, además de académicos de diversas partes del mundo, enfatizan la necesidad de esclarecer qué se entiende por cobertura universal de salud, cuánto cuesta y a quién (World Health Organization, 2010). Es por ello, que el financiamiento de los sistemas de salud se ha mantenido como tema un central dentro de las discusiones de política social a nivel internacional.

Un elemento central en el debate en cuanto al financiamiento de los sistemas de salud, es el elevado peso que aún tiene el aporte privado de los individuos como forma de financiar sus servicios de salud. Este es un aspecto que ha ganado mayor destaque, sobre todo en los últimos años, debido a una coyuntura internacional desfavorable a partir de la crisis internacional de finales 2007 y principios del 2008, que se

ha reforzado para América Latina con el comportamiento a la baja de los precios de las materias primas. Lo anterior ha visibilizado nuevamente el carácter procíclico de las políticas sociales en la región, que este escenario se han contraído notablemente; y específicamente se ha materializado en recortes presupuestarios en el área de la salud.

Ciertamente, los márgenes de expansión del gasto público social han disminuido debido a las restricciones en la recaudación fiscal que impone el débil desempeño económico. Como consecuencia de lo anterior, surge la necesidad de explorar nuevas fuentes y mecanismos de financiamiento que hagan sostenible en el tiempo la política social (y las erogaciones ligadas a ella) y así permitan consolidar los logros obtenidos (CEPAL, 2016).

De igual forma, otro elemento que ha incidido negativamente en el diseño e implementación de las políticas sociales en la región, ha sido la aplicación de toda una serie de contrarreformas neoliberales, que han sido pautadas en años recientes en las agendas de algunos de los países latinoamericanos. En este sentido, resalta la expansión de iniciativas privadas de hospitales y de planos de seguro de salud, como respuesta a una tendencia a recortar por parte de algunos gobiernos, los presupuestos del sector de la salud.

De igual forma, el sistema de protección social ha reducido la amplitud y cobertura de la mayoría de los programas, además de continuar teniendo como una importante característica: poseer una variedad desarticulada de programas para distintos grupos poblacionales. Lo anterior tiene como agravante las diferencias existentes en el mercado laboral en cuanto a las diferencias entre el sector informal y formal; lo cual conlleva a que el acceso por parte de la población a la protección social en general, y en particular a los sistemas de salud sea altamente segmentado. Es por ello que, se impone la necesidad de construir sistemas de protección social más inclusivos, solidarios en su forma de financiamiento y con una verdadera cobertura universal.

En términos de política de salud, Cuba es uno de los países de Latinoamérica que mejores resultados ha venido ostentando en las últimas décadas; lo cual ha sido objeto de reconocimiento por las más importantes instituciones entendidas en el tema. No obstante, para seguir sosteniendo tales resultados se hace imprescindible continuar con el enfoque de prioridad otorgado por el gobierno a impulsar el sector, tanto en la generación de ingresos por concepto sobre todo de exportación de servicios médicos; como en el desarrollo de toda una serie de programas de carácter nacional que determinan la universalidad y la calidad de los servicios de salud en el país. Igualmente, otro aspecto esencial en este sentido es el asociado a potenciar la eficacia y eficiencia en la ejecución del presupuesto del Estado asignado al sector de la salud, siendo esta una de sus más importantes partidas.

Todo lo anterior se encuentra estrechamente vinculado con una serie de preguntas que sirvieron como elementos motivadores de esta pesquisa, tales como: ¿cuáles constituyen las principales características de la forma de financiamiento del sistema de salud cubano? y ¿cuáles serían los principales retos que enfrenta en la actualidad?

El propósito del presente artículo es reflexionar acerca de cómo el financiamiento de los sistemas de salud juega un rol clave en la provisión de mejores servicios y para el logro de una mayor cobertura del mismo. Para ello, se dedica un primer acápite a analizar las características de los sistemas de salud de acuerdo a su forma de financiamiento; de igual forma, se exponen las principales tendencias al respecto de la región latinoamericana en los últimos años; y por último, se analizan las características del Sistema Nacional de Salud en Cuba, en relación a su forma de financiamiento, la relevancia del mismo dentro del presupuesto del Estado y del PIB, así como, se esbozan algunos de los principales desafíos en esta temática para el país.

LOS SISTEMAS DE SALUD DE ACUERDO CON SU FUENTE DE FINANCIAMIENTO

Existen tres vías fundamentales para financiar los Sistemas Nacionales de Salud: taxación o impuestos; contribución compulsada -ya sea deducida del salario o vinculada al riesgo, las cuales son pagadas por diferentes instituciones públicas y privadas-; así como, la suscripción voluntaria a esquemas de seguros privados. Adicionalmente se debe tener en consideración que, las fuentes de financiamiento en sentido general, no se limitan a las de origen gubernamental; sino que comprenden también la ayuda oficial para el desarrollo, la asistencia y apoyo prestados por organizaciones no gubernamentales y los gastos domésticos (Evlo y Carrin, 1992).

A partir de la identificación de las fuentes de financiamiento antes mencionadas, pueden a su vez distinguirse tres modelos fundamentales en cuanto al diseño de los sistemas de protección social, y por ende, también en relación al tipo de organización de los sistemas de salud. Esto se encuentra en estrecha vinculación a la clasificación otorgada a las diferentes modalidades en que se han concretado los arreglos institucionales de los llamados «Estados Sociales», que se desarrollaron en los principales países capitalistas sobre todo a partir de finales del siglo XIX y que se consolidaron con el llamado «Estado de Bienestar Social», después de 1945. Majnoni (1992) los clasifica como:

- a) Sistema Beveridge o sistema nacional de salud: se financia vía taxación o impuestos, controlados a su vez por el parlamento. Los médicos son empleados asalariados y pagados por medio de un

honorario (o tarifa por persona asegurada), mientras que los hospitales reciben un presupuesto estatal.

- b) Sistema Bismark o sistema de seguro de salud: con este sistema de atención médica, la financiación de los fondos se efectúa por contribuciones compulsadas por firmas y empleados. Se encuentra orientado fundamentalmente a la población asegurada a través de algún esquema. Los ciudadanos que no tienen acceso a tales fondos están cubiertos, en teoría, por taxación o esquemas de seguro privado. La atención médica provista por médicos privados (a veces organizados en clínicas privadas) y pagados sobre la base de honorarios por servicios; y los hospitales, tanto públicos como privados, los cuales reciben financiamiento a través del Estado.
- c) Sistema Semashko o sistema centralizado: en este sistema existe un control gubernamental mediante un sistema planificado centralmente y financiado en su totalidad por el presupuesto estatal. Todos los empleados del sistema son asalariados. No existe sector privado y presenta libre acceso para todos a los servicios de salud.

Por su parte, la OMS (World Health Organization, 2010) identifica tres líneas claves en cuanto al financiamiento de la salud: 1) aumentar la cantidad de dinero destinado a la salud; 2) eliminar las barreras financieras al acceso a la salud y reducir el riesgo financiero de la enfermedad; 3) hacer un mejor uso de los recursos disponibles. Igualmente, la citada organización afirma que los gastos de bolsillo no solo limitan el acceso a los servicios de salud, sino que además causan ineficiencia e inequidad en cuanto a la utilización de los recursos, pues potencia el uso, en ocasiones excesivo, de aquellos que pueden pagar los servicios de salud, y por otra parte, la imposibilidad de acceder a los mismos por la otra parte de la sociedad que no puede pagarlos.

De esta forma, para lograr esquemas de financiamiento que verdaderamente permitan la cobertura universal de salud, los sistemas de financiamiento deben ser específicamente diseñados para: proveer a todas las personas los servicios de salud necesarios (prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación) con suficiente calidad para ser efectivos; asegurar que el uso de estos servicios no expongan a los usuarios a dificultades financieras (World Health Organization, 2010).

De manera general, se evidencia el impacto que puede tener los diferentes esquemas de financiamiento aplicados en el sector de la salud, no solo en el propio diseño institucional del sector, sino también en el nivel de cobertura y las condiciones de acceso al mismo. Lo anterior, generalmente también genera un impacto indirecto en la calidad de los servicios y en los resultados de esta esfera. A continuación se analizarán las principales características de las formas de financiamientos del área de la salud en Latinoamérica; así como sus principales tendencias en los últimos años.

Panorama general del financiamiento del sector de la salud en América Latina

La generalidad en Latinoamérica es que la mayor parte de los establecimientos de salud son administrados y operados por los ministerios del sector y los programas médicos de los sistemas de seguro social. Los Ministerios de Salud obtienen recursos de los ingresos generales del gobierno central, provenientes de los impuestos; los fondos de los sistemas de seguro social, provenientes de las deducciones de nóminas salariales pagadas por trabajadores y empresarios; y en algunos casos de impuestos grabados específicamente para salud. Los gastos directos que realiza cada familia en forma de pagos por servicios médicos y de laboratorio, para la compra de medicamentos y otros suministros, son un componente importante de la mezcla público/privado del financiamiento de los servicios de salud en la región.

América Latina ha venido registrando un aumento sistemático del gasto social en los últimos años. Esta tendencia no es homogénea para todos los países, pero la mayoría muestra una ampliación significativa. De igual forma, también es heterogéneo el peso destinado dentro del gasto social a cada uno de los sectores que componen esta partida. En este sentido, el sector salud de manera presenta una ligera tendencia creciente en el tiempo, pero aún con valores medios bastante alejados de los resultados de los países que más destinan recursos a este sector; como es el caso de Cuba con 11,1 %; Paraguay con 9,8 %; Costa Rica con 9,3 % y Ecuador con 9,2. (Ver Gráfico 1)

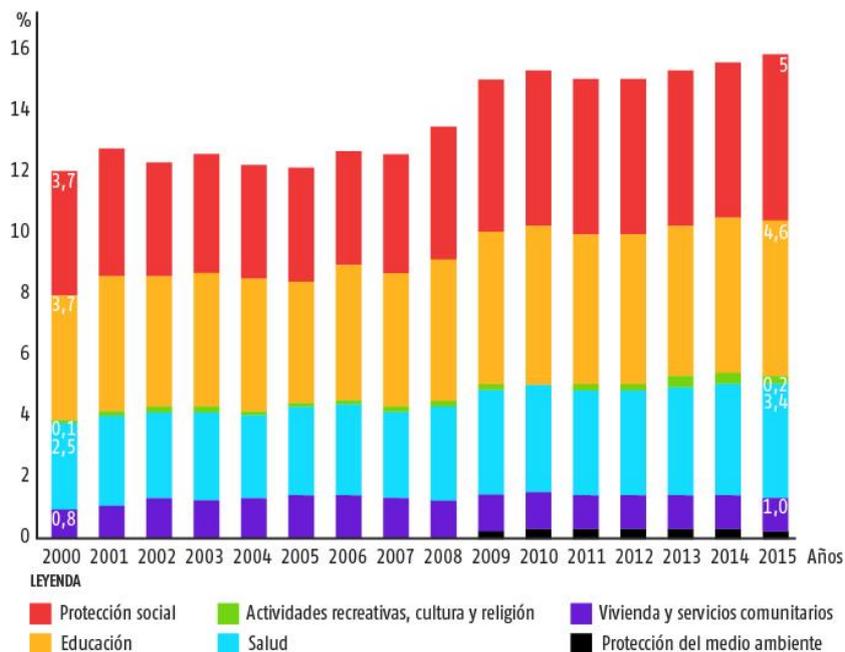


Gráfico 1. Gasto social del sector público por funciones (como % del PIB). América Latina y el Caribe (19 países), 2000-2015.

Nota: Los países que se incluyen son los siguientes: Argentina, Bolivia (Estado Plurinacional de), Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, México y Perú; Chile, Guatemala, Haití, Honduras, Nicaragua, Panamá, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela (República Bolivariana de). Para Bolivia (Estado Plurinacional de) y Panamá se cuenta con información hasta 2014 y para Venezuela (República Bolivariana de) hasta 2009.

Adicionalmente, varios son los países de la región que han realizado esfuerzos para reformar sus sistemas de salud con el objetivo de lograr la cobertura universal de dichos servicios, lo cual se ha evidenciado en el aumento sostenido del gasto en este sector. El fortalecimiento del pilar solidario en los sistemas de protección social ha sido una pieza clave para la provisión de los servicios de salud a grupos específicos como los trabajadores informales, hogares pobres, zonas rurales. Sin embargo, aún persiste segmentación en cuanto a la calidad de los servicios según grupos poblacionales: servicios públicos para los pobres, servicios provenientes del sistema de seguridad social para los trabajadores formales y servicios privados para aquellos con mayores niveles de ingreso (Titelman, Cetrángolo y Acosta, 2015). De esta forma, se puede afirmar que el gasto privado en la región tiene una carga importante; y es que en no pocos países latinoamericanos los esquemas de protección social tienen un alcance limitado, lo cual se traduce en elevados de gastos de bolsillo.

Por su parte, al examinar el gasto público en salud se observa que durante la década de los años noventa el mismo fue afectado por variaciones significativas, asociadas a la alta volatilidad del crecimiento en gran parte de dicho período. Las oscilaciones del gasto público en salud fueron muy importantes, aunque los episodios de reducción fueron seguidos por un aumento real que en términos generales compensó dichas caídas. Por lo general, estas variaciones ocurrieron en concordancia con las variaciones del PIB regional o con un rezago de un año (CEPAL, 2013).

Según el Panorama Social de América Latina (CEPAL, 2013), como saldo de la década de 1990 la prioridad macroeconómica del gasto público en salud (es decir, como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)) aumentó del 2,7 % en el período 1992-1993 al 3,1 % en el período 2000-2001. Pero sufrió una reducción notable en el período 1996-1997 (al caer del 3,0 % del PIB en el período 1994-1995 al 2,8 %). Estas variaciones negativas a nivel regional se registraron aun en un contexto de mantención o aumento del gasto público total, de modo que la participación del gasto en salud en dicho gasto se redujo en varias ocasiones. Por otro lado, como las reducciones del gasto público en salud no se debieron fundamentalmente a disminuciones del gasto público social, los recursos destinados a salud perdieron participación dentro del gasto social en forma significativa, incluso en contextos de expansión de otros gastos sociales como educación y seguridad social.

Desde mediados de la década de 2000 en el marco de un aumento del gasto social, promovido por gobiernos más progresistas en la región, el gasto público en salud ganó en estabilidad, principalmente en

países con mayor recaudación fiscal, mayor gasto total y, por tanto, mayor gasto social. Así, estudios realizados por la CEPAL (2016) muestran que desde comienzos de la década de 2000 se incrementó la prioridad macroeconómica del gasto en salud, hasta llegar al 2015 alcanzando un 3,4 %. De esta forma se observa una tendencia al ascenso (en el año 2000 llegaba al 2,5 % del PIB). Lo anterior tiene como explicación dos razones fundamentales: el incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles como consecuencia del envejecimiento de la población y la transición epidemiológica y la expansión de la cobertura en salud.

Es importante no perder de vista la heterogeneidad que caracteriza a Latinoamérica, lo cual también se expresa en los gastos en salud (Gráfico 2). Según CEPAL (2013), alrededor de 2011, el promedio del gasto en salud bordeó los 226 dólares anuales por habitante, pero en los países de gasto alto (sobre los 300 dólares per cápita), como es el caso de Cuba y Chile. En los países de gasto intermedio (entre 100 y 300 dólares per cápita), como por ejemplo Brasil donde este valor fue de alrededor de 175 dólares y en los países de gasto bajo (menos de 100 dólares per cápita) solo se destinaron como promedio alrededor de 55 dólares per cápita. Mientras en el grupo de países con gasto per cápita en salud más bajo se registró un crecimiento anual de este gasto del 4,1 % entre 2000 y 2011, en el grupo de gasto intermedio el ritmo de aumento anual fue del 4 % y en el de gasto más alto del 7,4 %, lo que ha ampliado la brecha entre los países en cuanto a los recursos públicos por persona que se destinan al sector.

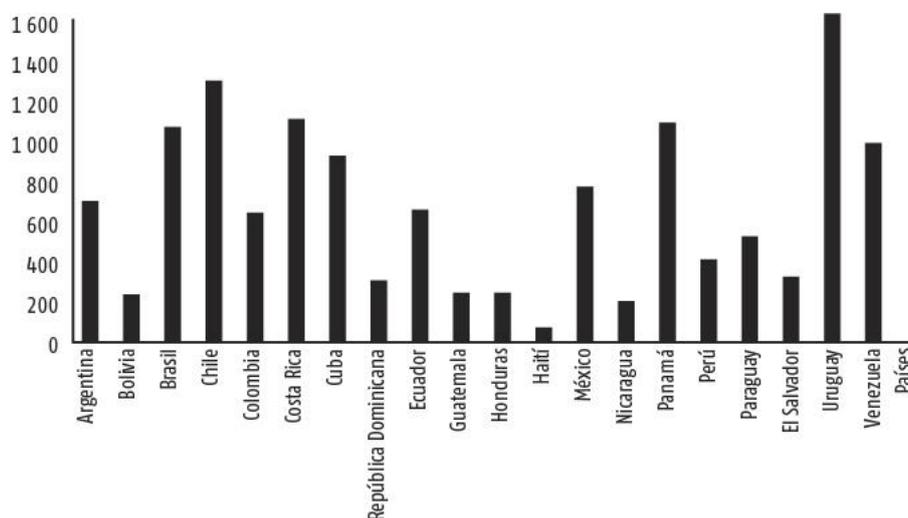


Gráfico 2. Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales). América Latina y el Caribe (19 países), 2014

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas del Banco Mundial (2017).

A pesar de que muchos países han realizado esfuerzos, incluso desde bases constitucionales, la cobertura y acceso universal y gratuito de los servicios de salud siguen siendo un sueño para muchos. Cuba, es un ejemplo no solo para la región, sino también para el resto del mundo, en cuanto a la organización,

financiamiento y resultados de su sistema de salud, que ha alcanzado increíbles avances y logros en el campo de la salud. Lo anterior ha tenido efectos directos en la cobertura universal de los servicios de salud y en la elevada calidad de los mismos. A continuación se analiza de forma más detallada algunos de estos aspectos.

La experiencia de Cuba en el financiamiento al sector de la Salud

El diseño del sistema de salud en Cuba se distingue por el carácter universal y gratuito de los servicios médicos en el país. Estas nociones tienen un carácter de ley, y por ende están recogidas en la Constitución de la República de Cuba, que en su artículo 50 plantea: Todos los ciudadanos tienen derecho a que se atiendan y proteja su salud. El Estado garantiza este derecho. Adicionalmente el desarrollo del sector de la salud no puede verse desligado de un conjunto de principios que constituyen las líneas rectoras del mismo, entre los que se deben destacar: el carácter estatal y social de la medicina; la accesibilidad y gratuidad de los servicios; su orientación profiláctica; la colaboración internacional como una de las prioridades más importantes y por último; el carácter centralizado desde el punto de vista normativo; pero descentralizado en cuanto a su gestión.

En lo referente a la estructura, el sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos: el nacional con un carácter rector, al cual se subordinan las direcciones provinciales y municipales. Similarmente existen cuatro eslabones de servicios que además de incorporar los anteriormente mencionados añaden el nivel de sector. A su vez, desde el punto de vista administrativo, las direcciones provinciales y municipales de salud se supeditan a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales; de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Adicionalmente, cada provincia conforma sus propios sistemas locales de salud en los municipios.

La organización del Sistema Nacional de Salud (SNS) sobre la base de dicha estructura y teniendo como esencia los principios anteriormente comentados, ha determinado que en los servicios de salud solo participen agentes estatales. Esta característica ha permitido garantizar sistemas de atención única, universal, accesible y de calidad uniforme para todos los ciudadanos (Ferriol, Pérez y Quintana, 2003).

Otra característica importante es la vía de financiamiento del sector que proviene fundamentalmente del presupuesto del Estado y que se articula a partir del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). En otras palabras, el financiamiento de cada uno de los eslabones tiene como centro al MINSAP, que es el organismo que reúne los fondos del presupuesto estatal destinados al sector de la salud y que posteriormente los distribuye entre los distintos niveles y unidades de atención a través de las asambleas

provinciales y municipales. Este diseño muestra una alta correspondencia con el sistema centralizado de financiamiento explicado al inicio. A continuación se presenta la figura 3 que ilustra la relación entre la estructura y la vía del financiamiento del sistema de salud en Cuba.

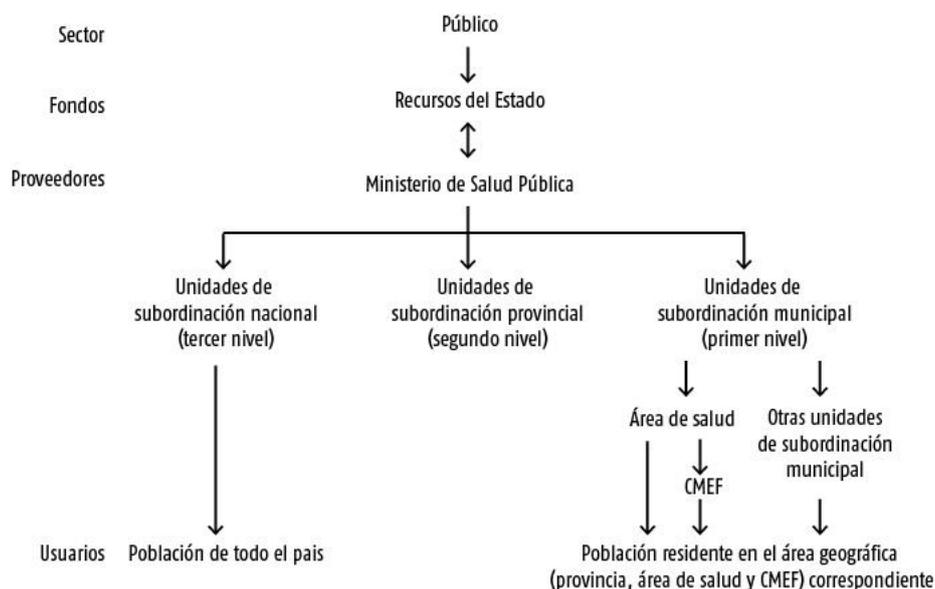


Gráfico 3. Organigrama del SNS y la distribución del financiamiento en el mismo

Fuente: Elaboración propia a partir de Domínguez-Alonso (2011)

En relación a las líneas de trabajo que ha impulsado el renglón de la salud en la última década, cabe destacar las dirigidas hacia el incremento de la colaboración médica internacional y del aporte de la salud pública al crecimiento económico del país a través de la exportación de servicios médicos de alto valor agregado, con base en las misiones de cooperación internacional en diferentes países del mundo y la exportación de servicios médicos en frontera. Dicha estrategia ha posibilitado una mayor aportación del sector al PIB que, de una contribución en 1994 de 4 puntos porcentuales; en 2015 representó el 19,9 % del PIB cubano.

En este sentido se convierte en un punto de inflexión importante, cuando se analizan las modalidades de financiamiento aplicadas en el sector de la salud, el hecho de que a finales del 2013 se aprobara por el Ministerio de Economía y Planificación el diseño de un Esquema Cerrado de Financiamiento en Divisas (ECFD) para el MINSAP. Este hecho es reflejo de la probada capacidad de generación de ingresos que ha demostrado este sector en los últimos años, especialmente desde el 2004, logrando simultáneamente mantener estándares elevados de calidad en la prestación de los servicios médicos tanto a nivel nacional como internacional. La aprobación de esta modalidad de financiamiento complejiza aún más el análisis

debido a la dualidad de esquemas que actualmente se aplican para la Salud Pública, porque como se mencionó con anterioridad una parte del presupuesto de salud se ha comenzado a financiar a través de dicho esquema; aún un monto importante de los gastos se continúa obteniendo del presupuesto central del Estado a través de la Cuenta de Financiamiento Central.

En Gráfico 4 se presenta la evolución de la participación de los servicios sociales dentro del PIB, distinguiéndose el mayor peso adquirido por los servicios de salud a partir del año 2005.

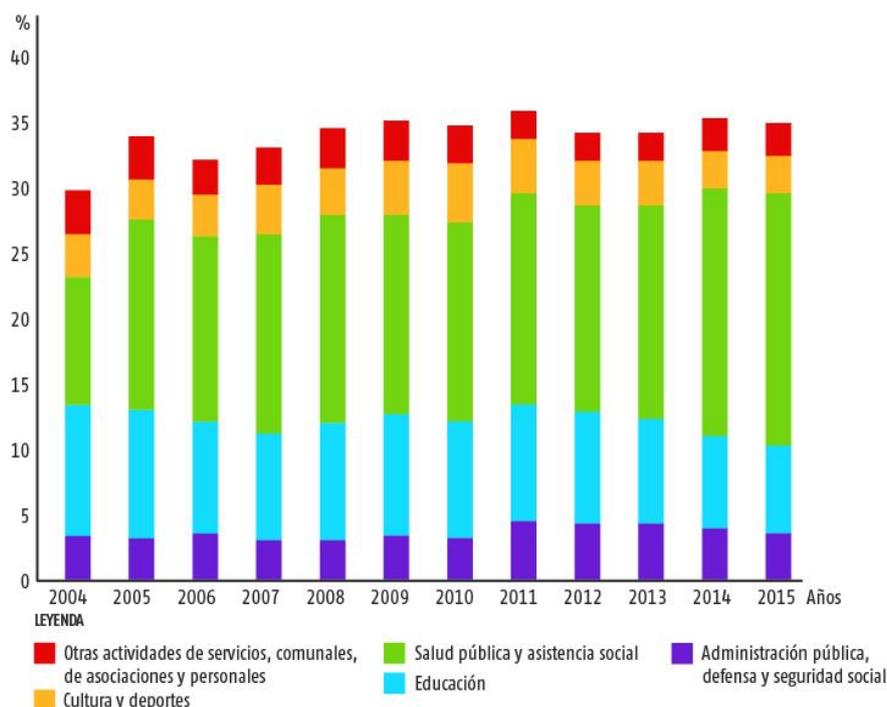


Gráfico 4. Peso de sectores sociales seleccionados como % del PIB. Cuba, 2004-2015

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información de Cuba, (ONEI, 2010, 2014, 2016)

Destacar que el cambio sustancial que se aprecia a partir del 2005 en cuanto a la contribución del sector de la salud al PIB, se encuentra en estrecha relación con el cambio que se produjo en dicho año en la metodología de contabilización del Producto Interno Bruto cubano. Una de las principales causas de la readecuación en la forma de registro del PIB era la necesidad de valorar de manera diferente los servicios sociales de salud, cultura, deporte, educación, etc. La metodología actual parte de contabilizar dichas actividades a partir de un estimado a través de servicios análogos en otros países, o según lo que se le cobra a un turista por un procedimiento similar y no al costo como se realizaba anteriormente. Sin embargo, este comportamiento no es solo resultado de cambio contable, sino también del incremento del aporte económico de la salud pública al crecimiento del país a través de los ingresos en divisas captados a través de las misiones de cooperación internacional, los servicios académicos y la exportación de servicios médicos en frontera.

A su vez, los recursos financieros que se destinan al sector anualmente son cuantiosos y se dirigen de forma priorizada a la formación del potencial humano, al programa de genética y el de discapacitados, al transporte sanitario, a la creación y perfeccionamiento de las terapias intensivas a diferentes niveles; así como, a los programas de nefrología y hemodiálisis, cardiología, oftalmología, ortopedia técnica e informatización.

El financiamiento de los mismos como se planteó con anterioridad se realiza a través del presupuesto del Estado; el cual permite ofrecer a la población servicios médicos gratuitos, que comprenden la asistencia hospitalaria (tanto a pacientes internados como ambulatorios), incluyendo las tecnologías más complejas; la atención primaria en los policlínicos, consultorios del médico de la familia y hogares maternos. También se incluyen dentro de estos gastos subvencionados por el Estado todas las actividades de promoción, prevención, las actividades curativas y de rehabilitación.

A continuación, en el Gráfico 5 se muestra la tendencia creciente de los gastos destinados al sector de la salud; los cuales junto a educación, concentran el mayor peso relativo del monto de los egresos asociados a la actividad presupuestada en el país.

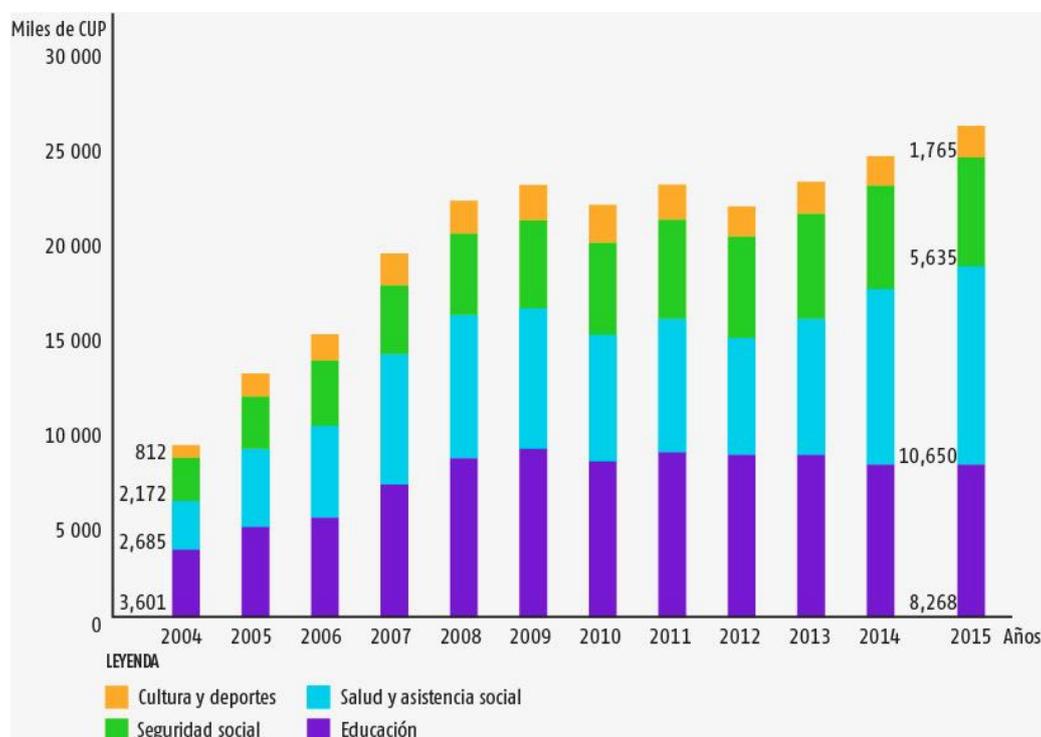


Gráfico 5. Desagregación de los gastos en actividades presupuestadas seleccionadas. Cuba, 2004-2015

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de la Oficina Nacional de Estadísticas e Información de Cuba (ONEI, 2010, 2014, 2016).

Igualmente, la población recibe gratuitamente todas las investigaciones diagnósticas. Los medicamentos que se utilizan en los pacientes hospitalizados y los prescritos a pacientes ambulatorios, incluidos en programas especiales priorizados como embarazadas, oncología, tuberculosis, VIH-SIDA, son también entregados gratuitamente (Ferriol, Pérez y Quintana, 2003).

Es por ello que los gastos de bolsillo en que deben incurrir los usuarios del SNS en Cuba son mínimos, y están asociados a la atención ambulatoria no vinculada a programas especiales y a la adquisición de prótesis auditivas y ortopédicas, sillones de rueda, muletas, bastones y espejuelos, que en todos los casos se venden a precios subsidiados por el Estado. Destacar a su vez como una de las particularidades del sistema de salud cubano, que las familias de bajos ingresos reciben ayudas monetarias y en especie donde se incluyen los medicamentos.

A continuación, en el Gráfico 6 muestra la relación público-privada en los egresos de salud en Cuba.

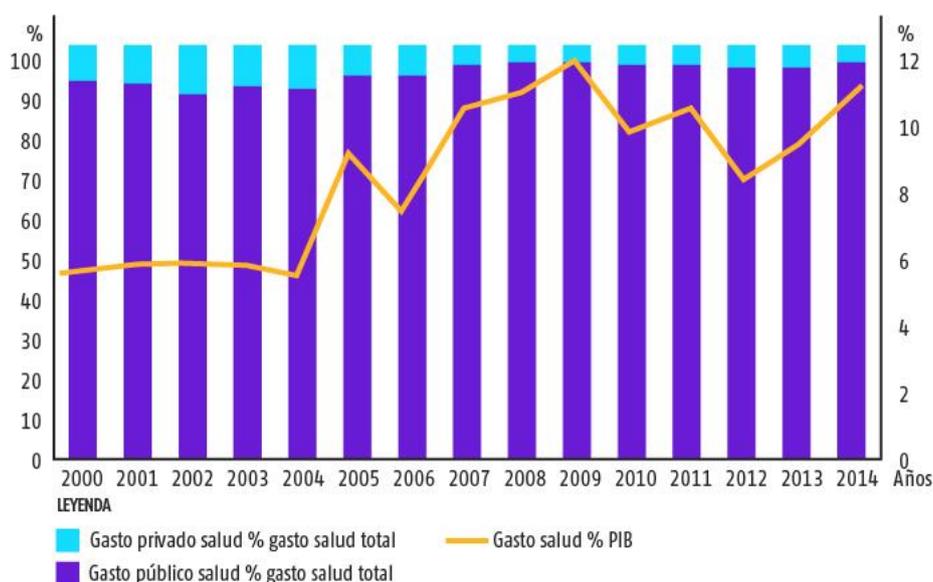


Gráfico 6. Gasto en Salud según su origen. Cuba, 2000-2014

Fuente: Elaboración propia a partir de datos publicados por la OMS, (World Health Organization, 2015).

En el gráfico anterior se observa como casi en su totalidad los gastos de salud tienen un carácter público (alrededor del 95 % en casi los 10 últimos años), debido a que además de ser universal y gratuito el acceso al sistema de salud, la mayoría de los aditamentos, medicinas y demás complementos de una atención primaria de elevada calidad son gastos asumidos completamente por el Estado cubano. La ínfima proporción que recoge el gasto privado representa como se comentó con anterioridad algunos gastos muy

específicos y altamente subsidiados en los que solo incurren determinados usuarios y se asocian a necesidades muy individuales; siendo en la mayoría de los casos un aporte simbólico.

Por último, desde el año 2010 el sector de la salud se encuentra inmerso en un proceso de transformaciones necesarias en correspondencia con la actualización del modelo económico y social cubano. Se continúa apostando por un sistema de salud gratuito para todo el pueblo; sin embargo, se ha realizado toda una campaña para visibilizar el hecho de que mantener un servicio de total cobertura y adecuada calidad tiene un costo elevado para el país. De ahí que la necesidad de lograr una mayor conciencia acerca de la importancia de una mayor eficiencia y racionalidad dentro del sector como uno de los mayores retos a mediano plazo.

CONSIDERACIONES FINALES

La heterogeneidad que caracteriza a América Latina y el Caribe también se expresa en sus sistemas de protección social, y particularmente el sector salud; de aquí la necesidad de las economías de la región afinen el conocimiento sobre el diseño de políticas públicas orientadas a construir sistemas de protección social universales. Especial énfasis hay que realizar en fortalecer el financiamiento no contributivo, lo cual sería el camino para eliminar la supeditación del acceso a los servicios de salud a los ingresos. Para ello uno de los aspectos claves es entonces ganar en eficiencia y estar preparados para afrontar cambios: tecnológico, demográfico, epidemiológico (ECLAC, 2014).

Es reconocido por la Organización Mundial de la Salud, que la falta de atención médica en el planeta no puede, de ninguna forma, atribuirse simplemente a limitaciones financieras, sino sobre todo a la ausencia de voluntad política en la priorización de este sector. En este sentido, la citada organización reconoce a Cuba como un perfecto contraejemplo, en el sentido en que aunque es un país pequeño, subdesarrollado y con significativas restricciones financieras, nunca ha dejado de apostar por el sector de la salud no como un gasto, sino como inversión social imprescindible. Asimismo, se ha resaltado que no solo es el pueblo cubano beneficiario del sistema de salud en la Isla, sino también el resto del mundo, en especial América Latina y África, como resultado de los programas de colaboración médica internacional que ha impulsado la mayor de las Antillas del Caribe.

No obstante, las restricciones financieras también imponen desafíos para el país, algunas determinadas por las condiciones internas de Cuba en cuanto a sus ritmos de crecimientos y otras asociadas a factores externos, en especial al bloque impuesto por EEUU que obliga al país a adquirir equipamiento médico, medicamentos y materias primas para la industria farmacéutica a precios más altos y en condiciones de acceso y pago mucho más complejas que el resto de los países; lo cual puede atentar contra la calidad de

los servicios. Es por ello que identificar algunos de los retos y prioridades del sistema de salud cubano y en particular, aspectos relacionados con la forma en que este se financia, resulta apremiante:

- Mantener el elevado monto de la inversión social en Salud, que permita el desarrollo de nuevos programas y sostenibilidad de los ya establecidos a los diferentes niveles. Lo anterior debe ir acompañado de estudios acerca de la eficacia y eficiencia del gasto del presupuesto del Estado en el sector.
- Continuar potenciado la capacidad generadora de divisas de este sector para el país, a través de la exportación de servicios médicos, ya sea a otros países a través de las distintas misiones de cooperación internacional; y/o a través de la modalidad de exportación en frontera a partir del turismo de salud. Esta última en particular, además de generar ingresos directos vía servicios médicos, se traduciría en una mejora de la infraestructura de salud y de las instalaciones del sistema nacional de salud.
- Fomentar en la población la cultura de que la salud en Cuba es gratuita para los ciudadanos pero altamente costosa para el país; con el objetivo de cultivar un comportamiento más racional en cuanto a la demanda y uso de los servicios de salud, de forma que se potencie una utilización eficiente de los recursos disponibles dentro de esta esfera, y por ende de los niveles de gastos del sector.
- Desarrollar futuros estudios y análisis prospectivos del impacto del proceso de envejecimiento poblacional, no solo en cuanto a la necesidad de desarrollar el campo de la salud relativo a la tercera edad, sino también en cuanto al impacto de lo anterior en el financiamiento del sistema de salud, tanto en relación a su cuantía, como a nuevas especificidades que den respuesta a la consolidación de un sistema nacional de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, O. L. y S. Cecchini (2015): «Latin American Pathways to Achieve Universal Health Coverage», <<http://ssrn.com/abstract=2798477>> [20/4/2017].

Bárcena, A. (2015): «Protección de la salud como un derecho ciudadano», *MEDICC*, vol.17, n.º 14, pp. 10–11.

CEPAL (2013): *Panorama Social de América Latina*.

CEPAL (2016): *Panorama Social de América Latina*.

ECLAC (2014): *Compacts for Equality: Towards a Sustainable Future*, Lima.

Evlo, R. y G. Carrin (1992): «Financiación de la asistencia médica: aspecto parcial de un vasto problema», *Foro Mundial Salud*, pp. 166–171.

Ferriol Maruaga, A.; V. Pérez Izquierdo y D. Quintana Mendoza (2003): «Servicios de educación, salud, agua y saneamiento en Cuba», *Investigación Económica*, pp. 19–68.

Majnoni d'Intignano, B. (1992): «Financing of Health Care in Europe», *Health Care Reforms in Europe. Proceedings of the First Meeting of Working Party. Health Care Reforms in Europe*, pp. 33–54, Madrid.

ONEI (2010): *Anuario Estadístico de Cuba 2009*, La Habana.

ONEI (2014): *Anuario Estadístico de Cuba 2013*, La Habana.

ONEI (2016): *Anuario Estadístico de Cuba 2015*, La Habana

Titelman, D.; O. Cetrángolo y O. Acosta (2015): «La cobertura universal de salud en los países de América Latina : cómo mejorar los esquemas basados en la solidaridad política de salud», *MEDICC*, n.º 17, pp. 68–72.

World Health Organization (2015): *World Health Statistics*.

World Health Organization (2010): *Health System Financing, The Path to Universal Coverage*.