

HISTORIA DE LA MEDICINA

Antecedentes históricos de la economía de la salud y su evolución en Cuba

Historical background of the health economy and its evolution in Cuba

Lic. Julio César Valdés¹

¹ Licenciado en Contabilidad y Finanzas. Instructor. Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti", Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se exponen los antecedentes históricos del surgimiento de la economía de la salud, con énfasis en el logro de una adecuada correlación entre economía y salud, lo cual resultaba un absurdo en tiempos pasados. También se realiza una periodización de esta rama en Cuba hasta los momentos actuales, así como un análisis de las principales reformas del sector sanitario en el ámbito internacional.

Palabras clave: economía de la salud, historia de economía de la salud, historia de la medicina, Cuba

Abstract

Historical background of the emergence of the health economy are exposed, emphasizing the achievement of an appropriate correlation between economy and health, which was an absurdity in past times. It is also carried out a periodization of this branch in Cuba up to date, as well as an analysis of main reforms of the health sector in the international sphere.

Key words: health economy, history of the health economy, history of the medicine, Cuba

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A partir del propio surgimiento del hombre, su situación primordial o vital ha sido su supervivencia, el origen de la contabilidad está implícito desde que el hombre, por el mayor desarrollo de las fuerzas productivas, logró tener excedentes en su producción, surgiendo así la posibilidad de cambiar estos productos mediante el trueque. Luego,

con las sucesivas divisiones sociales del trabajo y la manifestación del carácter universal de las mercancías, aparece el dinero como medida de valor y se presenta la necesidad de conocer lo que cuesta producir estas mercancías, incluyendo el trabajo para realizarlo, el costo de materiales y otros gastos necesarios para la elaboración.¹

Con la revolución industrial y el surgimiento del capitalismo se incrementa la producción, lo que obliga al capitalismo a organizar y controlar los recursos humanos, a mejorar las técnicas de dirección, los controles económicos, evaluar los costos, los que se fueron perfeccionando conjuntamente con el modo de producción y con lo cual estos sistemas alcanzaron un mayor desarrollo en las industrias, a fin de que mediante su análisis y resultados se lograra disminuir los costos de producción y fuera posible competir en el mercado en mejores condiciones en relación con otros capitalistas, lo que permitió incrementar notablemente las ganancias.^{1,2}

El logro de dicha supervivencia el hombre la ha conseguido a través de la producción de bienes materiales como respuesta de su propia actividad laboral, entendiéndose como tal: la actividad consciente del hombre dirigida a transformar o adaptar los bienes que le brinda la naturaleza para sus propios fines, desde tiempos tan remotos al igual que los elementos económicos, la salud ha sido siempre un bien muypreciado, tal y como lo indican las numerosas prohibiciones religiosas de la antigüedad tendientes a preservar la salud por diversos medios. La eficacia de los antiguos ejércitos dependía de los médicos, y no pocas de las grandes conquistas se debieron a los efectos del mal estado de salud más que a la fuerza de las armas. La victoria de Cortes sobre Moctezuma fue posible, o al menos se hizo mas fácil, por los estragos causados por la viruela y otras enfermedades que los españoles habían traído consigo. También hay pruebas suficientes de que en los tiempos de la introducción y desarrollo de la trata negrera en América, los dueños de los esclavos prestaban particular atención a la salud de sus siervos, y en Jamaica el número de médicos disminuyó rápidamente después de la emancipación, cuando los dueños de las plantaciones dejaron de contratarlos para atender a sus siervos.²

Relacionar la economía con la salud, en tiempos remotos, parecía un absurdo, por lo que no se vislumbraba la vinculación de estas. Estudios posteriores han demostrado cada vez más, que una población sana es un motor para el crecimiento económico de cualquier área, país, región o continente. Muchos expertos en la historia de Europa coinciden en la influencia que para su desarrollo tuvo resolver los problemas de las epidemias que diezaban su población, prevenir, diagnosticar y tratar numerosas enfermedades, alargar la vida de las personas y en fin, hacerlas más capaces para el trabajo físico e intelectual. A su vez, el avance económico permitió actuar sobre el mejoramiento de la salud en un proceso que no se acaba nunca. Las guerras actuaron en dirección contraria.²

Entre las investigaciones más sobresalientes de tales tendencias históricas se encuentran las realizadas por Fogel, las cuales han dilucidado la relación entre talla corporal y alimentación, donde la alimentación es un elemento crucial para la productividad laboral a largo plazo.³

La crisis económica internacional enmarcó un estancamiento del desarrollo económico y por ende un deterioro significativo en la producción de bienes y servicios, fundamentalmente en los países menos desarrollados, sin dejar de tener en cuenta que en la segunda mitad del pasado siglo, las ciencias médicas experimentaron avances superiores a todos lo que habían tenido lugar en este campo en los milenios anteriores.⁴

En 1835, el estadístico social norteamericano Quetelet planteó: "En sus primeros años, el hombre vive a expensas de la sociedad, él adquiere una deuda que debe

pagar luego y si muere antes de que lo pudiera hacer, su vida ha sido una carga, más que un beneficio para sus conciudadanos.⁵

Más tarde, el economista norteamericano Alfred Marshall sentenció: "La salud y la fortaleza física, espiritual y moral, son la base de la riqueza social, al mismo tiempo la importancia fundamental de la riqueza material radica en que si se administra sabiamente, aumenta la salud y la fortaleza física, espiritual y moral del género humano".⁶ Queda expuesto así un nuevo concepto de salud, donde no solo es la ausencia de enfermedad, sino también el estado de bienestar psicosocial, se encuentra contenido dentro del referido pensamiento.

En los años 1951, 1952 y 1957 los economistas Winslow y Myrdal argumentaban, entre otras cuestiones, que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en capital humano, que los costos en salud debían proporcionar ganancias económicas por concepto de disminución de la morbilidad y mortalidad de la fuerza de trabajo, así como también que los programas de salud deberían estar integrados al desarrollo económico general. En los últimos 20 años se han producido enfoques de carácter integral que demuestran la estrecha relación entre economía y salud, tema que fue tratado en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria efectuada en Alma Ata (Ex Unión de República Socialista Soviética) en 1978.⁷

Diez años más tarde la Organización Mundial de la Salud (OMS) relaciona la salud con la economía y la enfoca desde varios puntos de vista:

- Prolongación de la vida útil del trabajador
- Disminución del pago de incapacidad
- Baja tasa de mortalidad
- Incremento de la productividad del trabajo

El Banco Mundial en 1993, emitió su informe final "Invertir en salud", cuyas conclusiones se basan en algunas investigaciones innovadoras donde se incluye el cálculo de la carga global de la morbilidad, producto del entorno económico y, lo que en esencia se persigue, es la preservación del capital humano para mantener el incremento de la productividad y obtener mayores ganancias.⁸

La OMS, en ocasión de su 50 aniversario, en su "Informe sobre la vida en el mundo, 1998. La vida en el siglo XXI: una perspectiva para todos" recoge como una preocupación creciente la situación de los recursos para la salud, ante la complejidad y altos costos de sus servicios, lo que dificulta la adopción de decisiones correctas para su asignación. Independientemente de que las tendencias económicas reflejan algunos signos de recuperación, se incrementan las desigualdades, la pobreza, la carencia de vivienda, de educación, el deterioro del saneamiento ambiental, el hambre y la desnutrición, causas que afectan directamente el estado de salud de millones de seres humanos.^{1,2}

Es todo un reto tratar de lograr la equidad en el acceso a los servicios de salud, en un mundo cada vez más rico, pero con mayor número de pobres, donde todo indica, que para incrementar los niveles de atención sanitaria sin afectar la calidad, hay que disminuir los costos. En la contención de dichos costos, las reformas en el sector salud tendrían que dar respuestas acertadas, a las diferentes vertientes que hoy se plantean, tales como:

- ¿Deben incrementarse o reducirse los servicios con financiación pública?
- ¿Ocupan la promoción y prevención un lugar prioritario en las estrategias nacionales?
- ¿Debe mejorarse la eficiencia, financiando servicios de probada efectividad y pocos costosos?

La discusión sobre las reformas en salud ha evidenciado la necesidad que tienen los países de conocer profundamente la situación del financiamiento y los gastos en salud (**cuadro 1**).

Cuadro 1. *Principales reformas del sector salud*

Momentos	Acuerdos
Asamblea 30 de la OMS (1977)	1. Salud para todos en el año 2000 (SPT)
Conferencia Internacional sobre Atención Primaria (Alma Ata 1978)	1. Atención Primaria de Salud (APS) para alcanzar la meta SPT 2000. 2. Concepto amplio de salud. 3. Relación entre desarrollo social y económico. 4. Interdependencia entre economía y salud.
Reunión de la OMS para reafirmación de Alma Ata (Riga 1988)	1. Mantenimiento de la meta SPT 2000. 2. Intensificación de la acción social y política a favor de la salud. 3. Creación y movilización de líderes de salud para todos. 4. Capacitación de las poblaciones. 5. Colaboración internacional. 6. Fortalecimiento de los SILOS basados en la APS.
La salud como un componente de bienestar	1. Prolonga la vida útil del trabajador. 2. Disminuye pago de incapacidades por baja tasa de mortalidad. 3. Incrementa la productividad del trabajo. 4. Libera recursos para todos con otros fines de desarrollo.

Fuente: Informe sobre la salud en el mundo, 1998

En la mayoría de los países de la región, se ha puesto en marcha un plan de modernización del estado y de reformas del sector salud. Las acciones derivadas de estos procesos han afectado en grado diverso la dinámica política, económica y social de los países involucrados, particularmente de sus sistemas de servicios de salud. Los cambios de las estructuras y funcionamiento sectoriales, tal como la descentralización, las autonomías institucionales, las nuevas formas de financiamiento, el énfasis en el control y recuperación de costos y el diseño de paquetes básicos para la atención de la salud, crean las necesidades de identificar, analizar y reducir las inequidades en salud.

ANÁLISIS TEÓRICO DE LA ECONOMÍA DE LA SALUD

Cuba ha dedicado cuantiosos recursos en el empeño de lograr que las personas y la sociedad en general obtengan la mejor salud posible, lo cual redundaría en el bienestar humano de la sociedad, para lograr así alargar la vida de la población con calidad, proceso que no puede ser circunstancial, fortuito o espontáneo. Es preciso tener en cuenta acciones que se expresen en actitudes, valores, técnicas, procedimientos, modelos, decisiones, entre otros, que tiene que ver con personas, familias, grupos, comunidades, diversos sectores y la sociedad en general, los que funcionan como objeto y sujeto, tanto para la salud como para la economía.⁷

Los análisis en el campo teórico de la economía de la salud vinculan a la ciencias médicas con las económicas, en dicho vínculo se aportan además de conocimientos científicos, métodos y enfoques que conforman un marco teórico metodológico de beneficio común. En Cuba, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), asume como objeto de estudio de la economía las elecciones que los individuos realizan para

asignar recursos y distribuir riquezas, a la vez que se fija el qué, el cómo y para quién producir. Se vincula estrechamente con la conducta humana en aquellos campos que hacen la producción, el intercambio y el consumo de bienes y servicios, donde se impongan decisiones racionales y soberanas que apunten a maximizar beneficios y minimizar riesgos. Este mismo organismo reconoce que la salud es un bien escaso, que exige trabajo y renta para adecuarlo a la satisfacción de las necesidades expresadas como demanda, e implica el costo de oportunidad de renunciar a otros bienes. Requiere de una función de producción donde la combinación de recursos sea eficiente, obtenga la mayor eficacia en el impacto social y sea un instrumento para alcanzar equidad.

La economía y la salud están íntimamente vinculadas, dada la influencia de la primera en el desarrollo y, por ende, en la atención de salud. Por otra parte, los servicios de salud no solo tienen una implicación económica, sino también son determinantes en la preservación de la mayor fuerza productiva de la sociedad, el hombre, el cual influye en el desarrollo del potencial económico de un país (**cuadro 2**).

Cuadro 2. Vinculación de la economía y la salud (pensamiento sanitario y económico)

Pensamiento sanitario	Pensamiento económico
No hay precio para la salud	Un bien sin precio tiene una demanda infinita
La expansión del gasto en salud es inexorable e irremediable	Siempre hay una suma máxima a gastar
El médico es quien decide y prescribe	Las personas deciden
La accesibilidad debe garantizarse	Existe regularidad y racionalidad en la decisión
No debe haber límites a la demanda	Hay un propósito optimizante
El avance tecnológico mejora la salud	La tecnología no reemplaza el costo laboral
No hay mercado de la salud	Existe un mercado de la salud

Fuente: Economía y salud, conceptos, retos y estrategias (OPS, 1999)

Existen diferentes criterios tanto de los profesionales de las ciencias médicas como de las económicas sobre la salud; sin embargo, todos coinciden en que la salud es un bien económico que representa una inversión, un capital y un artículo de servicio o de consumo:⁸

- Inversión: Salud a futuro, modos de vida saludables
- Capital: Producción y productividad de las personas
- Consumo: Métodos, recetas, insumos, políticas, estrategias y programas

Según la OPS, la economía de la salud es la integración de las teorías económicas, sociales, clínicas y epidemiológicas para el estudio de los mecanismos, determinantes y condicionantes de la producción, distribución, consumo y financiamiento de los servicios de salud.⁶

Las injusticias y situaciones precarias de carácter social capaces de ser provocadas por una mala política económica, no se pueden compensar ni aun mediante la mejor política social.

El economista Jorge Cosme Casulo, coordinador de la maestría en Economía de la Salud del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba y coordinador del punto focal MINSAP-OPS para el territorio Oriental, plantea que la economía de la salud se constituye en una disciplina que explica, entre otras cosas, la función de

producción en salud, la oferta y demanda de los servicios de salud, los aspectos de la ética médica y la toma de decisiones en un entorno económico dado.⁸

Mok Barceló, en su obra "El costo en los servicios de estomatología" asume que esta ciencia: "...trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a los pacientes con los recursos disponible y esto es un objetivo ético, por cuanto se infiere que ser ético es ser eficiente".¹

Después de este análisis, donde se han visto varios referentes teóricos, este autor asume que la economía de la salud no es más que la extensión de las herramientas e instrumentos de la economía al campo de la salud pública, con el objetivo de lograr eficiencia, eficacia y calidad en los servicios que se prestan.

La economía está considerada como ciencia debido a que tiene un objeto de estudio definido, que radica en estudiar el lugar que ocupa la salud pública en la economía nacional, así como las vías y métodos de aprovechamiento racional y eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros, es decir el efecto económico de la salud pública.

En sus inicios la economía de la salud estuvo vinculada a otras ciencias sociales y administrativas, aunque en revisiones bibliográficas consultadas se ha encontrado que algunas personalidades científicas han incursionado en el campo de la delimitación de su contenido teórico, la vinculan directamente con las Ciencias Médicas por ser esta una disciplina antigua del conocimiento científico, con sus leyes, categorías y juicios propios, que conforman un marco teórico sustentado por la acumulación y experimentación del conocimiento empírico-espontáneo de varios siglos.⁶

Hoy, las ciencias médicas incorporan nuevos conceptos y definiciones obtenidos a través de la investigación científica que necesariamente la hacen relacionarse con otras áreas del saber científico.

En su accionar, la economía de la salud, se relaciona con otras disciplinas, tales como:

- Planificación
- Estadística
- Demografía
- Ciencias clínicas, higiénicas y epidemiológicas
- Gerencia en salud
- Organización científica del trabajo técnico

En el sistema de salud se tiene que cumplir la integración multidisciplinaria, y en esta ocupa una posición relevante la integración de la planificación y el financiamiento con las disciplinas clinicoepidemiológicas como un sistema. En la economía de la salud, en el análisis de los sistemas de salud, así como en las condiciones de salud, se destacan varios campos de aplicación:

- Determinantes y condiciones de la salud
- Desarrollo de instrumentos de política
- Salud y su valor económico
- Demanda en atención médica
- Oferta de atención médica
- Equilibrio del mercado
- Planeación, regulación y monitoreo
- Evaluación integral del sistema de salud
- Evaluación económica de tecnologías sanitarias
- Evaluación microeconómica

La economía de la salud trata diferentes aspectos de la distribución de recursos:

1. Valora la salud y evalúa la relación entre esta y sus determinantes sociales y económicos, por ejemplo: a través del análisis de la relación entre el estado de salud y la renta.
2. Estudia la oferta y demanda de cuidado de salud, por ejemplo: mediante el estudio de los mercados de la salud y de las maneras de influir sobre las demandas y sobre sus patrones de uso, a través de la actuación sobre los precios y la creación de incentivos.
3. Mide los recursos necesarios para ofrecer determinados servicios y analiza las distintas alternativas para suministrarlos. Así, contribuye a la gestión de los servicios de salud, por ejemplo: mediante la evaluación de necesidades, tanto a través de la estrategia epidemiológica descriptiva tradicional, como de la aplicación del análisis marginal; esta es la llamada evaluación microeconómica, que se ocupa de evaluar los costos y los beneficios socialmente relevantes, en comparación con los resultados de salud (eficiencia).
4. Valora los servicios de salud desde una perspectiva macroeconómica, a través del análisis de las funciones de compra, aseguramiento y provisión, así como la planificación, regulación y supervisión de los servicios sanitarios, por ejemplo: mediante la realización de estudios comparativos internacionales.
5. Analiza el grado de eficiencia y equidad que alcanza el sistema sanitario a partir de unos recursos que por definición son limitados y analiza su distribución entre los diferentes segmentos sociales.

Se puede afirmar entonces que la distribución equitativa de los recursos de la salud entre los diferentes estratos sociales es una de las principales áreas de interés de la economía de la salud, lo cual indica que la equidad en salud va a estar dada en que los recursos no van a estar igualmente distribuidos entre los diferentes grupos sociales.

EL CASO DE CUBA

Los antecedentes de la economía de la salud en Cuba se remontan al período colonial entre los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX, el cual se caracterizó por la ausencia de regulaciones oficiales, aunque se reconoce cierta preocupación por las donaciones para la construcción de hospitales, adopción de medidas contra epidemias, como la ocurrida en 1598 de viruela y sarampión en la zona de Guanabacoa, donde el Cabildo habanero ordenó al alcalde que aportara dinero y medicinas. Fueron estas las primeras manifestaciones, en el país, de financiamiento estatal para la Salud Pública. Posteriormente, el período republicano cubano (1902-1958), se caracterizó por la concentración de recursos y medios disponibles para quienes pudiesen pagar, y escasos o inexistentes para los desposeídos, víctimas del desfaldo del presupuesto que el Estado asignaba para atender la salud en la comunidad, cuyo presupuesto estatal era de solo 3 pesos por habitantes. En el país no existía un régimen de seguridad social como ya era común en esta etapa en los países europeos, se identificaban en Cuba tres sistemas de atención: estatal, mutualista y privado.⁹

Ya en el período revolucionario, a partir de 1959, se destacan dos etapas:

1. De 1959 a 1970: Período caracterizado por la promulgación de leyes de beneficio económico-social a mediano y largo plazo en el campo de la salud, crecimiento vertiginoso del presupuesto, conservación de las instituciones privadas, mutualistas y estatales, se comenzaron a dar, además, los primeros pasos para crear las bases que permitieran ir logrando un determinado nivel de desarrollo, el cual se vio inicialmente interrumpido por las prontas medidas tomadas por el gobierno de los Estados Unidos, al percatarse de que había perdido la posibilidad de mantener el dominio económico y político sobre la isla, situación que conllevó a la ruptura de las relaciones diplomáticas entre ambos países, momento en el cual abandonaron el país más de 6 000 médicos y

profesionales de la salud, quienes se refugiaron en el país que se acababa de declarar enemigo de Cuba. A partir de ese momento, el naciente gobierno revolucionario priorizó una actividad tan noble como es la salud, el desarrollo alcanzado por este sector a raíz del proyecto social, es uno de los elementos que más ha influido en el mejoramiento de su potencial humano. El Sistema Nacional de Salud (SNS) creado en 1970, ha realizado importantes reformas a partir de los años 60. Durante más de 40 años se ha producido un proceso dinámico de cambios, que ha respondido a las necesidades y realidades del país (**cuadro 3**).

Cuadro 3. *Momentos trascendentales en los avances del Sistema Nacional de Salud*

Década de los 60	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gratuidad y accesibilidad 2. Organismo rector único 3. Creación de las áreas de salud y los policlínicos 4. Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) 5. Implantación de los programas de enfermedades diarreicas agudas (EDA) y campañas de vacunación 6. Reforma Universitaria
Década de los 70	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación del policlínico comunitario y de la medicina de la comunidad 2. Descentralización de la docencia médica y del sector salud hasta nivel municipal 3. Implantación del Programa de Atención Materno Infantil (PAMI)
Década de los 80	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creación del modelo de medicina familiar 2. Desarrollo de las especialidades médicas 3. Introducción de tecnologías de avanzada 4. Desarrollo de la Industria Médica Farmacéutica 5. Reforma educativa
Década de los 90	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perfeccionamiento de la gestión del sistema y cambios de estilos de trabajo 2. Reorientación y fortalecimiento del modelo de medicina familiar 3. Revitalización de los hospitales 4. Desarrollo del consejo de salud 5. Perfeccionamiento de los recursos humanos

Fuente: Informe del MINSAP, 1998

2. De 1970 a 1980 en la cual se señalan como elementos significativos:

- Se elevan los gastos en salud 20 veces más de los existentes al inicio de la Revolución: de 20 a 400 millones.
- Se implanta en 1976 el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía lo que permitió la descentralización del presupuesto a nivel local.
- Se extiende la cobertura de atención médica y ocupa lugar cimero la planificación en la gestión de salud.
- Se crean en 1979 los sistemas de normas, patrones e indicadores de desarrollo de la salud.
- Se forman especialistas en administración de salud con preparación en el tema "Financiamiento de la salud pública".
- Se inicia en 1978 la implantación de los costos hospitalarios.

Todo esto permite afirmar que la economía de la salud es una disciplina relativamente nueva en nuestro país, por lo que se puede decir que su desarrollo ha sido gradual y ascendente desde el comienzo de la década de los 80, y ya en los 90 se tomaron una serie de medidas dirigidas a alcanzar mayor eficiencia y racionalidad en el campo de los recursos; no obstante a estas medidas, la economía cubana en los años 90, cae en una depresión que más tarde la conllevó a una crisis, fundamentalmente debido a: la desaparición del campo socialista y la desintegración del Consejo de Ayuda Mutua Económica (CAME), la desaparición del sistema de relaciones económicas internacionales y la agudización del bloqueo económico, político y comercial impuesto por el gobierno de los Estados Unidos.¹⁰

Los cambios que ha experimentado la Salud Pública en los últimos 40 años han permitido alcanzar un desarrollo continuo y cada vez más acelerado del sector, que en los comienzos del tercer milenio, se ha trazado como objetivo el logro de la eficiencia, calidad, equidad y sustentabilidad y se encuentra enmarcado en procesos actuales como es la descentralización, la participación comunitaria, la intersectorialidad y el mejoramiento de la gestión, donde los estudios de la economía de la salud, proporcionan también un nivel prestigioso. Dichos estudios comenzaron con los métodos de la administración moderna y su vinculación con la eficiencia, a través del análisis costo-beneficio y costo efectividad.

A medida que los estudios económicos aplicados al sector salud fueron más complejos para demostrar la veracidad científica, se hizo necesario la estructuración de nuevos conocimientos y métodos que se han ido estructurando en una disciplina dentro de las ciencias económicas y que en la actualidad se identifica por tener personalidad definida, métodos, técnicas particulares y posibilidades aplicativas múltiples.

CONSIDERACIONES FINALES

El sector de la salud requiere de considerables recursos, de los cuales depende en cierto grado la cantidad y calidad de los resultados de su empleo, lo que evidencia que se debe utilizar la menor cantidad de recursos para obtener un mismo resultado; si esto se logra, entonces se estará en condiciones de que dichos beneficios lleguen a más personas, logrando así la deseada eficiencia: adecuada relación entre economía y salud.

Para la economía de la salud, el siglo XXI debe ser una etapa de consolidación de técnicas, métodos y nuevos conocimientos de acuerdo con el desarrollo social y económico de cada sociedad. El sistema de salud debe ser reconocido por los estados y gobiernos como una inversión a largo plazo y que aporta beneficios, lo cual se evidencia cuando se observa la relación que existe entre desarrollo económico y los niveles de atención, fundamentalmente en los países más desarrollados. Cuba se levanta como la excepción en este sentido, pues existen evidencias científicas en el orden teórico - práctico para demostrar dicha afirmación y una de ellas radica en que hoy día, un país subdesarrollado muestra al mundo indicadores que solo se pueden comparar con los más desarrollados. Otro indicador que debe ser atendido es el reconocimiento que debe tener el sector salud como consumidor del producto interno bruto (PIB), ya que algunos países gastan entre 8 y 15 % del PIB para resolver los problemas de salud, aunque en otros su gasto es menor, aspectos que evidencian fisuras importantes entre las naciones ricas y las que están en vías de desarrollo.

Las reformas sectoriales constituyen otro de los elementos donde la economía de la salud debe seguir buscando respuestas para su avance como ciencia aplicada. Hace algunos años estos procesos de reformas tienen un espacio de consenso y disertación como un tema prioritario en las agendas políticas de los países americanos, y sin

duda, contribuyen al desarrollo de la economía de la salud; sin embargo, para el logro de un verdadero desarrollo de esta disciplina se deben seguir fomentando con mayor impulso aquellos temas relacionados con: financiamiento del sector, mecanismos de financiamiento, estudios de mercado, evaluación económica en la introducción de tecnologías de salud, estudios económicos de los fármacos, demanda de los servicios de salud, tecnologías sanitarias, fortalecimiento institucional, desarrollo de recursos humanos, entre otros. En fin, la disciplina lleva un desarrollo armónico según la problemática de nuestro país y la implantación de medidas en el proceso de reformas.

Esta disciplina debe verse desde el impacto que el bienestar de la salud de las personas y la sociedad tiene sobre la economía, enfoque en el cual se tendrán en cuenta elementos fundamentales como: productividad, capacidad para actuar sobre el desarrollo económico, para asimilar nuevas tecnologías y procesos, entre otros. Todos ellos pueden verse limitados en cierta medida por el estado físico, psíquico y emocional de las personas y la sociedad en general; no obstante, algunas líneas de trabajo en este ámbito podrían ser vistas como perspectivas de trabajo de la economía de la salud: fortalecimiento del análisis económico en el proceso de análisis de la situación de salud, desarrollo de un sistema de vigilancia económica que complemente las salas de situación con información sobre gastos, necesidades y satisfacción, así como trabajo intersectorial con análisis de la relación entre salud, sectores productivos y desarrollo socioeconómico.

Los profesionales de la salud deben estar convencidos de que la economía de la salud se alcanza cuando en una actividad o acción se logra el máximo beneficio con la utilización mínima de recursos y a un menor costo, o cuando se alcanza un mayor nivel de producción o servicios con una misma cantidad de insumos sin afectar la calidad. Verdaderamente el interés por la economía en el campo de la salud ha mostrado incremento en los últimos años, no obstante la ocupación y dedicación por esta materia a nivel de los servicios y las unidades aún es insuficiente, el deber de cada profesional de la salud es hacer todo lo que a su alcance esté por la atención de la población, ya que la meta que tiene nuestro sector no es económica, aunque este aspecto es importante, sino nuestros esfuerzos deben ir dirigido a lo social.

Finalmente, este autor considera que si los estudios e investigaciones de la economía de la salud no contribuyen a disminuir las diferencias y desigualdades en el desarrollo económico y social y al mantenimiento de sistemas de salud sostenibles, entonces se estará perdiendo un tiempo apreciable para las aspiraciones en el presente siglo, de vivir en un mundo mucho mejor y más desarrollado para todos por igual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mok Barceló P. El costo en los servicios de estomatología. Serie: Resultados de investigaciones en economía de la salud, año 2002. La Habana: Editorial Prensa Latina, 2003.
2. Carnota Lauzan O. Tecnologías gerenciales. Una oportunidad para los sistemas de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2005:144.
3. William Fogel R. New sources and new techniques for the study of secular trends in nutritional status, health, mortality and the process of aging. <<http://ideas.repec.org/p/nbr/nberhi/0026.html>>[consulta: 22 agosto 2009].
4. George A, Alleyne O, Cohen D. Salud, crecimiento económico y reducción de la pobreza. Washington, DC: OPS, 2003:22-7.

5. Ramos B, Aldereguía J. Medicina social y salud pública en Cuba. La Habana: Editorial Pueblo y Educación, 1990:212-22.
6. Cosme J, Cárdenas J, Miyar R. Economía y salud, conceptos, retos y estrategias. <http://new.paho.org/cub/index2.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=57&Itemid=226> [consulta: 22 agosto 2009].
7. Jefferson T, Demicheli V, Mugford M. Elementary economic evaluation in health care. London: BMJ Books, 2000:132.
8. Cosme J, Escobar N, Fonseca G, Luque D, Luque E, Mock P, Cárdenas JM, Gálvez AM, Valenzuela C, Rodríguez M. Economía de la Salud. Santiago de Cuba: Editorial Oriente, 2007:12-24.
9. Cárdenas Rodríguez J. La economía de la salud: un camino en la búsqueda de la eficiencia. Serie: Resultados de investigaciones en economía de la salud, año 2002. La Habana: Prensa Latina, 2003:18.
10. Ramos DB. Control de calidad de la atención de salud. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2004:56-65.

Recibido: 6 de noviembre de 2009

Aprobado: 24 de noviembre de 2009

Lic. Julio Cesar César Valdés. Facultad de Tecnología de la Salud "Dr. Juan Manuel Páez Inchausti". Kilómetro 2½ y Autopista, Carretera de El Caney, Santiago de Cuba, Cuba
Dirección electrónica: jccesar@medired.scu.sld.cu