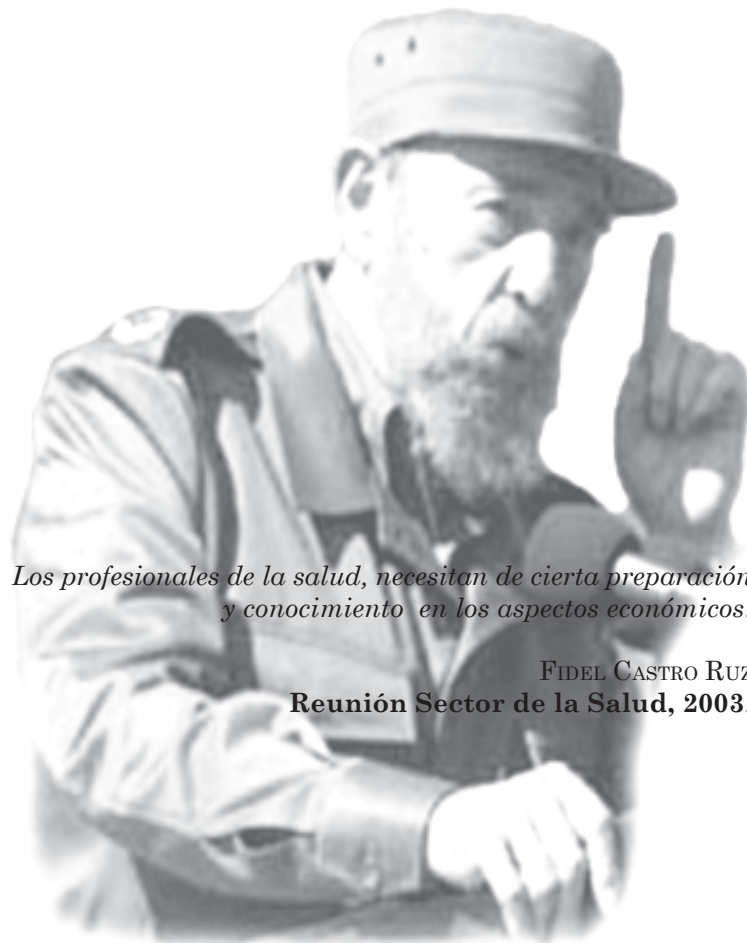


# **ECONOMÍA DE LA SALUD**



*Los profesionales de la salud, necesitan de cierta preparación  
y conocimiento en los aspectos económicos.*

FIDEL CASTRO RUZ  
**Reunión Sector de la Salud, 2003.**

# **ECONOMÍA DE LA SALUD**

## **TEXTO BÁSICO**

### **COLECTIVO DE AUTORES**

Dr. MSc. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez  
MSc. Jorge Cosme Casulo  
Dra. C. Nilia Escobar Yéndez  
Dra. C. Ana María Gálvez González  
MSc. Justo Manuel Cárdenas Rodríguez  
MSc. Gumersindo Fonseca Rodríguez  
MSc. Denys Luque Borjas  
Dra. MSc. Elena Luque Borjas  
Dra. Mirta Rodríguez Chirino  
MSc. Marcia de la Caridad Proenza Segares  
MSc. Liliana Leyva Rosales  
MSc. María Victoria Perrand Robert  
Dra. MSc. Felipa Nerys López Veranes  
Dra. Maritza Santana Formeza  
Dr. José Rafael Laborí Ruiz  
MSc. Isabel Montoya Sánchez



**Editorial Oriente**  
Santiago de Cuba, 2013

Edición: Zeila Robert Lora  
Diseño: Orlando Hechavarría Ayllón  
Composición: Darinés Entenza Figueras  
Primera edición, 2004  
Segunda edición, 2007  
Tercera edición, 2010

© Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez, 2013  
© Sobre la presente edición:  
Editorial Oriente, 2013

ISBN 978-959-11-0891-3  
Instituto Cubano del Libro  
Editorial Oriente  
J. Castillo Duany No. 356  
Santiago de Cuba  
E-mail: edoriente@cultstgo.cult.cu  
www.editorialoriente.cult.cu

## PRÓLOGO

*El colectivo de profesores de la Cátedra de Economía de la Salud de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, presenta Economía de la Salud con las nuevas experiencias adquiridas, que en el transcurso de estos años han logrado introducir en las actividades docentes de las carreras de Medicina, Estomatología, Enfermería y Psicología, por lo que será más accesible a estudiantes y profesionales de la salud, y promueve progresistas formas de pensar y actuar en las unidades de salud.*

*La Economía de la Salud es una disciplina que ha continuado su desarrollo ascendente, se ha profundizado en los conocimientos teóricos necesarios para la eficiencia económica y los conceptos que influyen en un mayor control de la calidad basados en la actividad de quienes dirigen y trabajan en la gran responsabilidad de la administración de los recursos.*

*En esta cuarta edición se incorporan nuevos aspectos y se actualizan materias tan importante como planificación estratégica, globalización y salud, presupuesto y control interno, que constituyen pilares fundamentales para el pensamiento de nuestros futuros profesionales en los momentos actuales en el cumplimiento de los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, aprobados en VI Congreso del PCC, y además contribuye con los profesores en el desarrollo universitario extendido mediante los Diplomados que se ofertan a dirigentes y funcionarios del sector, y en la*

*confiabilidad de la acreditación de la Maestría de Economía de la Salud por la Junta Nacional de Acreditación del Ministerio de Educación Superior.*

*La actualización de esta obra, desde la Universidad de Ciencias Médicas santiaguera pretende contribuir al cumplimiento de la estrategia definida por el VI Congreso del Partido, que señala: “Será necesario fomentar la cultura económica de toda la población y adquiere particular importancia lograr la preparación requerida de los cuadros, así como la necesidad de preservar la ética, lo que junto al sentido del deber y a la sensibilidad revolucionaria, deberán ser determinantes en su comportamiento cotidiano”.*

DR. ANTONIO LÓPEZ GUTIÉRREZ  
Rector  
Universidad de Ciencias Médicas  
Santiago de Cuba,  
mayo 2013

# ÍNDICE

PRÓLOGO/	5
CAPÍTULO I. ECONOMÍA/	11
I.1 Introducción/	11
I.2 La economía y su papel en el desarrollo humano. Definición de economía/	11
I.3 Macroeconomía. Variables fundamentales/	14
I.4 La microeconomía/	24
I.5 Resumen/	28
I.6 Cuestionario/	29
CAPÍTULO II. ECONOMÍA Y SALUD/	30
II.1 Introducción/	30
II.2 La economía y su relación derivada en la salud de la población/	31
II.3 Los gastos en los sistemas nacionales de salud/	53
II.4 La salud pública cubana/	61
II.5 Resumen/	77
II.6 Cuestionario/	78
CAPÍTULO III. ECONOMÍA DE LA SALUD/	79
III.1 Introducción/	79
III.2 Definición/	79
III.3 Oferta y demanda de los servicios de salud/	83
III.4 Ética médica y economía de la salud/	87
III.5 Financiamiento y presupuesto/	93
III.6 Sistema nacional de contabilidad/	106
III.7 El Costo/	113

III.8 Sistema de control interno/	128
III.9 Campos de aplicación/	135
III.10 Resumen/	145
III.11 Cuestionario/	146
CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN ECONÓMICA/ 148	
IV.1 Introducción/	148
IV.2 La evaluación económica de la tecnología sanitaria/	149
IV.3 Métodos de evaluación económica/	157
IV.4 Resumen/	171
IV.5 Cuestionario/	172
CAPÍTULO V. GLOBALIZACIÓN, SALUD Y DESARROLLO HUMANO/ 173	
V.1 Introducción/	173
V.2 Valoración de los problemas derivados de la globalización y su repercusión en la salud y el desarrollo humano/	175
V.3 Globalización-acceso a los medicamentos. Antecedentes/	182
V.4 Índices de desarrollo humano/	184
V.5 Panorámica internacional/	196
V.6 Resumen/	201
V.7 Cuestionario/	202
CAPÍTULO VI. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA/ 203	
VI.1 Introducción/	203
VI.2 Planificación/	204
VI.3 Planificación estratégica/	206
VI.4 Pasos de la Planificación Estratégica/	213
VI.5 ¿Por qué fracasan las planificaciones estratégicas?/	220
VI.6 Resumen/	223
VI.7 Cuestionario/	224
CAPÍTULO VII. FARMACOECONOMÍA/ 225	
VII.1 Introducción/	225



VII.2 Farmacoeconomía, evaluación económica de los medicamentos. Generalidades. Definición/	226
VII.3 La farmacoeconomía en la toma de decisiones/	228
VII.4 Evaluación económica de medicamentos/	231
VII.5 La farmacoeconomía en el hospital/	244
VII.6 Resumen/	246
VII.7 Cuestionario/	247
CAPÍTULO VIII. INTRODUCCIÓN AL MARKETING EN SALUD/	248
VIII.1 Introducción/	248
VIII.2 Necesidad del marketing en salud/	258
VIII.3 Oferta en servicios de salud: Un enfoque mercadológico/	261
VIII.4 Resumen/	269
VIII.5 Cuestionario /	269
CAPÍTULO IX. GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS/	270
IX.1 Introducción/	270
IX.2 Sistema, proceso o ciclo de la gestión de recursos humanos/	273
IX.3 Modelos de gestión de recursos humanos/	273
IX.4 Resumen/	279
IX.5 Cuestionario/	279
CAPÍTULO X. LA MEDICINA TRADICIONAL Y NATURAL, APORTE A LA SALUD Y A LA ECONOMÍA/	281
X.1 Introducción/	281
X.2 Aspectos teóricos/	282
X.6 Perspectiva de desarrollo en Cuba/	290
X.7 Resumen/	292
X.8 Cuestionario/	292
GLOSARIO/	293
BIBLIOGRAFÍA/	353
RESEÑA DE LOS AUTORES/	359



# **CAPÍTULO I. ECONOMÍA**

MSc. Gumersindo Fonseca Rodríguez

## **I.1 Introducción**

El presente capítulo tiene como objetivo familiarizar a los estudiantes, que no poseen conocimientos previos de economía, con algunos conceptos que les servirán de base para una mejor comprensión de los capítulos subsiguientes.

Con estos elementos esenciales podrán entender la relación de la economía con la salud; así como la influencia de esta en los procesos económicos. Por otro lado, comprenderán las particularidades en la aplicación de los conceptos, teorías y técnicas de la economía al sector salud, asimismo, estarán en condiciones de asimilar más adelante por qué la salud puede considerarse una función de producción, susceptible de ser evaluada económicamente para lograr una mayor eficiencia.

## **I.2 La economía y su papel en el desarrollo humano. Definición de economía**

Desde el surgimiento del hombre, su condición básica e indispensable ha sido la supervivencia, lo cual se ha logrado a través de la producción de bienes materiales, entendiéndose por esta la actividad consciente del hombre dirigida a transformar o adaptar los bienes que le brinda la naturaleza para sus propios fines.

En el proceso de subsistencia, el hombre utiliza dos tipos de bienes: bienes libres y bienes económicos.

Bienes libres: son todos aquellos que satisfacen una necesidad humana y se encuentran en cantidades superiores a las demandas y no representan costo para su adquisición, a modo de ejemplo puede citarse el agua que puede beberse de un río o el aire que respiramos, etc.

Bienes económicos: son aquellos producidos por el hombre, que llevan implícito un costo para su producción y en cualquier sociedad, independiente de su nivel de desarrollo, son insuficientes respecto a las demandas potenciales, por lo que su uso es alternativo.

La escasez de los recursos económicos, obedece a que las demandas humanas y productivas crecen proporcionalmente más rápido que el nivel de los recursos en un momento dado. La brecha entre el nivel de los recursos y las demandas, constituye el móvil tras el cual se desarrolla la producción. El desarrollo de la producción mediante el trabajo, ha sido el factor impulsor, en última instancia, del progreso de las demás esferas de la vida social.

La creación de bienes materiales mediante el trabajo, es condición indispensable para el desarrollo de todas las esferas de la vida de la sociedad.

El desarrollo de la esfera social debe estar en armonía con el desarrollo económico, esto garantizaría su carácter sostenible. Entre ambos procesos existe una estrecha vinculación, pues el desarrollo en educación, salud, cultura, deporte u otras, perfecciona y protege al hombre como el elemento más importante dentro de las fuerzas productivas de la sociedad, que a su vez, es el elemento más dinámico dentro de la misma.

Un principio esencial debe regir en cualquier sociedad, no se puede distribuir y consumir lo que no se produce. Carlos Marx y Federico Engels señalaron en el siglo XVIII: "...para vivir hace falta comer, beber, alojarse bajo un

techo, vestirse y algunas otras cosas más. El primer hecho histórico es, por consiguiente, la producción de los medios indispensable para la satisfacción de estas necesidades, es decir, la producción de la vida misma...”.<sup>1</sup> Con estas palabras significaron que las condiciones materiales de vida, son las condiciones indispensables de la existencia humana.

“El trabajo es la primera condición fundamental de toda la vida humana, hasta tal punto que, en cierto sentido, deberíamos afirmar que el hombre mismo ha sido creado por obra del trabajo”.<sup>2</sup>

La existencia de bienes económicos escasos en relación con las crecientes demandas, ha obligado a los hombres a reflexionar sobre estos bienes, o sea, cómo utilizarlos de forma tal que les brinden los mayores beneficios. Estas reflexiones en forma sistematizada han dado lugar a diferentes definiciones de economía.

*La economía* es el estudio de las actividades relacionadas con la producción y el intercambio entre las personas.

*La economía* analiza los movimientos de la economía global: las tendencias de los precios, la producción y el desempleo, una vez que se comprenden esos fenómenos, la economía ayuda a elaborar las medidas con las que los gobiernos pueden influir en la evolución económica global.

*La economía* es la ciencia de la elección: estudia la forma en que los individuos deciden utilizar los recursos productivos escasos o limitados (la tierra, el trabajo, el equipo y los conocimientos técnicos), para producir diversas mercancías (como trigo, carne, abrigos, carreteras), y distribuir estos bienes entre los miembros de la sociedad para su consumo.

*La economía* estudia la forma en que los seres humanos organizan sus actividades relacionadas con el consumo

<sup>1</sup> Carlos Marx y Federico Engels: *La Ideología Alemana*, p. 27.

<sup>2</sup> Federico Engels: *Dialéctica de la Naturaleza*, p. 142.

y la producción; es el estudio del dinero, los tipos de interés, el capital y la producción.

Estas diferentes definiciones son el resultado de los disímiles temas que aborda la economía y su rápida evolución. Pero la definición en que la mayoría de los economistas parecen estar de acuerdo es la siguiente:

*La economía* es el estudio de la manera en que los individuos y la sociedad deciden emplear los recursos escasos que podrían tener usos alternativos para producir diversos bienes y distribuirlos para su consumo, presente o futuro, entre las diferentes personas y grupos de la sociedad.

De esta definición es importante resaltar sus principales rasgos: escasez y uso alternativo, este último implica un costo de oportunidad, o sea, que cuando utilizamos un recurso en forma alternativa, estamos renunciando a su uso en otra opción, quiere decir que el costo oportunidad es el sacrificio de los recursos de una opción para dedicarlo a otra, un ejemplo pudiera ilustrar su comprensión. Un individuo con su renta decide reparar su vivienda, para ello tendría que renunciar a la compra de algunas prendas de vestir o actividades de recreación.

*La economía* trata de la medición de importantes fenómenos, tales como el desempleo, el crecimiento económico de un país, el nivel de los precios, la renta, el comportamiento del comercio exterior, etc. Según la óptica con que se analicen los procesos económicos, se puede identificar la *macroeconomía* y la *microeconomía*.

### **I.3 Macroeconomía. Variables fundamentales**

Macroeconomía es el estudio de la conducta de la economía en su conjunto: las variaciones de los precios, la producción o el empleo global.

A nivel macroeconómico, la demanda y la oferta se tienen en cuenta como globales, o sea, como amplios agregados de la vida económica de una nación.

*La demanda agregada* son los bienes y servicios que los agentes desean o han planeado consumir, invertir o gastar, por ejemplo alimentos, vestuario, calzado, artículos duraderos, viviendas, servicios de salud, educación, etcétera. Por su parte, la *oferta agregada* se refiere al volumen de producción que fabricarán y venderán las empresas, dados los precios vigentes, la capacidad productiva y los costos.

Como se comprenderá, estos elementos de la oferta agregada hacen que no siempre exista una correspondencia entre esta y la demanda agregada.

El comportamiento de la macroeconomía de un país para un periodo dado, se puede medir a través de determinadas variables, entre ellas se destacan:

- Crecimiento económico
- Empleo / desempleo
- Nivel general de los precios
- Comercio exterior.

Analícemos brevemente en qué consiste cada una.

### **I.3.1 Crecimiento económico**

Actualmente el éxito económico es la capacidad de un país para generar un elevado y rápido crecimiento de la producción de bienes y servicios económicos, o sea, una mayor producción de alimentos, vestuarios, equipos, transporte, artículos duraderos, salud, educación, etc.

El crecimiento económico es un factor esencial para el desarrollo, pues si lo hay, las posibilidades serían mayores, mas no debemos identificar ambos conceptos. Puede existir un crecimiento económico en un país dado y no traducirse en un desarrollo para su economía, ni otra

esfera de la sociedad, tal es el caso de muchos países en desarrollo donde tienen cierto crecimiento económico y se revierte en un incremento y perfeccionamiento de su infraestructura que conduce a un mejoramiento de las necesidades materiales y espirituales de su sociedad.

El desarrollo es un proceso dinámico de crecimiento balanceado y autosostenible de la economía, que asegura las transformaciones de la estructura económico-social, capaces de garantizar la satisfacción creciente y estable de las necesidades materiales y espirituales de la sociedad.

El desarrollo económico es la base que sustenta a otras esferas de la sociedad, o sea, no puede existir un desarrollo sostenible de la esfera social, sin desarrollo económico.

El crecimiento económico de un país puede medirse a través del *Producto Interno Bruto* o también a través del *Producto Nacional Bruto*.

*El Producto Interno Bruto (PIB)*: Es el resultado final de la producción o servicios producidos por las empresas nacionales o extranjeras radicadas en el país durante un periodo de tiempo dado, generalmente un año. Podemos citar como ejemplo en Cuba, la producción de azúcar, arroz, tabaco, bebidas alcohólicas, medicamentos, etc.; así como las producciones de las corporaciones o asociaciones con capital extranjero radicadas en este país y otras producciones y servicios de las cooperativas y productores no estatales.

“El producto interno bruto (PIB) es el indicador más amplio de la producción total de bienes y servicios de un país. Es la suma de los valores monetarios del consumo, la inversión bruta, las compras de bienes y servicios por parte del Estado y las exportaciones netas producidas en un país durante un determinado año”.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> Paul A. Samuelson y William D. Nordhaus: *Macroeconomía*, p. 394.



Se define como *Producto Nacional Bruto* (PNB), el resultado final de la producción de las empresas del país, así como la producción de nacionales independientemente del país de ubicación en un periodo de tiempo dado, por lo general un año.

Como ejemplo pueden citarse las producciones antes mencionadas, descontando las de las corporaciones o asociaciones con capital extranjero y sumando las que se obtienen como resultado de las exportaciones de los servicios.

El crecimiento del PIB o el PNB de un año, con respecto a otro a precio constante, se expresa a través de su tasa de crecimiento:

Ej: Tasa de crecimiento del (PIB) o (PNB).

$$TC = \frac{PIB_1 - PIB_0}{PIB_0} \times 100$$

Donde:

TC – Tasa de crecimiento en % del PIB

PIB<sub>1</sub> – Producto Interno Bruto del año actual

PIB<sub>0</sub> – Producto Interno Bruto del año comparado

Ejemplo hipotético:

PIB<sub>1</sub> = \$55 235 000

PIB<sub>0</sub> = \$53 577 950

La tasa de crecimiento del PIB sería entonces:

55 235 000 – 53 577 950 = 1 657 050

$$TC = \frac{1\ 657\ 050}{53\ 577\ 950} \times 100 = 3 \%$$

Esto significa que el PIB creció un 3 % en el año actual con respecto al año tomado como base, siempre que el nivel de precios sea constante. Una economía cuya tasa del PIB sea igual o mayor del 3 %, se considera aceptable.

Tanto el PIB como el PNB crecen debido al incremento de la producción o los servicios, o por un aumento del nivel de los precios. Para determinar el crecimiento del

PIB o el PNB se calculan: *Producto Nacional Bruto Nominal* y *Producto Nacional Bruto Real*.

*Producto Nacional Bruto Nominal*: es la producción actual ( $Q_i$ ) por el nivel actual de los precios ( $P_i$ ), o sea, sería el resultado de la sumatoria de la producción del año actual por los precios de ese año:

$$\text{PNB} = Q_i P_i.$$

*Producto Nacional Bruto Real*: es la producción del año actual (sumatoria de la producción) por el nivel de los precios de un año, tomado como base ( $P_0$ ), o sea:

$$\text{PNB} = Q_i P_0$$

Como se comprende, quitar el efecto de los precios del año actual, permite observar el crecimiento económico real. Tanto el PIB como el PNB pueden crecer sin que ello signifique un bienestar humano, tal es el caso de la producción bélica, o los efectos negativos de la contaminación ambiental, como la tala indiscriminada de los árboles, etc. Para eliminar este efecto, los economistas han introducido un nuevo concepto: el de *Bienestar Económico Neto* (BEN). Este trata de eliminar los efectos adversos al bienestar e incluir otros beneficiosos, que no son tenidos en cuenta dentro del PIB o el PNB, como es el caso del ocio de que disfrutan las personas o el trabajo doméstico de las amas de casa, etc.

Como veremos en el capítulo siguiente, el crecimiento económico es condición del mejoramiento del estado de salud de la población, pero si este no va acompañado de una adecuada política sanitaria, puede ser muy perjudicial para la salud.

Si al Producto Nacional Bruto le restamos la depreciación, obtenemos el Producto Nacional Neto (PNN) o el Producto Interno Neto (PIN).

### **I.3.2 Empleo/desempleo**

Una variable macroeconómica que tiene un impacto directo en el estado de salud, es el empleo /desempleo.

Mediante la política macroeconómica se trata de buscar empleo a toda la población económicamente activa. Una persona es desempleada si no está trabajando y ha realizado esfuerzos específicos por encontrar un empleo durante las cuatro últimas semanas; ha sido suspendida de empleo y está esperando ser llamada de nuevo, o está esperando ocupar un puesto de trabajo en el mes siguiente.

Los que están ocupados y los desempleados, constituyen la población activa. Se excluyen de la población activa: estudiantes, amas de casa, jubilados y personas muy enfermas.

“La población activa está formada por todas las personas ocupadas y desempleadas que están buscando trabajo. No incluye a las personas que carecen de empleo y no están buscando ninguno”.<sup>4</sup>

Se determina el nivel de empleo en un momento dado, mediante la tasa de desempleo, la cual se obtiene como resultado de dividir el número de desempleados por la población activa total y multiplicarlo por 100.

#### *Ejemplo A*

Si en una región X la población activa por los diferentes aspectos descritos es de 64 000 personas, y los desempleados, 4 480, la tasa real de desempleo se calcularía:

$$D = \frac{4\,480}{64\,000} \times 100 = 7 \%$$

Es importante destacar dentro de la tasa de desempleo, lo que se denomina tasa natural de desempleo (M) y tasa real de desempleo (D).

La tasa natural de desempleo (M) es aquella que no permite crecimiento de la inflación, se corresponde con la capacidad potencial de producción en una nación para un momento dado.

<sup>4</sup> *Ibidem* p. 379.

### *Ejemplo B*

Si en el ejemplo de la región mencionada, la capacidad productiva potencial permite emplear a 61 000 personas, y los desempleados son 3 000, la tasa natural de desempleo sería:

$$M = \frac{64\,000 - 61\,000}{64\,000} \times 100 = 4,68 \%$$

Como puede verse, la tasa natural no se compara con respecto a la población económicamente activa, sino sobre la base de la capacidad potencial de la producción y los servicios de una nación.

La tasa real de desempleo (D) es la que existe en el momento dado, respecto a la población económicamente activa.

Cuando la tasa real de desempleo (D) es mayor que la tasa natural (M), hay una subutilización de las capacidades productivas del país, lo que origina una caída del Producto Interno Bruto.

Si por el contrario, cuando la tasa natural de desempleo es mayor que la real, habrá un proceso de sobreutilización de las capacidades productivas, y se generan lo que en economía se denomina recalentamiento económico y el consiguiente proceso inflacionario.

### *Ejemplo C*

Si por el contrario, los empleados fueran 62 000 personas. Entonces:

$$64\,000 - 62\,000 = 2\,000 \text{ desempleados,}$$

por tanto:

$$D = \frac{2\,000}{64\,000} \times 100 = 3,12 \%$$

Esto significa un sobreempleo de acuerdo con las capacidades, lo que provoca un proceso inflacionario; además del desaprovechamiento de fuerzas laborales que pueden emplearse en otras esferas. El sobreempleo es el fac-

tor que al incrementar los gastos en salarios, se incrementan los costos y ello contribuye a la ineficiencia en la producción.

En Cuba, durante un periodo determinado, el empleo estuvo por encima de las potencialidades de la producción y los servicios, lo cual influyó negativamente en la mejor eficiencia económica. A partir del año 2011 se inició un proceso de reordenamiento laboral, que sin dejar desamparada a ninguna persona, ha permitido disminuir las plantillas en exceso de varias entidades y completar otras que así lo requieren. Por otra parte, como una forma de ampliar las potencialidades laborales, se han ido incrementando formas no estatales en la economía, que han posibilitado el empleo a más de 400 000 personas en diferentes producciones y servicios. Cuando en un país la tasa real de desempleo es similar a la tasa natural, se considera pleno empleo, pero esto no significa que el 100 % de las personas de la población económicamente activa se encuentre trabajando.

### **I.3.3 Nivel general de los precios**

La macroeconomía también se ocupa del nivel general de los precios.

El precio es la expresión monetaria del valor. Si el valor lo determinan los gastos de trabajo y su magnitud (el tiempo de trabajo socialmente necesario), el precio lo determina la correlación de la oferta y la demanda.

El precio, en dependencia de la oferta y la demanda, puede ser igual, superior o inferior al valor de un bien, de lo cual se desprende que cuando la oferta es superior a la demanda, el precio es bajo; cuando es inferior, el precio es alto, y cuando tienden a igualarse, los precios son normales.

El crecimiento sostenido de los precios es una manifestación de un proceso inflacionario. La inflación es un exceso de dinero en circulación que no se corresponde con el volumen de mercancías y servicios y el nivel de los precios en un momento dado. La inflación conduce a un proceso de depreciación de la moneda nacional.

La inflación, además, puede tener como consecuencia la caída del PIB; y la combinación de ambos procesos (caída del PIB y la inflación) genera episodios de estanflación, lo que puede traer un alto costo social cuando es inesperado o no anticipado.

El nivel de la inflación se mide a través de la tasa de inflación ( $\pi$ ), lo que se determina al multiplicar los precios de un año dado ( $P_i$ ) por los precios de un año base ( $P_o$ ), dividido por el año base  $P_o$ , y multiplicado por cien.

$$\text{O sea, que: } \pi = \frac{P_i \times P_o}{P_o} \times 100$$

Para determinar el nivel global de precio, lo más frecuente es calcular el índice de precios de consumo (IPC). Este mide el costo de una cesta fija de bienes (alimentos, alojamiento, vestuario, asistencia médica, etc.) comprada por el consumidor urbano típico (racional).

El Estado puede influir en el problema de la circulación monetaria en la macroeconomía a través de la *política fiscal*, al incrementar o disminuir los impuestos y el gasto público —este último incluye educación, salud, servicios comunales, etc.—; mediante la *política monetaria*, al incrementar o disminuir la oferta monetaria o la tasa de interés; también puede hacerlo con la *política cambiaria*, al modificar las tasas de cambio, o sea, la relación de la moneda del país con las monedas de otros países.

En la sociedad socialista los precios se establecen planificadamente por el Estado sobre la base del costo,

lo cual los hace más estables, y no siempre son determinados por la oferta y la demanda.

La circulación monetaria es también planificada por lo que la tendencia a procesos inflacionarios, es contrarrestada por la intervención del Estado.

En el caso de la economía cubana existen los precios planificados en la economía estatal y los precios de los mercados de las cooperativas y vendedores por cuenta propia, determinados por la oferta y la demanda. El Estado cubano garantiza precios planificados y estables a los productos de la canasta básica familiar, con lo cual asegura la accesibilidad de todos los ciudadanos a los mismos.

La política neoliberal desarrollada en otras economías del mundo y la privatización que esta genera, hacen que los precios sean determinados por el mercado, o sea, a través de la oferta y la demanda, lo que afecta la accesibilidad de las personas de más bajos ingresos a los productos necesarios para su subsistencia, con la consiguiente afectación a su estado de salud.

### **I.3.4 Comercio exterior**

Otra de las variables macroeconómicas importantes, que tiene que ver con las relaciones comerciales, es el comercio exterior. El resultado de este comercio se expresa a través de la relación entre exportaciones (X) e importaciones (M). Cuando en un país las exportaciones superan las importaciones, se obtiene un saldo positivo, denominado superávit, y cuando ocurre lo contrario, se produce un saldo negativo, denominado déficit.

Estas relaciones pueden enunciarse en forma mercantil, y sus resultados se expresan en el intercambio mercantil denominado balanza comercial y también mediante las relaciones monetarias, que se manifiestan en la denominada balanza de pago.

En el comercio exterior se pone de manifiesto el llamado intercambio desigual, el cual está dado en lo fundamental por la diferencia en el nivel de desarrollo tecnológico de los diferentes países, donde una hora de trabajo en un país desarrollado puede ser equivalente a varias horas de trabajo en países menos desarrollados; esta situación se agudiza en la actualidad con la existencia de precios monopolistas, que distorsionan las relaciones de intercambio y que tanto afecta a los países en desarrollo.

La economía de cualquier país trata de lograr una relación comercial positiva con el exterior, lo que significa un adecuado nivel de desarrollo, condición necesaria para el bienestar general.

En las condiciones de Cuba, que depende mucho del comercio con el exterior por las características de su economía, se impone la necesidad de lograr el mayor volumen de exportación, con lo cual puede obtenerse moneda libremente convertible a fin de adquirir otros bienes necesarios que no se producen en el país, como los medicamentos, equipamiento y tecnología sanitaria y otros productos básicos. Toda sustitución de importaciones económicamente ventajosa debe ser estimulada.

Hasta ahora hemos visto el comportamiento de la economía a nivel global, como macroeconomía, con algunas de sus variables fundamentales, veamos brevemente la microeconomía.

## **I.4 La microeconomía**

*La microeconomía* estudia los mercados parciales, cuáles son las decisiones óptimas de las empresas, entidades o consumidores para actuar racionalmente. Trata, por tanto, de la distribución de la producción entre los concurrentes, empresas y entidades, familias e individuos.



Si bien la macroeconomía trata la demanda y la oferta agregada, la microeconomía estudia la oferta y la demanda de los mercados particulares.

¿Qué se entiende por mercado?

La palabra mercado significa literalmente lugar donde se compran y venden bienes, por ejemplo: el mercado de cereales donde se vende arroz, maíz, etc. Puede ser también el mercado de la bolsa de valores, donde se compran y venden acciones de grandes empresas o el mercado de trabajo, donde se compra y se vende la fuerza de trabajo u otros factores para la producción.

Un mercado es un proceso mediante el cual los compradores y vendedores de un bien, interactúan para determinar su precio y su cantidad.

Para que un mercado se considere eficiente o perfecto, deben darse las siguientes características: muchos vendedores en relación con el tamaño del mercado, producto homogéneo, compradores y vendedores o empresarios bien informados, libre entrada y salida de empresas, y decisiones independientes tanto de los oferentes, como de los demandantes.

Pero como se aprecia, esta perfección o eficiencia del mercado es teórica, pues a menudo inciden factores que contribuyen a su imperfección o ineficiencia, tal es el caso de la existencia de externalidades, bienes públicos, imposición de impuestos, existencia de monopolios, etc. En el capítulo III se examinarán estas características y sus peculiaridades en el mercado de salud.

Es importante destacar que la microeconomía es típica para una economía de mercado, no así para una economía planificada. No obstante, la economía de mercado es la imperante en el mundo actual y, además, hay esquemas que pueden ser aplicados a la economía planificada.

Toda economía de mercado se sustenta sobre el mecanismo de la oferta y la demanda. Se entiende por

*demanda* la cantidad de un bien que están dispuestos a adquirir voluntariamente los consumidores a un precio dado. No debemos confundir o identificar demanda con necesidad, pues puede un individuo tener necesidad de un bien y no demandarlo, ya que la demanda significa solvencia.

Hay que diferenciar también *demanda* y *cantidad demandada*, esta última dependerá del nivel de la renta de un individuo y del nivel de los precios. Por ejemplo, un individuo va al mercado de carne con \$ 100 y el precio de la carne es de \$ 10, puede demandar 10 libras, pero si el precio se eleva a \$ 20 y se mantiene la renta, demandará solamente 5 libras.

*La oferta* se define como la cantidad de un bien que están dispuestos a ofertar voluntariamente a un precio dado los oferentes. En esta influyen los costos, nivel de los precios y capacidad productiva.

Como se señaló anteriormente, la correlación entre oferta y demanda determina el nivel de los precios en los diferentes mercados.

En Cuba, dada la existencia de la propiedad social sobre los medios fundamentales de producción y el carácter planificado de su economía, la economía de mercado no es la predominante, por lo que los precios de la economía estatal se establecen en función de la naturaleza y objetivo del bien o el servicio que se brinde. Por ello muchos precios de productos que se denominan de primera necesidad, son subsidiados por el Estado, y otros productos tienen precios superiores, incluso a su valor, porque se desea desestimular su consumo, tal es el caso de los cigarrillos y las bebidas alcohólicas.

En los Lineamientos de la Política Económica y Social aprobadas en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, se define que se trabajará para disminuir los subsidios a los productos y en su lugar subsidiar a aquellas personas que su situación económica así lo requieran, el Modelo Económico Cubano continuará basado en la pro-

riedad social sobre los medios fundamentales de producción y la planificación, conjugando esta última con las tendencias del mercado.

*La microeconomía* establece diferentes modelos económicos con el fin de determinar la *eficiencia económica*, la cual se convierte en una necesidad insoslayable para lograr que los recursos humanos, materiales y financieros, brinden los mayores aportes al bienestar general.

*La eficiencia económica* es la mejor relación entre los recursos empleados y los resultados obtenidos. Se expresa en término relativo, es decir, que resulta de evaluar todas las posibles opciones que puedan contribuir a la solución de un problema y dentro de ellas determinar la que produzca los mejores resultados al menor costo. No puede decirse que algo es eficiente si antes no se compara con todas las posibles opciones de solución.

Una economía funciona eficientemente cuando se encuentra en la frontera de posibilidades de producción, o sea, cuando para dedicar una cantidad de recursos a una actividad, hay que afectar otra en la misma proporción de recursos.

La eficiencia no incumbe sólo a la economía, sino a cualquier esfera de la vida, pues los recursos son escasos en relación con las demandas sociales y la única forma de incrementar su rendimiento es mediante su uso eficiente.

En salud las demandas crecen como consecuencias de las diferentes transiciones que están ocurriendo: demográficas, epidemiológicas, ecológicas, políticas, educacionales y económicas, las cuales conducen al incremento de los gastos nacionales en salud. Por tanto, para lograr una mayor cobertura de los servicios de salud con limitación de recursos, la eficiencia es un imperativo insoslayable.

La determinación de la eficiencia económica presupone utilizar técnicas, procedimientos y métodos que tengan probada su efectividad, pues de lo contrario se invierten recursos innecesariamente, por ello se impone

la necesidad de evaluar de antemano la eficacia y efectividad de los procesos, técnicas o métodos.

*La eficacia*, en su acepción común, se refiere a la virtud potencial de una acción o método para el posterior alcance de un efecto previsto, se mide en condiciones ideales. Pueden servir de ilustración los ensayos clínicos que se efectúan para determinar los efectos de una vacuna para la inmunización de una enfermedad determinada a nivel de laboratorio.

Por su parte, *la efectividad* es la virtud de producir el efecto máximo; la efectividad general de la producción se refiere a su capacidad real de lograr los mejores resultados técnico-económicos, es decir, crear la mayor cuantía de los bienes sociales, del surtido y calidad adecuados y los correspondientes valores o resultados económicos; puede servir de ejemplo en salud, una vacuna que tiene una eficacia probada, al aplicarse a una población cualquiera, produce los resultados máximos. Como se aprecia, mientras la eficacia se mide en condiciones ideales, la efectividad se expresa en condiciones reales; puede no existir una correspondencia entre la eficacia y la efectividad de un mismo proceso, pues en esta última influyen las condiciones reales.

En resumen, mientras que la eficacia y la efectividad miden el aspecto técnico de un proceso, la eficiencia mide su aspecto económico.

## I.5 Resumen

El desarrollo económico mediante la producción de bienes materiales, es condición indispensable para la existencia humana. La escasez de los recursos económicos con respecto a las demandas sociales, constituye el factor fundamental de la economía como ciencia.

La economía es la base para el desarrollo sostenible de las demás esferas de la vida de la sociedad.

Según las perspectivas con que se analice la economía, puede clasificarse en macroeconomía, es decir, cuando se consideran la demanda y la oferta como amplios agregados globales, y microeconomía, cuando estudia la demanda y la oferta en los mercados particulares.

En el análisis macroeconómico se incluyen un grupo de variables fundamentales, entre ellas: crecimiento económico, empleo/desempleo, nivel general de los precios y comercio exterior.

El Estado puede influir en la macroeconomía a través de la política fiscal, la política monetarista o la política cambiaria. Cada una de las variables macroeconómicas y los indicadores que de ellas se derivan, pueden influir positiva o negativamente en el bienestar general.

La microeconomía se centra en el análisis de la eficiencia económica. Esta se expresa como la mejor relación realmente obtenida dentro de todas las posibles opciones que den solución a un problema, la cual debe ir precedida de una evaluación de la eficacia y la efectividad.

La eficiencia es la única vía para lograr el máximo beneficio de los recursos relativamente escasos de que dispone la sociedad.

## I.6 Cuestionario

1. Fundamente por qué la economía es condición indispensable para la existencia humana.
2. Defina qué entiende por economía.
3. ¿Cómo puede clasificarse la economía?
4. Enumere las variables macroeconómicas más importantes.
5. ¿Por qué es importante lograr eficiencia en nuestro trabajo?

## CAPÍTULO II. ECONOMÍA Y SALUD

MSc. Jorge Manuel Cosme Casulo  
MSc. Justo Manuel Cárdenas Rodríguez  
Dr. José Rafael Laborí Ruiz  
Dr. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez

### II.1 Introducción

Hace más de un siglo que diferentes hombres de ciencias y en particular destacados economistas, vienen abordando la estrecha relación entre la economía y la salud. En los últimos años esto ha cobrado fuerza en organismos e instituciones internacionales, como el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, entre otros.

El nuevo siglo ha estado influenciado en su primera década por una crisis financiera y económica global que envuelve al mundo. La misma concierne a todas las facetas de la vida, personas, equilibrios sociales; relaciones inter países causan turbulencias por todas partes, incluso, desde guerras y conflictos expansionistas y hasta racistas, revelando ante nuestros ojos la dependencia que tiene el mundo desarrollado de condiciones económicas y financieras cada vez más deformadas.

La crisis afecta la salud en virtud de su impacto negativo sobre la vida cotidiana, por las condiciones laborales y sociales, el desempleo, los bajos ingresos, la inseguridad social y la pobreza. Precisamente en estas condiciones, es cuando más se necesita que la medicina ofrezca un servicio accesible y sostenible, dentro de las restricciones económicas; mientras la exclusión social a nivel mundial se incrementa y agrava la vulnerabilidad de la salud.

Intrínsecamente, esa vulnerabilidad no sorprende. Los sistemas de salud modernos necesitan de un sólido financiamiento para el mantenimiento y desarrollo de la

tecnología médica, el material sofisticado que ella requiere y la formación de profesionales muy especializados. Así, en medio de la crisis, las facturaciones de la industria médico-farmacéutica y tecnológica están menos afectadas que aquellas de otros sectores.

También es necesario recordar tres áreas de acción que son decisivas para el desarrollo de la salud pública y su práctica socioeconómica:

- A. Financiamiento.
- B. Intersectorialidad.
- C. Voluntad política.

No hay práctica médica sin recursos reales que la cubran y estos no pueden existir sin financiamiento. La intervención de otros sectores es de vital importancia para dar solución a los problemas de la salud pública, pues sin ellos su eficacia estaría en peligro y no se podrían realizar, lo que no es factible políticamente.

## **II.2 La economía y su relación derivada en la salud de la población**

En 1890, el economista norteamericano Alfred Marshall sentenciaba: “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”. Aborda aquí el nuevo concepto de salud, donde esto no solo es la ausencia de enfermedad, sino también es el estado de bienestar psicosocial.

Anteriormente, en el año 1835, el estadístico social norteamericano Quetelet, escribió lo siguiente: “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 pueda hacer, su vida ha sido una carga, más que un beneficio para sus conciudadanos”.

En la década de los 50, los economistas Winslow y Myrdal argumentaron que la inversión en salud ofrece grandes dividendos en capital humano; que los costos en salud debían proporcionar ganancias económicas por concepto de la disminución en la morbilidad y mortalidad de la fuerza de trabajo; y que los programas de salud deberían estar integrados al desarrollo económico general.

Se han producido enfoques de carácter integral, en estos últimos años, donde ya se demuestra la estrecha relación e interdependencia entre economía y salud. Dentro de las principales reformas del sector salud, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria efectuada en Alma Ata (ex URSS), en 1978, abordó el tema.

En 1988, la OMS relaciona la salud con la economía, cuando se prolonga la vida útil del trabajador, se disminuye el pago de incapacidades, es baja la tasa de morbilidad y se incrementa la productividad del trabajo; todo lo que contribuye a liberar recursos para otros fines.

El Banco Mundial emitió su informe anual en 1993, “Invertir en Salud”, cuyas conclusiones se basan en algunas investigaciones innovadoras en las que 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.

Una de las formas mediante las cuales se puede medir parcialmente el impacto de condiciones de salud en la economía, es el cálculo de los años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD). Este combina los años de vida saludable perdidos a causa de la mortalidad prematura, con los perdidos como resultado de discapacidad. Precisamente, la pérdida total de AVAD, se conoce como carga global de la morbilidad.



La salud está determinada por las interacciones complejas entre las características individuales, los factores sociales, económicos y los entornos físicos.

El estado de salud de la población se define como la expresión sintética en los momentos históricos concretos del comportamiento del proceso salud enfermedad en la comunidad en el plano de salud física, mental y social.

La OMS precisa cómo el perfil de salud de un individuo, grupo o población, medido contra “patrones aceptables”: es un perfil de salud para una población específica, en un área geográfica específica, en un periodo de tiempo determinado.

En el decursar de la historia, el proceso salud-enfermedad ha sufrido una transformación cualitativa y la salud es un valor social que tiene relación con la calidad de la existencia humana. Es un valor concreto determinado por el modo de producción, el nivel socioeconómico alcanzado y la situación política existente.

Determinar el estado de salud de la población es un proceso complejo, multifactorial y dinámico en el que factores enunciados interactúan, no solo para mejorar la salud, sino para preservarla e incrementarla.

Existen diferentes modelos propuestos para el estudio de los determinantes del estado de salud.

1. Modelo sociológico (Morris)

Ambiente externo: incluye los ambientes físicos y sociales relacionados con las conductas personales y relativas al huésped (genético y adquirido).

2. Modelos integradores

(Dever) Cuatro dimensiones: La biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida, y el sistema de organización y prestación de acciones de salud (Lalonde y Blen). Campo de salud: comprende la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de organización y prestación de acciones de salud.

3. Otros modelos como Mosley y Chen, se refieren a los determinantes ecológicos, economía política y sistema de salud.
4. El modelo más aceptado en Cuba incluye los principales determinantes del estado de salud de la población:
  - Modo, condiciones y estilo de vida
  - Ambiental-ecológico
  - Ambiente socioeconómico
  - Biogenético
  - Organización de los servicios de salud.

Determinante modo de vida: Se define como el conjunto de características más generales en la sociedad de un país, la formación económico-social, el progreso histórico de la sociedad humana, el modo de vivir y reproducirse, la producción, la distribución, el consumo, el desarrollo sociopolítico, cultural y familiar.

Determinante condiciones de vida: Son aquellas que disponen los hombres para reproducirse y son los medios y recursos con que cuenta la sociedad para satisfacer sus necesidades, lo cual representa la expresión particular del modo de vida.

Determinante estilo de vida: Se refiere a la forma particular de utilizar o disponer de las condiciones de vida que se tienen. Es la forma de vivir de las personas. Se relaciona estrechamente con la esfera conductual y motivacional del ser humano y por lo tanto, alude a la forma personal en la que el hombre se realiza como ser social en condiciones concretas y particulares. Cada familia se considera como grupo particular con condiciones de vida similares, posee estilo de vida propio, que determina la salud del grupo familiar; en la actualidad se considera la categoría estilo de vida familiar.

Entre los principales componentes del estilo de vida se relacionan:

- Nivel de instrucción
- Diversidad ocupacional

- Hábitos nutricionales
- Hábitos tóxicos
- Actividad física
- Estado emocional
- Comportamiento sexual
- Hábitos higiénicos
- Otros.

Determinante *ambiental-ecológico*

a. Ambiente natural

- Topografía del terreno
- Contaminación del aire
- Degradación del suelo
- Deforestación
- Degradación de las costas
- Contaminación de los mares
- Impacto de los cambios climáticos
- Desastres naturales por actividad tectónica, volcánica
- Ciclones, etc.

b. Ambiente laboral

- Tipo de ocupación.
- Presencia de sustancias químicas orgánicas e inorgánicas.
- Agentes biológicos, agentes físicos, mecánicos, psicosociales.

c. Ambiente escolar

- Condiciones interna y del entorno. Factores: físico, químico, biológico, mecánico, personales.

d. Ambiente residencial

- Condiciones de desarrollo comunitario; infraestructura; contaminantes físicos, químicos, biológicos del suelo, aire, calidad del agua; saneamiento ambiental; urbanización, vivienda, hacinamiento.

Determinante *socioeconómico*

Nivel de producción de bienes y servicios. Distribución, consumo, distribución de ingresos, renta. Empleo.

Inversión del capital humano. Tasa de crecimiento, cambios globales en la economía. Desarrollo de políticas socioeconómicas, pobreza, determinante social, relacionados con la inequidad que traduce:

- Inequidad alimentaria y nutricional
- Baja calidad de vida
- Acervo limitado del capital humano
- Políticas económicas poco efectivas
- Políticas sociales poco efectivas
- Empleo no sostenible, especialmente para jóvenes y mujeres
- Deficiente educación primaria universal.

Lo cual puede influir en:

- Alta morbilidad global
- Baja esperanza de vida al nacer
- Alta tasas de mortalidad infantil
- Alta tasa de mortalidad en menores de 5 años
- Alta tasa de mortalidad materna
- Incremento de enfermedades infecciosas
- Incremento de enfermedades crónicas
- Limitados accesos a los servicios de salud.

Determinante *biogenético*

- Incluye el potencial genético y la capacidad inmunológica.
- Morbilidad hereditaria (cromosómica o genética) enfermedades de Dawn, hemofilia, neurofibromatosis.
- El género desempeña un papel importante en la estructura de la familia y comodidades, tiene influencia en niveles de autoestima y capacidades de enfrentar retos.
- Capacidad mental determina los comportamientos y el riesgo de contraer enfermedades, ej. VIH SIDA.

Determinante *organización de los servicios de salud*

- Cobertura y accesibilidad.
- Priorización de grupos sociales desposeídos y territorios más vulnerables.

- Equidad, eficiencia y calidad de los servicios.
- Formulación de políticas y soluciones a sus problemas sanitarios.
- Financiamiento y gestión.
- Aseguramiento de materiales, medicamentos y equipos.
- Papel del Estado en la salud, función reguladora y apoyo de los gobiernos locales.

Como podemos apreciar, el estado de salud de la población es un proceso dinámico, multidimensional, multifactorial, en constante interacción, donde todos sus componentes desempeñan un papel importante, destacándose los determinantes del ambiente en todas sus facetas y los diversos factores en la esfera socioeconómica.

Al estudiar uno de ellos, el medio ambiente, se comprueba que la salud de la población se deteriora como resultado de políticas económicas que no llevan a cabo la planificación y el análisis de los daños a este, ni la vigilancia a la salud de los trabajadores.

El uso eficiente de la energía, el agua y los recursos forestales, tiene efectos beneficiosos en el medio ambiente. Los efectos negativos deben vigilarse, analizarse y disminuirse, así como debe medirse constantemente el alcance de las políticas económicas y su relación con el medio ambiente y la salud.

Al basar las políticas de desarrollo y medio ambiente en una comparación de costos y beneficios y en un detenido análisis macroeconómico, se fortalecerá la protección ambiental, se lograrán niveles de bienestar crecientes y sostenibles, lo que contribuirá a lograr más salud y mayor calidad de vida.

De no tenerse en cuenta los elementos de la economía y el desarrollo social, el estado de salud no alcanzará el nivel necesario, lo que además de ser una necesidad humana y social, repercutirá negativamente sobre los diferentes procesos de la economía (ver Fig. 1).

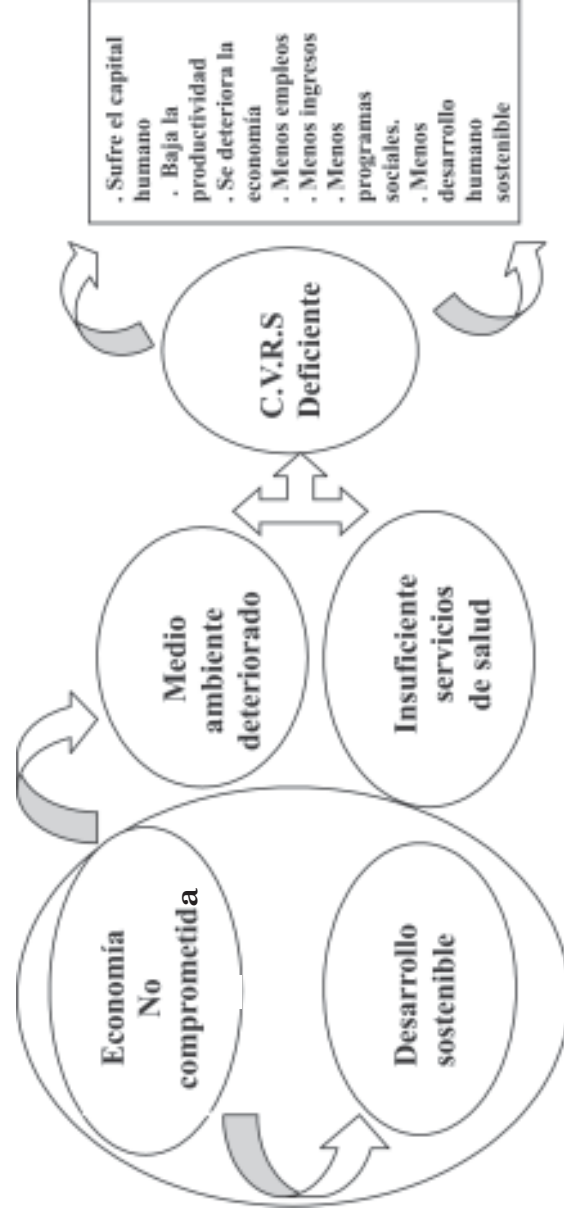


Fig. 1. Relación entre desarrollo-medio ambiente y salud.

En el esquema se observa que la salud pública ejerce una influencia directa en el desarrollo de la economía nacional. El carácter de esta influencia puede ser tanto positivo como negativo, si se tiene en cuenta solo el punto de vista puramente económico.

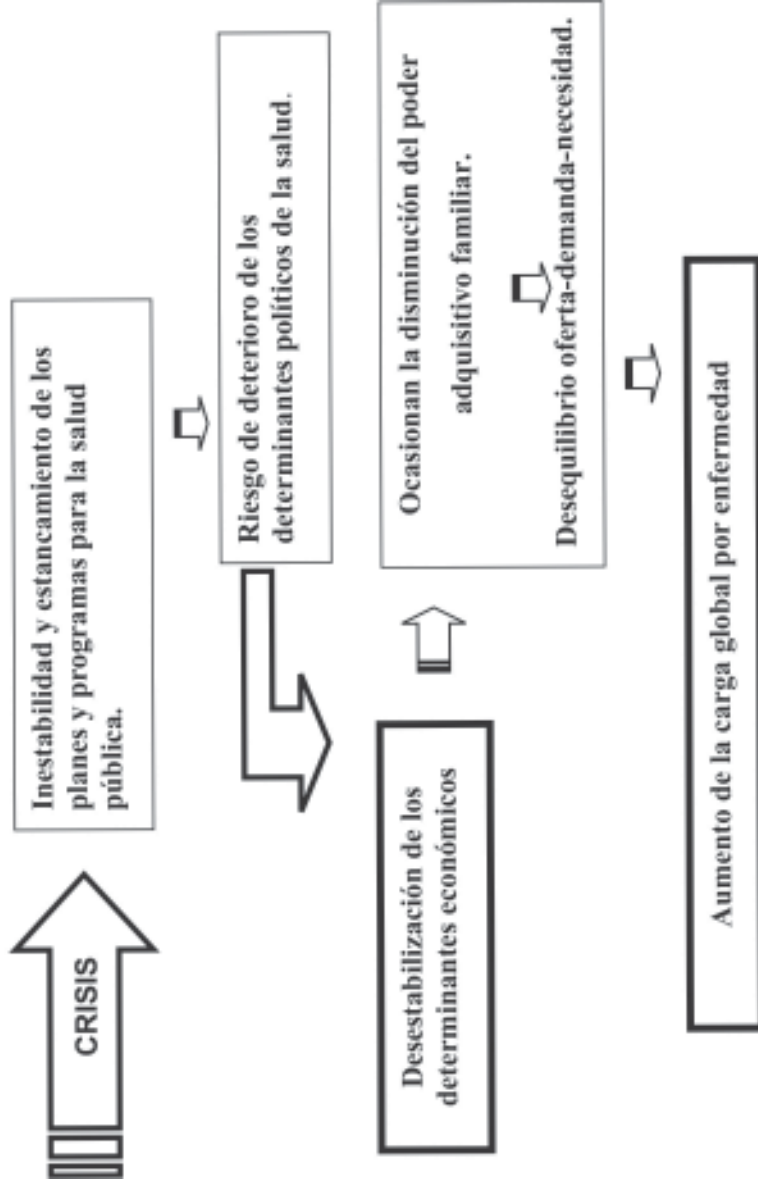
Por otro lado, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), concibe el desarrollo humano, no solo como el ingreso y el crecimiento económico, sino que engloba también el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana y destaca la importancia de garantizar a las personas sus necesidades, aspiraciones y opciones en el centro de las actividades de ese desarrollo, el cual tiene implícito disfrutar de una vida prolongada y saludable.

### **II.2.1 Crisis económica en los determinantes de la salud-enfermedad**

Las crisis económicas producen un agravamiento de los determinantes sociales y económicos de la salud y la enfermedad pues impactan negativamente en:

- La educación y ocupación,
- En el nivel de renta, vivienda, estilos de vida, acceso a la atención médica, tratamientos y adopción de conductas positivas.
- El proceso natural de envejecimiento sin protección económica y social, empeora los fenómenos psicológicos y fisiológicos que esta etapa ocasiona.

Cuando se llega, por lógica repercusión de las crisis, a la inestabilidad y estancamiento de los planes y programas para la salud pública, muchas veces por recortes presupuestarios, existe el riesgo de deterioro de los determinantes políticos de la salud. En este campo incide la desestabilización de los determinantes económicos, los cuales ocasionan la disminución del poder adquisitivo de las familias y se llega a un desequilibrio de la oferta-demanda-necesidad.





El agravamiento de los determinantes ambientales promueve un aumento de la carga global por enfermedad atribuible al ambiente, producido por contaminación biológica del agua y la atmósfera, a lo que se suman los impactos diversos del cambio climático, en relación con este último solo por citar un ejemplo: el grupo de expertos en cambio climático de la ONU (IPCC), reunido en Australia en enero del 2013, informa que el mundo está en camino de registrar un aumento en las temperaturas entre 1,1-6,4 grados Celsius en función del “crecimiento económico”, unido a otros factores, que si terminamos en el extremo máximo, se producirán olas de calor casi incompatibles con la vida y ocasionarán gran número de fallecidos.

Otro análisis está relacionado con la disminución del poder adquisitivo familiar, que en muchos países del mundo continúa empeorando los estilos de vida, donde la crisis económica vigente promueve el estrés y también se afectan los determinantes culturales de la salud, se incrementa la deserción escolar debido a la necesaria incorporación prematura al trabajo lo que conlleva buscar el escape mediante las drogas y el alcoholismo, e incluso, la prostitución se puede convertir en un medio de subsistencia.

En la medicina contemporánea, la influencia del mercado, el enfoque inoportuno y la alta morbilidad y mortalidad por ECNT, causan un crecimiento de los costos sanitarios más de lo permisible (más alto que el PIB). Hace mucho que los gastos sobrepasaron los límites críticos en los países económicamente ricos y siguen aumentando, mientras que la desigualdad en asistencia médica crece para la gran mayoría de la población hasta incluso en los propios países ricos.

Se asocian a lo anterior, las reducciones cada vez más significativas de los índices de fecundidad y mortalidad, reforzados por una creciente longevidad, que han traído cambios sin precedentes en las estructuras sociales, económicas y culturales a escala global.

Como fenómeno demográfico, este envejecimiento poblacional ha devenido desafío para los sistemas de salud pública (primera vez en la historia de la humanidad, cuatro generaciones están vivas al mismo tiempo), avocados a trazar estrategias de promoción, prevención, atención, rehabilitación y cuidados a largo plazo para los adultos mayores, lo que contribuirá al fortalecimiento del capital social humano.

Cuba no escapa a este proceso, es hoy el segundo país más envejecido de América Latina, con un 17,9 % de su población (alrededor de 2 millones 14 mil personas) por encima de los 60 años de edad (ver estructura de la población por edad y sexo, año 2011) con un pronóstico de crecimiento del 30 % para el año 2030, es decir, que habrá aproximadamente dos adultos por cada niño menor de 15 años (183 adultos por cada 100 niños).

Los efectos de la salud sobre el desarrollo y viceversa, se agrupan en:

Efectos sobre la economía:

- Incremento de la productividad del trabajo.
- Incremento de la vida productiva.
- Decrecimiento de los días por incapacidad del trabajo.
- Incremento del gasto social.
- Incremento del costo por prestaciones médicas.

Efectos sobre la demografía:

- Aumento de la población por reducción de la mortalidad.
- Disminución de la población por reducción de la tasa de fertilidad.

Efectos sobre la propia salud:

- Mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles.
- Surgimiento de nuevas enfermedades (emergentes).
- Accidentes del tránsito.

La salud pública puede contribuir a aumentar la producción de bienes nacionales, mediante la reducción de

la incapacidad temporal y la invalidez de la población. El efecto económico puede ser doble: se aumenta el número de personas que participan en el proceso de producción de bienes materiales y se reducen los gastos por pagos de subsidios por incapacidad laboral (Cuadro 1).

**CUADRO 1. SALUD PÚBLICA**

<b>Resultado directo</b>	<b>Resultado mediador</b>
1. Prevención de pérdidas por : a) Incapacidad temporal. b) Invalidez. c) Muerte prematura. 2. Aumento de la duración promedio del periodo laboral y reducción de la muerte prematura. 3. Distracción de recursos laborales de la esfera productiva. 4. Aumento de los grupos de edades más avanzadas de la población. 5. Posibilidad de conservar la vida, en casos que antes eran mortales.	1. Saneamiento del medio exterior. 2. Sanidad del individuo e incremento de la productividad del trabajo.

Fuente: *Fundamento Economía y Salud*, Galliov, 1997.

La reducción de los casos de mortalidad prematura es el resultado de la influencia directa de la salud pública en el desarrollo de la economía nacional. Al utilizar este indicador en países de Europa, se determinó que solamente a cuenta de la disminución de la mortalidad general, se había preservado complementariamente la vida a alrededor de cinco millones de personas, que además brindaron su aporte al desarrollo de la economía nacional.

La influencia positiva de la salud pública en el desarrollo de la economía nacional, puede manifestarse también en el saneamiento del medio o su adaptación a las condiciones

de la actividad del hombre, como resultado de lo cual se amplía la esfera económica.

Los órganos e instituciones de salud pública, apoyados a su vez por la Ley de Protección e Higiene, llevan a cabo, conjuntamente con los sindicatos, una considerable labor para mejorar la protección en el trabajo y reducir la morbilidad con pérdida temporal de la capacidad laboral.

La tendencia es superar las condiciones y la protección en el trabajo de los obreros y la calidad de la asistencia curativa profiláctica, el diagnóstico y la curación, así como mejorar el peritaje de la capacidad laboral. Este trabajo repercute positivamente en el ámbito económico y sanitario.

Gran importancia económica y social tiene la lucha por reducir la invalidez, cuyo nivel es uno de los índices más demostrativos de la influencia de los factores socioeconómicos y médico sanitarios en las fuerzas productivas de la sociedad.

El alto índice de retiro por invalidez, particularmente en la edad laboral, ejerce una influencia negativa en el balance de la fuerza de trabajo.

Las principales enfermedades que se han convertido en causa de invalidez primaria de obreros y empleados son las del sistema cardiovascular, tumores malignos, sistema nervioso, alteración o pérdida de la visión y las enfermedades de los huesos y las articulaciones.

Como resultado de la realización de medidas para la protección del trabajo y del mejoramiento de los índices del servicio curativo-preventivo, el índice de invalidez debe reducirse constantemente.

Es importante la cura de restablecimiento, lo que permite incorporar a la actividad laboral a un gran número de trabajadores, y trasladar a muchos, de los grupos más graves de invalidez, a un nivel de menor gravedad.

En resumen, estos logros, que constituyen en sí un alto principio humano de la ciencia médica, contribuyen a

conservar la vida de personas que necesitan una seria protección por parte del Estado y por consiguiente, conducen a gastos complementarios.

En el análisis de estos ejemplos, queremos subrayar una vez más que no todas las cuestiones de salud pública deben ser abordadas desde el punto de vista puramente económico. La influencia de salud pública en el desarrollo de la economía nacional, tiene un carácter muy complejo, y hace falta tener en cuenta sus distintos aspectos para satisfacer más las necesidades de salud del hombre, y la utilización racional de los recursos previstos para lograr estos nobles fines.

La Economía de la Salud constituye una opción de gran utilidad para generar nuevos enfoques en el estudio y solución de los problemas relacionados con las necesidades de salud y los servicios, ya desde el 5to. Congreso del PCC en nuestro país, se subrayó que el proceso de recuperación de la economía era un hecho, y se destacó la eficiencia como pilar primordial del socialismo.

Sin embargo, no parecía lógico suponer que una continua afectación en la disponibilidad de recursos pudiese afectar la salud pública cubana, entre diciembre de 1989 y diciembre de 1991 se habían perdido para Cuba sus mercados más ventajosos y seguros; comenzaba para el país una etapa de crisis económica profunda seguida en los últimos años de la década del 2000 de un férreo bloqueo económico impuesto a nuestro país.

Esta crisis económica interrumpe el desarrollo del Sistema Nacional de Salud Único y da paso a una etapa caracterizada principalmente por las dificultades económicas para la obtención de equipos, materiales médicos, otros materiales y medicamentos de toda clase en los mercados capitalistas, pero que se ha singularizado también por la lucha esforzada de nuestro pueblo y su dirección revolucionaria por preservar las conquistas logradas en

el campo de la salud pública, y por continuar su desarrollo en condiciones de crisis económica profunda.

Las transformaciones actuales del Sistema Nacional de Salud cubano, distan de las “reformas” por recortes presupuestarios de otros sistemas sanitarios en el mundo, dados por la crisis económica y financiera, que implican reducción sensible en la atención a la salud de la población. En nuestro caso, siguiendo los Lineamientos de la Política Económica y Social del 6to. Congreso del Partido y la Revolución, estas transformaciones se realizan con 3 grandes propósitos:

- Continuar elevando el estado de salud de la población.
- Incrementar la calidad y satisfacción con los servicios.
- Hacer eficiente y sostenible el sistema.

Ya desde finales del siglo xx, en el mundo emergen con más claridad procesos de cambio que indudablemente gravitan en la teoría y en la práctica salubrista y se relacionan con distintos factores que, con mayor o menor importancia, inciden como determinantes en el quehacer individual o colectivo de los profesionales en salud pública.

Entre estos factores están:

- La dinámica demográfica, llamada transición lineal, toma otras formas de expresión en los países desarrollados y en desarrollo.
- La transición epidemiológica, con manifestaciones un tanto anárquicas por la presencia de formas reemergentes y emergentes de enfermedad, rompe los esquemas con los que habitualmente se trabaja.
- En el terreno político y económico, que constituye el otro telón de fondo para el complejo proceso salud-enfermedad, se generan nuevas expresiones de las tesis de globalización y al mismo tiempo, la balcanización de los Estados, dando paso a guerras fratricidas con raíces étnicas y religiosas extremistas.

- Las condiciones de vida en los grandes conglomerados urbanos del continente se ha empeorado considerablemente. En esta expresión negativa convergen la concertación anárquica de la industrialización, la presión migratoria campo-ciudad, la pérdida de la capacidad productiva agrícola, el abandono educacional y sanitario, generando nuevas expresiones en la mortalidad.

Otro elemento importante es que las inequidades no solo aparecen entre países, sino dentro de un mismo país, en un estudio presentado por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, de la Organización Mundial de la Salud en agosto de 2008, comentan:

- El niño que nazca en un determinado barrio de Glasgow (Escocia) probablemente viva 28 años menos que otro que nazca sólo a 13 km de distancia.
- En Indonesia, la mortalidad materna es de 3 a 4 veces superior entre los pobres que entre los ricos.
- En el Reino Unido, la mortalidad de los adultos de los barrios más pobres, multiplica por 2,5 la de los adultos de los barrios menos pobres.
- La mortalidad entre los niños de barrios de chabolas de Nairobi multiplica por 2,5 la de otras partes de la ciudad.
- El bebé de una mujer boliviana no instruida tiene una probabilidad de morir del 10 %, mientras que el de una mujer que haya cursado por lo menos la enseñanza secundaria, tiene una probabilidad de morir del 0,4 %.

La biología humana no explica por sí sola esas cifras. Las diferencias entre países, y dentro de un mismo país, son consecuencia del entorno socioeconómico en que las personas nacen, viven, crecen, trabajan y envejecen, es decir, cuanto más baja es la situación socioeconómica de una persona, peor salud tiene. Es lo que se conoce como *gradiente social de la salud*, que discurre desde la cúspide hasta la base del espectro socioeconómico. Se trata de un fenómeno mundial, observable en los países de ingresos

altos, medianos y bajos. La existencia de un gradiente social de la salud, implica que las inequidades sanitarias afectan a todos.

Por ejemplo, si se consideran las tasas de mortalidad de los menores de 5 años, en función de los niveles de riqueza doméstica, se observa que, dentro de un mismo país, la relación entre el nivel socioeconómico y la salud muestra un gradiente. Los más pobres tienen las tasas de mortalidad de menores de 5 años más altas, y la población del segundo quintil de riqueza doméstica, tiene tasas de mortalidad en su progenie más altas que las de la progenie del quintil más rico. En eso consiste el gradiente social de la salud.

Precisamente estas condiciones de vida están determinadas por factores sociales, culturales, económicos o medioambientales. En consecuencia, las decisiones políticas que influyen sobre la salud de las personas, no sólo son las relacionadas con los servicios o las políticas sanitarias, sino fundamentalmente las tomadas en otros ámbitos públicos y a la vez la salud ejerce una relación derivada en la economía como podemos observar:

- Cada mejora del 10 % de la esperanza de vida, está asociada a un aumento del crecimiento económico del 0,3 %-0,4 % anual.
- El nivel de gasto en salud en los países de bajos ingresos es insuficiente para hacer frente a los problemas de salud que se les plantean.
- El nivel mínimo de financiación necesario para cubrir las intervenciones esenciales, es entre US\$ 30 a US\$ 40 por persona, contrasta con los niveles reales de gasto, del orden de US\$ 13 por persona en los países menos adelantados y US\$ 24 en otros Estados de bajos ingresos.



### **II.2.2 Ante el impacto de las crisis ¿qué le puede suceder al análisis de la situación de salud de la población?**

Si partimos de que un buen Análisis de la Situación de Salud (ASS) constituye el primer paso para alcanzar mejores índices de salud en una comunidad, en la cual deben integrarse todas las fuerzas que propicien el cumplimiento de las metas propuestas, al hablar del mismo y evaluar sus determinantes y componentes, es imprescindible incluir los aspectos socioeconómicos que intervienen, ya sea positiva o negativamente, en la conformación de un nivel de salud tanto en individuos como en un grupo social. Se debe realizar un análisis de las condiciones económicas y de los estilos de vida que inciden sobre la salud.

La incidencia negativa de los determinantes económicos puede empeorar los estilos de vida: se promueve el estrés, se busca el escape mediante las drogas y el alcoholismo. A todo ello se suma la epidemia silenciosa del sedentarismo y sus consecuencias; también se afectan los determinantes culturales de la salud, pues se estancan los planes de alfabetización y se incrementa la deserción escolar debido a la necesaria incorporación prematura al trabajo.

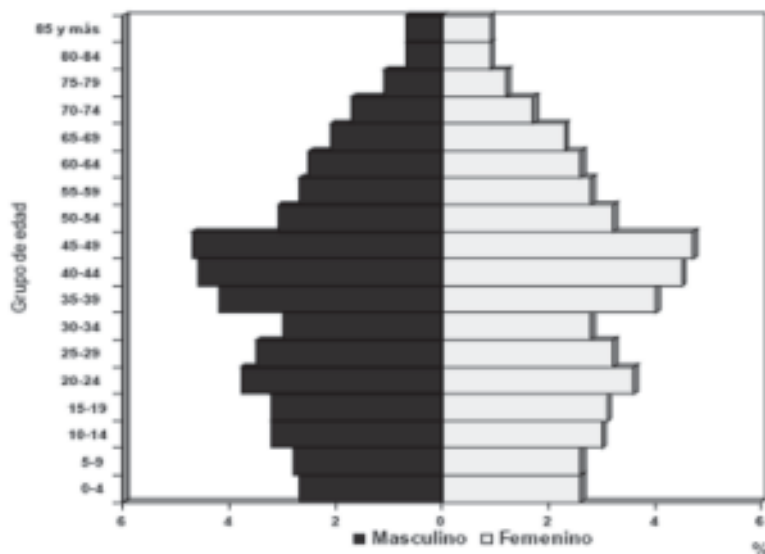
Hoy se asigna cada vez mayor cantidad de recursos a la asistencia sanitaria, es importante que las intervenciones o acciones de salud que se realizan sean evaluadas desde el punto de vista económico. Con esto se persigue que los encargados de la toma de decisiones cuenten con una herramienta adicional que les ayude a seleccionar la alternativa más eficiente, es decir, alcanzar el mejor resultado con el costo menor.

A la hora de analizar los recursos asignados a los cuidados en salud, es importante no sólo tener en cuenta el valor de lo que se destina, sino asegurar que esto se

realiza de la mejor forma posible. Nuestra sociedad ha elegido priorizar la salud, lo que es lógico si se tiene en cuenta la evolución prevista para la población (Dinámica Demográfica) y lo que representa la salud para el pueblo cubano.

Ahora bien, cómo repercute esta dinámica demográfica en la economía.

Gráfico 1. Estructura de la población cubana por edad y sexo, 2012



Fuente: Censo de población y viviendas. 2012. ONEI.

Uno de los logros obtenidos en el siglo xx con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue precisamente aumentar la esperanza de vida de la población, teniendo como consecuencia un cambio en la dinámica demográfica. El envejecimiento de la población va acompañado del incremento de la importancia de un riesgo asociado en gran medida a la edad: la dependencia en sus diversas manifestaciones.

La tendencia demográfica del siglo XXI es el constante envejecimiento de la población. Esta sociedad envejecida contará con menos personas laboralmente activas, convirtiéndose en uno de sus principales retos sociales y económicos, la protección de las personas que no pueden participar en el mercado de trabajo.

Este envejecimiento de la población se debe, entre otros motivos, a las bajas tasas de natalidad, fecundidad y consiguiente disminución de los nacidos por año (ver gráfico Análisis de tendencia de los nacidos vivos por años en Cuba), mortalidad y por ende, el aumento de la esperanza de vida, y como fenómeno socioeconómico tiene una repercusión directa sobre la sostenibilidad de los sistemas de salud y de servicios sociales, lo que obliga a los gobiernos a prestar atención a esta realidad, donde el gasto destinado a los mayores aumenta, y por tanto, el por ciento destinado a ello del PIB, y es aquí uno de los mayores retos, donde los gastos destinados a la salud van en un aumento superior a lo que lo hace el PIB.

Las proyecciones demográficas, incluyendo el análisis de la tendencia de los nacidos vivos en los últimos 53 años, muestran grandes cambios en la pirámide poblacional, sitúan a Cuba en el año 2020 como uno de los países de la América Latina más envejecidos. De esta forma, en el reciente concluido censo de población (2012), con 60 años o más se registra un 18,3 %, muestra del envejecimiento de la población cubana; y entre 0 y 15 años un 18,4 %, acompañados de una tasa global de fecundidad de 1,5 hijos por mujer, muy por debajo del nivel de reposición poblacional. En consecuencia, la mayor concentración poblacional se encuentra dentro las edades comprendidas entre los 16 y 59 años, al ser el 63,3 % del total.

Luego de analizar la tendencia de los nacidos vivos, podemos entender que ante fenómenos de crisis el Análisis

de la Situación de Salud puede afectarse de las siguientes formas:

### ANÁLISIS DE TENDENCIA DE LOS NACIDOS VIVOS POR AÑOS, CUBA 2011



- Distorsionarse la adecuada evaluación de las tendencias de salud y de sus determinantes (sin identificar desigualdades en los riesgos, en los daños y en el acceso a los servicios).
- No generar información útil para evaluar el desempeño de dichos servicios y disminuir los recursos extra-sectoriales que aportan en promoción de salud y en el mejoramiento de la calidad de vida.

## II.3 Los gastos en los sistemas nacionales de salud

Ya desde el informe sobre la salud en el mundo, 1998, “La vida en el siglo XXI: Una perspectiva para todos”, en ocasión del 50 aniversario de la OMS, se recoge como preocupación creciente, la situación de los recursos para la salud, ante la complejidad y el alto costo 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 y de educación, el deterioro del saneamiento ambiental, el hambre y la desnutrición, lo que afecta directamente el estado de salud de millones de seres humanos.

Aun cuando la fluidez de los cambios de la economía mundial hace difícil hacer cálculos precisos y actualizados, la dimensión del problema puede entenderse mejor con una mirada a los gastos sanitarios en relación con el PIB.

- Más de 3 millones de millones de EUR se invertían en suministros médicos al nivel global en el 2004 (lo que equivalía a tres veces los gastos en armamentos).
- Las tres cuartas partes de esos recursos estaban a disposición de los EE. UU., los países ricos que formaron inicialmente la Unión Europea (PRUE) y Japón, los cuales constituyen un total de menos del 14 % de la población global, y solo una cuarta parte para el 86 % restante de la humanidad.
- En el año 2009 los gastos sanitarios globales se acercaron a 4 millones de millones de EUR.

Veamos los promedios de los gastos sanitarios per cápita y total (cuadro 2).

**CUADRO 2. GASTOS SANITARIOS PER CÁPITA  
Y TOTAL, 2008-2010**

Países	Gasto en salud per cápita (US\$ a precios actuales)			Gasto total en salud (% del PIB)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
Bolivia	85	90	97	4,9	5,1	4,8
Brasil	715	734	990	8,3	8,8	9,0
Chile	765	802	947	6,9	7,6	7,6
Colombia	377	392	472	7,5	8,4	8,0
Costa Rica	618	667	811	9,4	10,5	10,9
Cuba	585	672	607	10,8	12,1	10,6
Eritrea	11	11	12	4,3	2,8	2,7
Estados Unidos	7 720	7 960	8 362	16,5	17,6	17,9
Guatemala	199	184	196	7,0	6,9	6,9
Haití	35	40	46	5,4	6,1	6,9
Honduras	116	134	137	6,0	7,0	6,8
Jamaica	272	228	247	5,2	4,9	4,8
Nigeria	79	67	63	5,7	6,1	5,1
Japón	3 253	3 754	4 065	4,2	4,8	4,8
Kenya	33	36	37	8,5	9,5	9,5
Reino Unido	3 801	3 440	3 503	8,9	9,8	9,6
Venezuela	598	688	663	5,4	6,0	4,9

Estos datos no dicen nada sobre el acceso individual a los servicios médicos que se produce en el interior de los países, pero sí dicen mucho sobre la desigualdad entre los diferentes grupos de países, la que sigue agravándose desde entonces.

Obsérvese que los países de gran desarrollo económico como E.U., Japón y Reino Unido, muestran un mayor gasto per cápita, estimado en más de US\$ 3 500, sin embargo, el por ciento del PIB de gastos en salud, excepto E.U., lo muestran Costa Rica y Cuba, países de menor desarrollo.

En el mundo las diferencias en gastos en salud son extremas, el gasto por persona estaba comprendido hasta el 2010 entre US\$ 12 en Eritrea hasta US\$ 17,9 en los E.U. El gasto promedio per cápita varía considerablemente desde US\$ 25 en los países de ingresos bajos hasta US\$ 4 692 en los de ingresos altos. Los países más ricos con menos carga de morbilidad, consumen más recursos sanitarios que los países de bajos ingresos por mayor carga de morbilidad, y aunque el gasto per cápita es relevante, no hay una relación lineal entre su aumento y los resultados en salud. Existen otras variables que también tienen un gran peso como: las políticas de protección social o la falta de ella, la organización del sistema de salud, el alcance de los programas de la Salud Pública y las acciones de promoción de la salud.

El incremento de estos gastos están dados principalmente en las nuevas tecnologías médicas y los servicios, tanto como el mayor uso de las actuales tecnologías.

Veamos entonces (cuadro 3) cómo ha sido la relación gasto sanitarios/habitantes por países agrupados.

**CUADRO 3. GASTOS SANITARIOS  
PER CÁPITA, 2009**

	<b>Habitantes (millones)</b>	<b>Gastos sanitarios per cápita US\$</b>
EE.UU. (2008)	~ 300	6 000
Países ricos de la Unión europea	~ 300	2 000 - 3 000
Países de bajo ingreso económico	~ 3 000	< 300
Países económicamente pobres	~ 3 000	< <b>35</b>

Casi el noventa por ciento de la población global dispone de un promedio de gastos sanitarios de menos de US\$ 300/ (per cápita), la mitad de ellos de mucho menos, mientras que en EE. UU. se llegó a US\$ 8 362/ (per cápita), en el 2010. La fórmula de “la comunidad de los pueblos” suena ajena ante tal contraste.

El nivel de gasto en salud en los países de bajos ingresos, es insuficiente para hacer frente a los problemas de salud que se les plantean, pues los mismos se encuentran entre los US\$ 30 a US\$ 40 por persona, contrasta con los niveles reales de gasto, del orden de US\$ 13 por persona en los países menos adelantados y US\$ 24 en otros estados de bajos ingresos.

Ante elocuentes datos nos podríamos preguntar:

¿Hasta dónde llegará la carrera de los gastos sanitarios?

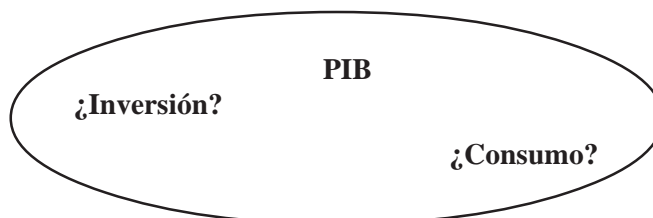
¿Qué perspectiva tiene el compromiso de igualdad en la atención médica?



¿Pueden los sistemas de medicina y de sanidad contemporáneos cumplir con su compromiso?

En nuestro país intentar explicar los gastos sanitarios y los resultados de salud que posee la población cubana por medio de un modelo, sería un poco ambicioso y arriesgado, no obstante, a continuación nos referiremos a la relación entre el presupuesto y el gasto por habitantes por décadas en la historia del país, que marcan la voluntad política de este en el desarrollo y sustentabilidad de la salud pública.

Aunque el Gasto Nacional en Salud (GNS) en relación con el PIB (Fig. 2), alcanzó un promedio en la región de América Latina y el Caribe de 7,3 % y el per cápita es de



***¿Cuánto al gasto social?  
¿Cuánto al sector salud?***

Fuente: *Fundamento Economía y salud*-col. autores-OPS/CUBA-1999.

Fig. 2. Distribución del PIB.

\$ 240 USD, existen grandes diferencias entre los diversos países. En el caso de Haití estas cifras se comportan en 6,9 % y \$ 46 USD, mientras que en Costa Rica la relación GNS-PIB es del 10,9 % y el gasto per cápita en salud asciende a \$811 USD, en nuestro país en el 2010 el por ciento del PIB fue de 10,6 y el GNS per cápita de 607.

Los datos sobre la composición público-privada del GNS ponen de relieve los retos que enfrentan quienes tienen la responsabilidad de adoptar políticas en los países de la región. La cantidad de recursos canalizados a través de los sectores públicos y privados, da una idea de las ineficiencias resultantes de los llamados fallos del gobierno y fallos del mercado, a que están sujetas estas asignaciones, resultado de la ineficiencia asignativa y operativa.

El binomio política económica-política social ha permanecido divorciado, con consecuencias negativas para los sectores sociales, entre los que se destaca la salud.

La política de ajuste para disminuir el gasto público no tiene solidez política ni social ni económica y va dirigida solo a tratar de resolver los grandes desequilibrios fiscales. Todo este contexto es tomado en cuenta en los estudios y análisis de la economía de la salud. Si escogemos uno solo de los aspectos del concepto salud, la enfermedad, queda clara su conexión con la economía y la influencia, en ambos sentidos, de la una sobre la otra. Esto se observa gráficamente en la Fig. 3.

Los problemas de la ejecución no óptima del gasto en salud y de la iniquidad en el acceso a los servicios, son algunas de las preocupaciones que deben afrontar los encargados de diseñar las políticas públicas de salud en los países de la región. El conocimiento de la magnitud y composición del gasto nacional en salud, es un elemento esencial para el diseño de políticas orientadas a abordar los problemas de la eficiencia y la equidad en la asignación de los recursos.

## ECONOMÍA DE LA ENFERMEDAD



Fuente: *Economía y salud*, col. autores-OPS/OMS-CUBA-1999.

Fig. 3. Economía de la enfermedad.

En el documento "Salud para todos en el siglo XXI", se hace referencia a un corte evaluativo de SPT (Salud para todos) 2000. A pesar de algunos logros alcanzados, su avance se vio obstaculizado por:

- Un desarrollo socioeconómico lento.
- Una distribución desigual de los recursos.
- La inadecuada acción intersectorial en pro de la salud.
- El uso inapropiado de tecnología de alto costo.

Ha tenido que pasar un largo periodo antes de que un volumen determinado de recursos humanos y financieros, se reorientara hacia la atención primaria de salud. Los intereses profesionales que prefieren la medicina clínica y curativa a la preventiva y de promoción, siguen

predominando en los niveles decisorios y normativos del sector salud.

Algunas políticas económicas y de desarrollo han aumentado la carga de morbilidad, y los gobiernos no han financiado medidas que a largo plazo fomenten y protejan la salud. En los países más pobres, la falta de financiamiento de los servicios de salud y otros servicios sociales, y la incapacidad de los gobiernos de recaudar fondos internos e internacionales para el sector salud, obstaculizaron gravemente el desarrollo del Programa SPT 2000 y afectan hoy el cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio.

El rápido crecimiento de la atención privada en numerosos países, ha repercutido negativamente en los servicios públicos de salud. En la mayoría de los casos ha contribuido a un aumento de los costos, sobre todo de bolsillo, a una atención ineficiente, al lucro, y a un acceso desigual. No todo lo privado es eficiente, y sí es inequitativo. Además, no todo lo público es ineficiente.

Se puede afirmar, entonces, que sin examinar la distribución de ingresos y las condiciones reales de vida de la población, no se puede catalogar de satisfactorio el desarrollo, cuando el análisis se realiza solo a partir del nivel alcanzado por el PIB y la supuesta distribución per cápita de este.

El PIB va dejando de ser el elemento por excelencia para medir desarrollo, al menos el desarrollo humano, por las razones siguientes:

- Los costos se han socializado, pero se han privatizado los beneficios.
- El mercado, mejor asignador de recursos, es el peor distribuidor de riquezas.
- El desarrollo económico no es un asunto esencialmente técnico, sino político, pues debe contar con el apoyo mayoritario y el beneficio de las mayorías.

- El crecimiento económico no es un fin en sí mismo. Si no eleva el nivel y la calidad de vida de la población, no es un crecimiento real.
- La solución de los problemas de salud y de otros sectores sociales no se encuentra en la técnica, sino en la economía y en la política.

## II.4 La salud pública cubana



El Sistema Nacional de Salud (SNS) en Cuba es único, integral, regionalizado y descentralizado. Se estructura en tres niveles administrativos en correspondencia con la división política del país: el nivel nacional, representado por el MINSAP como órgano rector del sistema, el cual cumple

funciones metodológicas, normativas de coordinación y de control; el nivel provincial y el nivel municipal.

La salud pública cubana, ejemplo ante el mundo por su proyección social, comunitaria e intersectorial, ha demostrado efectividad a partir de sus resultados manifiestos en el transcurso de más de 50 años. Es una de las prioridades del Estado, que vela por la plena integración con la sociedad para el desarrollo conjunto de las políticas, estrategias y objetivos que cada momento demanda, según los problemas de salud, bienestar y calidad de vida que se deban enfrentar.

El trabajo de la salud pública cubana en el nuevo contexto económico, apunta a identificar aquellas entidades y actividades del Sistema Nacional de Salud en que se

deben centrar los esfuerzos. En este sentido pueden mencionarse:

- *Atención primaria de salud.* Constituye la piedra angular del sistema sanitario, mediante este enfrenta la mayor parte de las necesidades de salud de la población. Del éxito de su trabajo depende, en gran medida, la eficiencia general del sistema. En efecto, una atención primaria efectiva contribuye a reducir las demandas sobre otros niveles del sistema de mayor complejidad y, por lo tanto, de mayor costo. La atención primaria de salud debe concebirse como un sistema de servicios. Su eslabón principal está constituido por el médico y la enfermera de la familia, pero también está integrado por otras actividades, como el programa de atención materno infantil, el sistema de urgencias, la educación para la salud y el saneamiento ambiental, entre otras. Elevar la eficiencia en este complejo nivel de atención, constituye uno de los más estimulantes desafíos de la Economía de la Salud.
- *Atención hospitalaria.* En este nivel de atención se concentra la mayor parte de los recursos materiales y tecnológicos del sistema de salud. Su misión no puede verse aislada de la atención primaria, a la cual complementa. Se le suele atribuir el mayor peso en los gastos sanitarios, de ahí la importancia de encaminar esfuerzos para hacerla más eficiente. En este sentido, la organización y perfeccionamiento de las actividades hospitalarias, en cuanto a aspectos gerenciales y de calidad de los servicios, así como el proceso de redimensionamiento, desempeñarán un papel decisivo.
- *Programa de medicamentos.* Promover el desarrollo de la medicina natural tradicional y desarrollar la fármaco-epidemiología, como medida para incrementar la eficiencia en esta actividad, tiene gran importancia para la aplicación de los principios de la fármaco-economía.

- *Otros.* Entre estos se pueden citar los programas priorizados (atención materno infantil, control de enfermedades transmisibles, control de enfermedades no transmisibles, atención al adulto mayor), programa de óptica, programa de estomatología y transporte sanitario.

La estrategia cubana ha alcanzado los propósitos trazados en la Conferencia de Alma-Ata, a través de acciones concretas de promoción, prevención y protección de salud con alcance universal, participación comunitaria e intersectorial, que tienen a la atención primaria como célula básica del sistema.



Cuando analizamos los objetivos de desarrollo del milenio:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Educación universal.
3. Igualdad entre los géneros.
4. Reducir la mortalidad de los niños.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA.
7. Sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Podemos decir que Cuba ha tenido un avance en estos objetivos (Convención Internacional de Salud, Cuba-Salud 2012), y se sigue avanzando en ellos gracias a la prioridad que el sistema socioeconómico cubano otorga a estas metas a través de la interrelación de los individuos, familias

y comunidades, con sus historias, condiciones de vida y su entorno ambiental, cultural, social, económico y político.

Cuba no escapa de los problemas sanitarios que atraviesa el planeta: el envejecimiento poblacional, las limitaciones financieras, la elevación de los costos y la introducción de nuevos procesos tecnológicos, que obligan a desarrollar acciones de actualización de esquemas de organización y funcionamiento. Sin embargo, los avances de la salud pública cubana posibilitan enfrentar situaciones complejas, de todo ello, se han alcanzado logros relevantes en el campo de la salud, ante los cuales cabe preguntarse:

- ¿Por qué la tasa de mortalidad infantil fue de 4,6 x 1 000 nacidos vivos en el año 2012?
- ¿Por qué se cumplió en el país con la meta de SPT (Salud para Todos) y los objetivos de desarrollo del milenio?
- ¿Por qué están erradicadas o reducidas muchas enfermedades infectocontagiosas?
- ¿Por qué la esperanza de vida al nacer es de setenta y nueve años?

Estos indicadores forman parte de los analizados por el PNUD para determinar el nivel de desarrollo humano de los países. Las interrogantes arriba expresadas tienen sus respuestas en decisiones fundamentales, como son las siguientes:

- Una mantenida voluntad y decisión política por parte del Estado cubano, en la prioridad que concede a la salud pública.
- La descentralización del poder y de los recursos.
- El presupuesto para la atención a la salud crece por año y mantiene una adecuada relación con el PIB.
- Prioridad en la promoción, prevención y atención primaria de salud.
- Inversión sostenida en el desarrollo científico y técnico.



- Consecuente formación y constante capacitación de los recursos humanos.
- Educación universal y gratuita, conjuntamente con otros beneficios sociales.
- Un alto nivel de participación popular.

O sea, también se habla el mismo idioma que en la actualidad circula a nivel internacional, con la única ventaja de que se llevó a la práctica tempranamente: con el triunfo de la Revolución, se priorizó esta importante y noble actividad. El desarrollo alcanzado por el sector salud en Cuba, a raíz del proyecto social acometido en 1959, es uno de los elementos que más ha influido en el mejoramiento de su potencial humano.

El Sistema Nacional de Salud cubano viene realizando importantes reformas a partir de los años sesenta. Durante más de cincuenta años se ha producido un proceso dinámico de cambios, que ha respondido a las necesidades y realidades del país (cuadro 4).

**CUADRO 4. MOMENTOS TRASCENDENTALES  
EN LOS AVANCES DEL SISTEMA NACIONAL  
DE SALUD (SNS)**

**Década de los 60**

- Creación del servicio médico rural.
- Creación de las áreas de salud y los Policlínicos.
- Creación del Sistema Nacional de Salud.
- Implantación de los programas de EDA y campañas de vacunación.

**Década de los 70**

- Creación del policlínico comunitario y de la medicina de la comunidad.
- Descentralización de la docencia médica y del sector salud hasta el nivel municipal.
- Implantación del programa de atención materno infantil.

**Década de los 80**

- Creación del modelo de medicina familiar.
- Desarrollo de las especialidades médicas.
- Introducción de tecnologías de avanzada.
- Desarrollo de la industria médico farmacéutica.

### **Década de los 90**

- Se estableció una estrategia con el objetivo de mejorar la salud de la población cubana, basada en el análisis de la situación de salud y sus tendencias, en la que predominaba la preocupación por el comportamiento de las enfermedades no transmisibles y los accidentes, con la consiguiente revitalización de programas contra enfermedades emergentes y reemergentes.
- El impacto económico se hizo más notable en los años ulteriores cuando se produjeron cambios en las condiciones de vida de la población, deterioro en los servicios y surgieron nuevos perfiles de salud, lo que demandaba un reanálisis de la respuesta social y sectorial de la salud pública.
- Para ello se trabajó en el perfeccionamiento de la atención primaria de salud con la concepción del Policlínico Necesario, la formación de los recursos humanos incorporándose la Licenciatura en Tecnología de la Salud, el mantenimiento de los indicadores sanitarios, y en el desarrollo de directrices y lineamientos para alcanzar las metas del milenio.

### **Década 2000-2010**

Las líneas de trabajo en salud estuvieron dirigidas hacia:

- Incremento de la colaboración médica internacional y del aporte económico de la salud pública a través de las misiones de cooperación internacional.
- Se produce una ampliación del proceso inversionista en hospitales, ópticas, farmacias, policlínicos, entre otros.
- Se potencia el desarrollo de la tecnología de punta y la investigación.
- Igualmente se trabaja en un grupo de programas entre los que se pueden señalar, el perfeccionamiento del capital humano, genético y discapacitado; transporte sanitario, creación y perfeccionamiento de las terapias intensivas municipales, nefrología y hemodiálisis, cardiología, oftalmología, ortopedia técnica e informatización.
- Reordenamiento, regionalización y compactación de los Servicios de la APS para lograr un incremento de la calidad de los servicios y la satisfacción de la población.
- Reordenamiento Laboral y elevación de la eficiencia del Sistema Nacional de Salud.

**Periodo actual**

- El sistema de salud experimenta un proceso de transformaciones necesarias en correspondencia con la actualización del modelo económico cubano.
- El sector salud cuenta hoy con 490,245 trabajadores, que laboran en 452 policlínicos; 11 492 consultorios; 1 215 servicios estomatológicos; 152 hospitales; 142 hogares maternos; 228 casas de abuelos; 126 hogares de ancianos y 13 institutos de investigación.
- Este potencial posibilita contar con un médico por cada 143 habitantes, un estomatólogo por cada 878 y una enfermera por cada 117.
- La atención primaria, caracterizada por la Medicina Familiar, se convierte en la estrategia priorizada del Sistema Nacional de Salud.

Fuente: Informe MINSAP, 2012.

Los objetivos principales de la reforma del SNS cubano, se sitúan en la batalla por alcanzar al mismo tiempo eficiencia, calidad, equidad y sustentabilidad de los servicios de salud en general. Estos objetivos se alcanzarán apoyados en los procesos de descentralización, participación comunitaria, intersectorialidad y perfeccionamiento de la gestión.

Con el desarrollo de la estrategia de la Atención Primaria de Salud (APS), en el año 1987 se diseñó e implementó el programa para el trabajo del médico y la enfermera de la familia y alcanzar esa atención integral a la salud; pero el mismo no cubrió todas las expectativas, al no haberse logrado la transformación de los métodos y estilos de trabajo; por la persistencia de una concepción verticalizada en el abordaje de los problemas de salud e insuficiencias en la formación integral de los recursos humanos que, junto a las prioridades del Ministerio de Salud Pública a partir del año 2010 y en aras de continuar mejorando el estado de salud de la población con servicios eficientes, sostenibles y de mayor calidad,

se hizo necesario que en el 2011 se actualizara el Programa del Médico y Enfermera(os) de la Familia, como modelo de APS.

La existencia de estilos de vida inadecuados, manifestados a través de los hábitos tóxicos, sedentarismo, obesidad, etc., que se han constituido en importantes factores de riesgo, demuestra que no ha primado el enfoque de promoción y prevención en las acciones de salud. Por otro lado, el insuficiente desarrollo organizativo, funcional y de integración del SNS, además de los problemas con la calificación profesional, técnica y laboral por perfiles; unido al considerable deterioro de la infraestructura física y material, no han permitido desarrollar la red integradora de policlínicos, hospitales e institutos de investigación; no se ha logrado tampoco una verdadera vinculación entre asistencia, docencia e investigación, y ha sido muy limitada la introducción de sus resultados por procedimientos lentos y engorrosos.

Los actores intersectoriales y de la comunidad no se han utilizado de forma más activa, para incorporar sus criterios a la hora de definir las acciones, no ha existido una sistematización en la capacitación de los mismos, ni en la medición de los impactos que originan dichas acciones.

En el campo de la eficiencia económica, se vienen dando pasos en el Sistema de Costo en la Atención Primaria de Salud, y no se ha perfeccionado totalmente este sistema en la red hospitalaria, lo que no ha permitido totalmente su utilización en la toma de decisiones. No ha existido suficiente preparación en extensión a los directivos del sector; así como se han desarrollado pocas evaluaciones económicas en los diferentes modelos de atención y programas del SNS.

Todos estos aspectos y otros elementos estratégicos, han sido tomados en cuenta para lograr la revitalización

adecuada del SNS, sobre la base de la integralidad, accesibilidad y calidad de todos los servicios de salud, y se acometen las estrategias y acciones siguientes:

- Elevación del conocimiento económico de los profesionales y técnicos del sector, con cursos, diplomados y maestrías en sus diferentes modalidades, incluyendo la virtual; un número significativo de ellos se ha incorporado a esta superación.
- Acercamiento a la población de un grupo importante de servicios, que solo se brindaban en la red hospitalaria, y algunos exclusivamente en los hospitales provinciales, incluidos servicios de urgencias especializados, tales como: traumatología, trombolisis, electrocardiografía, fisiatría y rehabilitación, reanimación cardiopulmonar y cerebral, nefrología (diálisis), terapia intensiva y edema agudo pulmonar, entre otros.
- Rescatar el desarrollo de las diferentes especialidades.
- Garantizar la permanencia de especialistas, funcionamiento y calidad de los Grupos Básicos de Trabajo (GBT).
- Lograr participación activa de todos los factores, y utilización adecuada del análisis de la situación de salud con las investigaciones correspondientes.
- Descentralizar la docencia de pre y postgrado hasta el nivel de los policlínicos e identificar las nuevas necesidades para la formación del egresado.
- Potenciar y calificar la participación de los factores a nivel de la comunidad, para el desarrollo de la promoción de salud y prevención de enfermedades, hasta lograr apoderarse de la misma como agentes de su propia salud.
- Garantizar el crecimiento de la información científico técnica y sanitaria través de todas las vías, como libros, discos compactos, acceso a Internet, etc., en todos los niveles y hasta el último lugar del SNS, con vistas al incremento en la gestión de conocimiento.

- Desarrollar investigaciones encaminadas a conocer el grado de satisfacción de la población con los servicios de salud que se prestan.
- Introducir los resultados positivos de las investigaciones en la práctica médica y en el campo de la docencia.
- Incrementar el proceso de las publicaciones científicas, priorizando las relacionadas con la medicina familiar.
- Acometer cursos-diplomados de dirección, para los dirigentes, reservas y canteras, como un complemento indispensable para el desarrollo de sus funciones.
- Elaboración de un manual de costos para todas las actividades, con un sistema de información cuya utilización por los directivos del sector sea más práctica; efectuar evaluaciones económicas completas y suficientes; aprovechar al máximo los conocimientos científicos de los máster en Economía de la Salud con que cuenta el país, lo que contribuirá a perfeccionar el control económico y el logro de la eficiencia necesaria.

El presupuesto estatal financia totalmente el sistema de salud de Cuba. El Estado ofrece a la población servicios gratuitos de prevención, curación y rehabilitación, que abarcan desde la atención primaria hasta la asistencia hospitalaria, las investigaciones diagnósticas, los medicamentos para enfermos hospitalarios, embarazadas y otros grupos especiales.

Los gastos de la economía familiar están dirigidos a la adquisición de medicamentos para pacientes ambulatorios, las prótesis, los lentes y otros artículos similares. Todos los precios son subsidiados por el Estado, que presta, además, ayuda a personas de bajos ingresos.

Las limitaciones materiales del país no han impedido el incremento de los gastos en moneda nacional del sector salud, los cuales son reflejo de la voluntad política de mantener los logros alcanzados. En los últimos años se ha ido produciendo un incremento en la asignación, de acuerdo con la recuperación de la economía (cuadro 5).

**CUADRO 5. GASTOS DEL SECTOR SALUD  
Y POR CIENTO DEL PIB. PERÍODO 1990-2011**

<b>Años</b>	<b>Gastos (millones de pesos)</b>	<b>Gastos salud por habitantes</b>	<b>% PIB</b>
1990	1 045,1	98,6	5,3
1995	1 221,9	111,1	5,6
2000	1 726,1	165,9	6,1
2008	4 230,9	376,4	6,9
2010	4 792,2	426,49	10,6
2011	4 932,6	438,36	10,5
2012	4 903,9	435,91	9,8

Fuente: MINSAP, *Anuario Estadístico*, 1998 y 2012. Centro de Investigaciones del Ministerio de Finanzas.

Entre 1990 y 1994 se manifestó una reducción de los gastos de atención hospitalaria de 487,8 millones de pesos, y un incremento de los destinados a la atención primaria, de 299,8 millones a 383,5 millones de pesos.

Estos gastos se corresponden con el incremento de la atención primaria expresado en número de consultas. Se observa que ha continuado el crecimiento tanto en las consultas de APS, como en la ASS. Comparativamente, la distribución porcentual deja ver la prioridad establecida por el SNS.

En plena crisis económica se adoptan un conjunto de medidas orientadas a mantener los logros alcanzados, sin tener que aplicar las recetas neoliberales, al considerar que la responsabilidad sobre el desarrollo de los servicios sociales es del Estado. Algunas medidas son orientadas hacia la consecución de mayores beneficios para los grupos más vulnerables: el niño, la mujer, los ancianos.

Para lograrlo se ratificaron los principios elementales de la salud pública cubana: que el sistema de salud continuará totalmente financiado por el presupuesto estatal y mantendrá la cobertura, gratuidad y accesibilidad total a los servicios de salud para toda la población. Estos principios van acompañados de objetivos de trabajo para incrementar la eficiencia, la equidad y sostenibilidad del SNS, especialmente en términos financieros.

El hecho de que se mantenga una creciente asignación de recursos en medio de la escasez de estos, no significa en modo alguno que se haya alcanzado la eficiencia necesaria. Al tomar conciencia de la necesidad de trabajar con eficiencia, se han venido dando pasos desde la década de los 80. Con el establecimiento de los costos hospitalarios, se buscaban los primeros elementos para medir la eficiencia interna y utilizarla como instrumento de trabajo por parte de los equipos de dirección y colectivos laborales.

Recientemente se ha trabajado con los costos en la atención primaria y en el Programa Nacional de Medicamentos, como elementos de gran peso en los gastos del sector salud.

Junto a estos procedimientos, se ha venido creando una cultura económica, sobre todo en los profesionales y técnicos de la salud, que son decisores fundamentales en la utilización de los recursos. Para ello, se efectúan cursos, conferencias, diplomados, simposios y la recién comenzada maestría en Economía de la Salud.

Por otra parte, el Ministerio de Salud Pública ha elaborado un Proyecto de Fortalecimiento de las Capacidades Nacionales de Economía de la Salud de Cuba, que con el apoyo de la OPS y la OMS, prevé cuatro vertientes fundamentales:

1. Elevación de la eficiencia en la atención de salud.
2. Desarrollo de la formación y capacitación de los Recursos Humanos.



3. Promoción de investigaciones.
4. Desarrollo de la planificación local.

Sin abandonar los necesarios análisis de la eficiencia dentro del sector, se preparan condiciones para perfeccionar los enfoques y la toma de decisiones en el contexto macroeconómico, para lo que se utilizan adecuadamente los métodos completos de evaluación económica, como costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad.

Entonces estaremos en condiciones de dar respuesta a otras interrogantes:

- ¿Cuánto destinar a la APS y cuánto a la atención secundaria?
- ¿Cuánto destinar a recursos que disminuyan la estancia hospitalaria?
- ¿Cuánto destinar a equipos de tecnología muy sofisticada?
- ¿Cómo modernizarse y adaptarse al entorno económico?
- ¿Cómo enfrentar otras determinantes que influyen en la salud?

Las respuestas acertadas a estas y a otras interrogantes, tendrán la necesaria correspondencia en cómo darle una utilización más eficiente a la parte de PIB que se dedica a la salud. O sea, no solo es cuánto del PIB, sino también dónde.

La OMS ha seguido trabajando en los componentes para lograr una mayor eficiencia en la salud. Sobre todo disponer de una política social eficiente. La porción del PIB que se dedica en Cuba al sector salud, es suficiente, y los indicadores obtenidos corresponden a sistemas de países desarrollados, por los que se puede inferir que Cuba muestra eficiencia en su sistema de salud.

No obstante, debe estudiarse una modificación en la composición del gasto, para obtener mayor eficiencia estructural (económica y funcional). En ese sentido, vale la pena centrar el análisis en aspectos tales como el recurso humano, la dotación de camas, la tecnología sanitaria

y la proporcionalidad del gasto entre la atención primaria y secundaria.

No cabe la menor duda de que continuar perfeccionando y fortaleciendo la APS, para obtener un mayor impacto en el SNS, debe ser tarea prioritaria. Las decisiones de descentralizar aún más determinados servicios, el establecimiento del Sistema Integrado de Urgencias y el comienzo de cursos diplomados en varias áreas para los especialistas en Medicina General Integral, permitirán una mayor satisfacción de la población, al lograrse una atención con prontitud y calidad, y una eficiencia integral del sistema.

Es posible potenciar la gestión local, con una participación más consciente y activa por parte de los sectores, líderes formales e informales, y de la comunidad. Deben tomarse experiencias e ir generalizando la Estrategia de Desarrollo Municipal, la que contribuye a la consecución de mejores resultados, en menor tiempo y a menor costo.

La planificación es otro elemento clave. A través de sus diferentes métodos debe servir, entre otros objetivos, para liberar recursos ociosos, que pueden ser reasignados para mejorar la cobertura, como en el caso de las camas, los recursos humanos, la tecnología sanitaria, etc. Un problema que se aproxima para la planificación, es el crecimiento acelerado del número de personas de 60 años y más. Esta situación tendrá una importante repercusión socioeconómica sobre el país y sobre el SNS, porque ello aumenta la necesidad de atención de enfermedades más complejas y costosas.

Como consecuencia de todo lo abordado hasta aquí, se hace necesario considerar la reorientación de las inversiones en el sector de la salud, lo que desempeñará un papel decisivo en la eficiencia a la cual aspiramos. Los ingresos en moneda libremente convertible (MLC) por el propio sector de salud, para su autofinanciamiento, han mantenido su crecimiento, pero aún existen mayores

potencialidades que pudieran aprovecharse a partir de un rediseño de los mecanismos, nuevas alternativas, descentralización, precios y promoción.

Por último, debe existir precisión en la selección del método de evaluación económica que debe ser aplicado, en acuerdo con el subsistema de atención que se analice y los objetivos que se persiguen.

Siempre debe prevalecer un análisis de costo-eficacia *a priori*.

**OBJETIVOS DE TRABAJO DEL  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
PARA EL AÑO 2013**

- Incrementar el estado de salud de la población y su satisfacción con los servicios.
- Fortalecer las acciones de higiene, epidemiología y microbiología.
- Ejercer la regulación sanitaria.
- Consolidar las estrategias de formación, capacitación e investigación.
- Cumplir con las diferentes modalidades de la cooperación Internacional del Sistema de Salud Cubano.
- Incrementar la racionalidad y la eficiencia económica en el Sector.

**LINEAMIENTOS ECONÓMICOS Y SOCIALES  
DEL PARTIDO Y LA REVOLUCIÓN  
PARA EL SECTOR SALUD**

- Elevar la calidad del servicio y satisfacción de la población, con la utilización eficiente de los recursos.
- Reorganizar los servicios de salud, acorde con las necesidades de cada territorio.
- Consolidar la enseñanza y el empleo del método clínico y epidemiológico, y el estudio del entorno social en el abordaje de los problemas de salud, para contribuir al uso racional de los recursos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.

Consultorio Médico  
Enfermería de la Familia  
Practitioner Hosp  
Unidad de Ecumacologi  
Practitioner Hosp  
Hospital Clínico-El  
Instituto

**Tu servicio de salud  
es gratuito  
... pero cuesta**

na", "Por Un Futuro más Sano", "por un futuro  
n FUTURO  
no", "Por un Futuro más Sano", "por un futuro  
SALUD PÚBLICA

- Incrementar espacios educativos y otras formas, para evitar la automedicación y el uso racional de los medicamentos.
- Prestar la mayor atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional.
- Fortalecer las acciones de salud en la promoción y prevención para mejorar estilos de vida e incrementar los niveles de salud, con la participación comunitaria e intersectorial.
- Garantizar que la formación de especialistas brinde respuesta a las necesidades del país y a las que se generen por los compromisos internacionales.

## II.5 Resumen

Este capítulo de Economía y Salud aborda, desde los conceptos iniciales de conocidos economistas del siglo XIX, que incursionaban en estos temas y, en algunos casos, demostraban cómo las leyes y los fenómenos económicos se relacionaban con el estado de salud, y al mismo tiempo, cómo esa salud influye en la economía.

Posteriormente en el desarrollo del pensamiento y de las ciencias, se han ido perfeccionando las investigaciones y los estudios prácticos que van dando un mayor grado de comprensión sobre esta relación.

Es en esta etapa donde se puede asociar, con suficiente claridad, el aporte de la salud al desarrollo socioeconómico, así como a sus determinantes que influyen sobre el estado de salud; aspectos que están siendo enunciados por diferentes organismos internacionales.

En el caso específico del sector salud, es de singular importancia la política y el análisis sobre el Gasto Nacional en Salud (GNS); a partir de la porción del Producto Interno Bruto (PIB) que se dedica a este gasto, se debe valorar su estructura, componentes y alcance real al total de la población.

En este sentido, Cuba, por su régimen social, ha venido dando respuesta desde el triunfo de la Revolución, con avances sostenidos, no solo en las cuantías asignadas, sino en la accesibilidad, equidad e igualdad. No obstante los resultados positivos alcanzados, se continúa en la búsqueda permanente del perfeccionamiento, donde la eficacia, y la eficiencia deben estar presentes.

## II.6 Cuestionario

1. ¿En qué consiste la relación entre economía y salud?
2. ¿Cuáles son los determinantes socioeconómicos que influyen en el estado de salud y por qué?
3. ¿Qué elementos deben tenerse en cuenta para la asignación de recursos al sector salud?
4. Explicar situación actual y perspectivas de los GNS en América Latina.
5. Fundamentar la estrategia y política cubanas, en la búsqueda de mayor eficiencia.

## **CAPÍTULO III. ECONOMÍA DE LA SALUD**

MSc. Jorge Cosme Casulo, Dra. Nilia Escobar Yéndez  
MSc. Denys Luque Borjas, MSc. Elena Luque Borjas  
MSc. Marcia de la Caridad Proenza Segares

### **III.1 Introducción**

A partir de sus antecedentes y definiciones, 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. También se analizan los procedimientos y regulaciones establecidas para el proceso de los presupuestos y sus financiamientos, así como el conocimiento y aplicación del Sistema Nacional de Contabilidad, el cual, a través de los diferentes subsistemas, coadyuva al registro, control y adecuada utilización de los recursos humanos, materiales y financieros.

### **III.2 Definición**

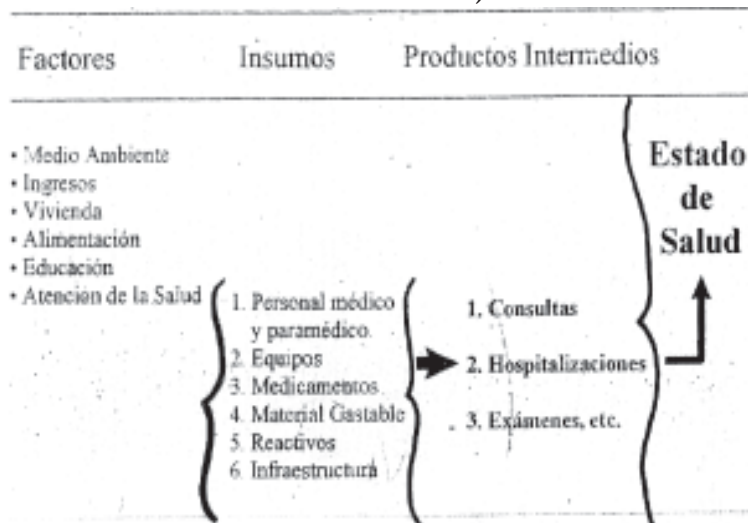
Los análisis en el campo teórico de la Economía de la Salud vinculan a las Ciencias Médicas y a las Ciencias Económicas. En este estricto vínculo se aportan conocimientos científicos, así como métodos y enfoques que conforman un marco teórico metodológico de beneficio común.

Los servicios prestados a los individuos no son exclusivos de los resultantes de salud, existen otros sectores que adoptan políticas que de forma directa o indirecta determinan la salud de los individuos y de las colectividades,

esto delimita que para tratar este rubro como un producto social, tienen necesariamente que manejarse los aspectos económicos con enfoque epidemiológico.

Por otro lado, el elevado monto de recursos que utiliza el Sector de la Salud y la rápida elevación de los costos, han contribuido al desarrollo de la economía en esta área, que es la aplicación de teorías, conceptos, técnicas de la economía a este sector, y atender sus determinantes, con la finalidad de modificar las circunstancias biológicas, patológicas y culturales.

**CUADRO 6. ESTADO Y ATENCIÓN DE LA SALUD  
(CONCEPCIÓN AMPLIA DE LA ECONOMÍA  
DE LA SALUD)**



Fuente: *Economía y salud-Col.* Autores-OPS/CUBA-1999.

Algunos autores la definen como la Ciencia Económica que estudia la acción de las leyes, objetivos económicos, condiciones, factores que aseguran la satisfacción máxima de las necesidades de la sociedad en la atención médica y protección de la salud de la población con los gastos mínimos de trabajo social y manual, por tanto, se



puede considerar que la Economía de la Salud es en síntesis la aplicación de las ciencias económicas en el campo de la salud.

Se identifican como objetos de estudio de la disciplina económica de la salud:

- El lugar que ocupa la Salud Pública en la economía nacional.
- Vías y métodos de aprovechamiento racional y eficiente de los recursos humanos, materiales y financieros: efecto económico de la Salud Pública.

En su accionar, la Economía de la Salud se relaciona con otras disciplinas, como son:

- La planificación de la Salud Pública
- La organización científica del trabajo técnico
- Gerencia en salud
- Estadística sanitaria
- Demografía
- Ciencias clínicas, higiénicas y epidemiológicas.

En el sistema de salud se tiene que cumplir la integración multidisciplinaria, y en esta ocupan una posición relevante la integración de la planificación y el financiamiento con las disciplinas clínico epidemiológicas como un sistema.

Los antecedentes del surgimiento de la Economía de la Salud en Cuba se enmarcan en tres etapas.

I. Periodo colonial entre los siglos XVI, XVII, XVIII y XIX. Se caracteriza porque no existían regulaciones oficiales, no obstante, se reconoce cierta preocupación manifiesta en donaciones para construcciones de hospitales, adopción de medidas contra epidemias, como las ocurridas en 1598 de viruela y sarampión en la zona de Guanabacoa, donde el Cabildo habanero ordenó al alcalde que aportara dinero y medicinas.

Estas son las manifestaciones incipientes del financiamiento estatal para la Salud Pública.

- II. Periodo republicano, entre los años 1902-1958. La etapa se caracteriza por la concentración de recursos y medios disponibles para quienes puedan pagar, y escasos o inexistentes para los desposeídos, víctimas del desfaldo del presupuesto que el Estado asignaba para atender la salud en la comunidad; el presupuesto estatal era de solo tres pesos por habitante. En el país no existía un régimen de seguridad social, como ya era común en esta época en los países europeos; se identificaban tres sistemas de atención, estatal-mutualista-privado.
- III. Periodo revolucionario de 1959 hasta la década de los 90. En este, se destacan dos etapas:  
*De 1959 a 1970*, se caracteriza por la promulgación de leyes de beneficio económico-social en el campo de la salud, crecimiento vertiginoso del presupuesto, conservación de las instituciones privadas, mutualistas y estatales, y se crea el Sistema Nacional de Salud (septiembre de 1970).

*Del 70 al 80*, en la cual se señalan como elementos significativos:

- Elevación de los gastos en salud en veinte veces más de los existentes al inicio de la Revolución: de veinte millones llegó a cuatrocientos millones.
- Se implanta en 1976 el Sistema de Dirección y Planificación de Economía lo que permite la descentralización del presupuesto a nivel local.
- Extensión de la cobertura de la atención médica, y ocupa papel cimero la planificación en la gestión de salud.
- Creación de los sistemas de normas patrones e indicadores del desarrollo de la salud (1979).
- Formación de los especialistas de administración de salud con preparación en el tema “Financiamiento de la Salud Pública”.
- Implantación del sistema de costos hospitalarios (1978).

La Economía de la Salud es una disciplina relativamente nueva en el país, 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 del SNS y mayor racionalidad en el empleo de los recursos.

### **III.3 Oferta y demanda de los servicios de salud**

Los servicios de salud, vistos como función de producción, resultan de la combinación entre las cantidades de insumos empleados y las cantidades de productos obtenidos; entendiéndose por insumos, desde los recursos humanos, equipos, medicamentos y otros materiales, hasta los servicios complementarios o de apoyo.

En el caso de los productos obtenidos o intermedios, son los servicios prestados, como consultas, exámenes complementarios, intervenciones quirúrgicas, etc.

El resultado de esta función de producción en el sector de la salud, asociado a la intervención de otros sectores de la economía, como educación, cultura, etc., propician un producto final: *estado de salud de la población*.

La interrelación de los elementos teórico-metodológicos de la disciplina Economía de la Salud, al analizar el lugar de la Salud Pública en el sistema de reproducción social, conjuga el interés de los salubristas en la selección de alternativas a la solución de los problemas relacionados con las necesidades de servicio de Salud. El Ministerio de Salud dentro de la línea de investigación Eficiencia y Economía de la Salud, define las temáticas:

- Análisis de la demanda de servicios sanitarios.
- Análisis de la oferta de servicios sanitarios.

¿Qué es la oferta? Es la cantidad de un bien que los productores están dispuestos a producir y a vender con un precio dado en un periodo de tiempo y en condiciones de mercado determinadas.

Los principales factores de la oferta son:

- Precio de los factores de producción o servicio.
- El estado de la tecnología.
- Los objetivos empresariales de los productores.
- El precio del bien servicio producido.

Para regular la oferta se debe estudiar, por tanto, los factores estructurales y de producción, el equipamiento, el esquema de organización y el financiamiento.

La estrategia de dirección se dirige a las acciones para adoptar la oferta de servicio que satisfaga las variaciones de la demanda y lograr el éxito al alcanzar el máximo de eficiencia con la utilización de la fuerza laboral en tareas múltiples e incrementar la participación del consumidor o compartir la capacidad de servicios, ej: multioficio, autoservicio.

En el caso del Sector de la Salud, esta oferta estará dada por:

- Capacidad instalada
- Recursos Humanos
- Tecnología sanitaria
- Otros recursos y servicios.

La capacidad instalada está constituida por los espacios físicos (diferentes locales del inmueble), donde se desarrollarán todas las actividades de una institución de salud determinada.

Los recursos humanos, como elemento primordial para el quehacer de las acciones de salud, están conformados por profesionales, técnicos y trabajadores de servicios y administrativos.

La tecnología sanitaria abarca todo el equipamiento médico, medicamentos, recursos de laboratorio y otros

departamentos técnicos, así como las técnicas y procedimientos médicos.

En el caso de otros recursos y servicios, se incluyen todos los equipos no médicos, como son las calderas, plantas eléctricas, equipos de lavandería y cocina, transporte; así como servicios de mantenimiento, de alimentación, de esterilización, etc., que generan los servicios de apoyo al desarrollo de las actividades fundamentales.

¿Qué es la demanda? Es la disponibilidad de un agente económico para comprar un producto o servicio.

El deseo por sí solo no constituye una demanda pues el consumidor tiene que disponer de los recursos necesarios para convertir el deseo en demanda.

La función *demanda de un comprador* para un determinado producto, es la relación entre el precio del producto y las distintas cantidades de este que el individuo comprará en un periodo de tiempo dado.

La relación entre demanda y necesidad se expresa en que la necesidad es una sensación de carencia de algo, un estado fisiológico o psicológico, que es común a todos los seres humanos, con independencia de los factores étnicos y culturales, mientras que la demanda es una formulación expresa de un deseo, que está condicionada por los recursos disponibles del individuo o entidad demandante.

Las necesidades son ilimitadas, pero los recursos del comprador son limitados, por lo que en dependencia de sus posibilidades tratará de adquirirlo, es responsabilidad del proveedor de servicios o productos satisfacer varias necesidades a la vez, ej: habilitar en la sala de espera áreas de lectura, impartir charlas educativas, hacer demostraciones, de esta forma el usuario recibe además de la atención curativa, atención preventiva estimulando la demanda sin existir una necesidad previa, ejemplo, uso de un producto anticonceptivo, inmunización, regular la dieta, etc.

Aunque la salud se produce y consume dentro de un mercado, existe una relación de oferta y demanda de forma especial. La necesidad de salud determina la demanda, que tendrá respuesta por el proveedor de servicio a través de un mercado imperfecto, por las características que se deben tener presentes:

- Es derivada
- Ignorancia del consumidor
- La presencia de incertidumbre.

La demanda de los servicios de salud es *derivada* porque el consumidor o usuario no decide el tipo de servicio específico que va a recibir, ni cómo ni cuándo, quien lo decide es el facultativo, de forma individual o colectiva, según el caso.

La *ignorancia del consumidor* está dada fundamentalmente por la ausencia de información que tiene y que por las características técnicas de la oferta, no está preparado para tenerla, aunque quisiera.

La *incertidumbre* se manifiesta con mayor fuerza en este tipo de servicio por constituir la enfermedad un evento imprevisto, y no poder prever en qué momento se va a producir y con cuánta intensidad; a diferencia de otros productos o servicios, donde el consumidor o usuario puede determinar lo que debe adquirir, para satisfacer una necesidad determinada.

Estas características ponen en evidencia las imperfecciones de este mercado, que, por sus implicaciones éticas, merece un trato diferenciado.

La estrategia de dirección de la demanda es la que trata de canalizarla a las disponibilidades de servicios existentes.

El éxito se logra:

- Desarrollándola fuera de momentos pico.
- Utilizando servicios complementarios.
- Con la creación de sistema de reserva.

La naturaleza de la oferta y la demanda de los servicios de salud, está determinada porque siempre son necesarios; o sea, no están regidos por fluctuaciones temporales.

Todos estos elementos y los que a continuación se analizarán en los epígrafes correspondientes, se desarrollan en el campo de la microeconomía, referida en el Capítulo I.

### **III.4 Ética médica y economía de la salud**

La salud pública en las próximas décadas en América Latina, debe descansar sobre dos pilares sólidos: el desarrollo y la equidad.

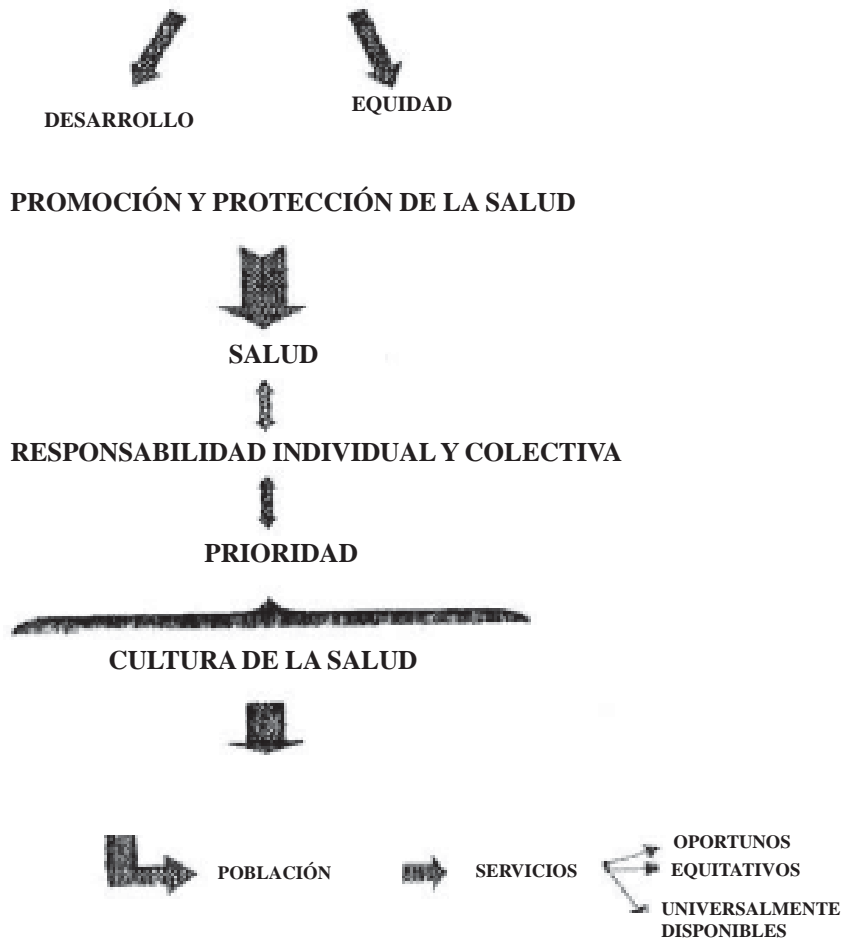
La crisis económica que afectó a la mayoría de los países de la región a partir de 1980, dominada por la deuda externa y por la necesidad de las economías de las naciones de ajustarse a una drástica disminución de la entrada de capital extranjero, ha ocasionado violentas reducciones de las inversiones nacionales y de las importaciones, y ha elevado el nivel de pobreza.

La promoción y la protección de la salud puede constituir la única solución posible a las necesidades de salud en las Américas, aunque no sea una solución instantánea; y este reto implica un proceso de transformación política, cultural y social que permita hacer de la salud en sí, no solo una responsabilidad individual y colectiva, sino una prioridad.

Ello trae consigo la generación de una cultura de la salud que garantice la promoción y protección de la vida como valor supremo, y que la población pueda acceder a servicios oportunos, equitativos y universalmente disponibles (cuadro 7).

**CUADRO 7**

**(AMÉRICA LATINA)**



Fuente: Escobar, Nilia/2002.

La economía de la salud constituye una rama de la macroeconomía que se ocupa del análisis de los mercados y de la forma en que estos operan; reconoce que la salud se produce y se consume dentro de un mercado, como cualquier otro producto o bien, por tanto, su inte-



rés primario es el de conocer la demanda y la oferta de los servicios de salud.

Sin embargo, estos nunca serán suficientes a la demanda, ni aun en los países con alto ingreso económico, debido a sus crecientes costos y al aumento de la población que los requiere, dos variantes que ascienden de un modo vertiginoso. Así, el racionamiento y la escasez son una realidad, por lo cual, uno de los elementos cruciales para los economistas de la salud es el de la racionalización de estos servicios.

La economía analiza las distintas alternativas de elección en el nivel individual y social, y estudia el problema de la utilización de exiguos recursos. Esta última característica permite incorporar dos de los pilares de la economía: la eficiencia y la equidad. La primera se relaciona con la obtención del máximo beneficio a un mínimo costo; por ejemplo, ningún paciente debe ser tratado o remitido a un nivel de atención superior si es posible su diagnóstico o tratamiento adecuado en una instancia inferior. La equidad en salud se refiere a la igualdad de acceso a la atención médica (cuadro 7), y la búsqueda de la equidad se basa en otorgar a la gente igualdad de oportunidades para alcanzar el máximo potencial individual y colectivo.

Para la organización mundial de la salud (OMS), la falta de equidad o iniquidad se refiere a las diferencias sistemáticas o desigualdades en materia de salud, que no solo son innecesarias y evitables, sino que además son injustas.

Sin embargo, los esfuerzos continuados para incrementar la eficiencia productiva del sistema sanitario, al dirigir los recursos hacia procedimientos efectivos y mejorar la salud pública, pueden contribuir, pero no acabar, con la diferencia entre demanda y oferta de servicios sanitarios. De manera que, independientemente del proceso de racionamiento o priorización que se practique, o de

los resultados, siempre habrá alguien que se sentirá maltratado.

Este espinoso tema de la priorización y de la elección entre individuos en el nivel microsocial de la distribución de recursos —que es el de la relación médico-paciente—, fue reflejado por George B. Shaw, a principios del siglo xx, en su obra *The doctor's dilemma*, en la que toma como símil la balsa de naufragos que ya está llena, y cómo podía el Dr. Ridgeon, quien había descubierto una cura a la tuberculosis, escoger para la única cama disponible entre dos enfermos: un joven y brillante artista sin muchos escrúpulos morales y un médico viejo, honesto, dedicado a sus pacientes.

CUADRO 7



Fuente: Escobar, Nilia/2002.

Otro ejemplo que se puede evocar es el caso de elegir entre una criatura gravemente enferma que necesita una

terapéutica de rescate, por muy bajas que puedan ser las posibilidades de éxito, y tratar a una anciana de setenta y cinco años discapacitada con incontinencia.

Entonces, cabría reflexionar, si no hay servicios para todos, ¿con qué criterio ético se escogen las personas a las cuales brindar estos, si todos tienen iguales derechos?

El financiamiento de la salud es ahora el meollo de la política sanitaria y esta, a su vez, un aspecto muy significativo de la política en general. La teoría y la praxis de la justicia configuran entonces el concepto y el cuidado de la salud. El problema de la justicia distributiva —paladín de la bioética de la política sanitaria— es ético y económico, una cuestión de principios y resultados.

En la atención sanitaria, las cuestiones referentes a estructura y asignación de recursos, siempre implican interrogantes sobre la justicia. Así, algunas reflexiones se relacionan con frases retóricas conocidas, tales como: “los médicos tienen derecho a la libertad de elección”; “los pacientes tienen derecho a la atención de la salud”; “la libre empresa y la competencia resolverán los problemas de la medicina”; “hoy día, en toda nación adelantada, el Estado proporciona atención de la salud para todos”.

Por otro lado, cuando un paciente acude a una institución de salud en busca de asistencia, corresponde al médico adoptar medidas que suponen un gasto sanitario, razón por la cual se impone cuestionarnos: ¿es exclusivamente una determinación del médico prescribir un tratamiento?, ¿existe o debe existir alguna limitación en la oferta terapéutica?, ¿es ética o no la decisión unilateral del médico para indicar un tratamiento?, ¿es acaso la “libertad clínica” en nuestro medio un derecho de los médicos o un mito?

La libertad clínica era el derecho de los médicos, al que algunos le conferían un carácter divino, para hacer cualquier cosa que en su opinión fuera lo mejor para sus

pacientes; en tanto que para otros representaba un mito que impedía el verdadero avance.

¿Qué pensar entonces en relación con el alegado conflicto entre economía de la salud y libertad clínica?

Hace tiempo ya que los profesionales de la salud han comenzado a preocuparse por los recursos y los costos de resultados de salud o satisfacción del paciente; y en la medida en que los recursos sean optimizados devotamente para servir a los intereses de los pacientes, los médicos encontrarán que es maximizada su propia libertad clínica.

Por tanto, ¿podría inferirse que la economía de la salud realmente impide la libertad médica?, o mejor aún, “¿que la economía de la salud no es el final de la libertad clínica, pero que la demanda de mayor responsabilidad en el uso de los recursos es una más amplia y quizás más adecuada limitación de su campo de acción?”.

El papel de la economía de la salud no es gastar menos en ello, sino invertir mejor, es decir, obtener los mayores beneficios sociales con menores costos.

La economía de la salud, como ciencia, trata de ofrecer el mayor grado de bienestar posible a partir de los recursos disponibles y esto constituye un objetivo ético, por cuanto se deduce que resulta ético ser eficiente y es no ético ser ineficiente.

De todo lo cual se infiere que los profesionales de la salud, tienen un relevante y doble papel, al ser guardianes del uso de los recursos de nuestro sector, y por otro lado, lograr que los pacientes reciban una atención integral y calificada.

Pero lo más grave del problema radica en que la alta tecnología sirve cada vez más a un menor número de personas y, por consiguiente, el acceso a la salud se vuelve uno de los mayores privilegios de una minoría afortunada que se edifica, dolorosamente, sobre los cadáveres de millones de seres humanos. Se dice que vivimos la

época de los “derechos humanos”, y parece que el más real de todos es el derecho a morir por hambre y enfermedad, donde poco o nada importa que una persona muera, y menos aún, si se trata de uno de los tantos miles de desocupados, ya que por cada trabajador que muere, hay decenas o centenas de ellos que se disputan el puesto.

De modo que amplios sectores de la población quedan marginados al acceso, no ya de tecnologías de punta, sino a los más elementales servicios de salud, porque el salario básico de cualquier individuo en muchos países subdesarrollados ni siquiera cubre lo indispensable para la supervivencia familiar, y por tanto, está lejos de cubrir el costo de la atención médica más elemental, y mucho más lejos aún de aquello que requiere alta tecnología. Ante tal situación, los gobiernos escogen el camino más fácil: atender a los enfermos pobres a través de un sistema asistencial anticuado e ineficiente.

## **III.5 Financiamiento y presupuesto**

### **III.5.1 Financiamiento**

El financiamiento de los servicios de salud está dentro del denominado gasto social, que incluye además: educación, vivienda, saneamiento y protección de niños y ancianos. El gasto social se orienta, por lo tanto, a garantizar la vida de los habitantes de un país, y de su cuantía dependerá, en buena medida, el grado de bienestar, la calidad de vida y las posibilidades de enfrentar los problemas del sector salud.

El financiamiento implica el cubrir los costos que demandan los servicios de salud para garantizar un entorno saludable, prevenir las enfermedades, promover la salud y atender los requerimientos de los usuarios.

El financiamiento de los servicios de salud debe asegurar algunas características mínimas, tales como: equidad, cobertura universal, calidad del servicio, suficiencia de los recursos, eficiencia, sostenibilidad, oportunidad.

El financiamiento del sector salud puede ser dividido en dos grandes rubros: público y privado. En el primero se incluyen todos los aportes que hace el Estado; en el segundo, los aportes que en forma directa efectúa cada ciudadano.

Se considera fuente de financiamiento, al sitio de donde provienen los recursos monetarios, con los cuales opera cualquier servicio de salud que se brinde a la población.

Fuentes posibles:

- Financiamiento con recursos nacionales.
- Financiamiento con recursos externos.

Pueden ser:

- Estatales.
- Seguridad social.
- Contribuciones de organismos no gubernamentales.
- Contribuciones voluntarias.
- Pago directo del usuario.

### **III.5.2 Presupuesto**

En una entidad, el éxito de lograr los objetivos propuestos radica en la eficacia, efectividad y eficiencia que muestran sus directivos y trabajadores en el uso y manejo de los recursos para desarrollar su encargo social.

Para alcanzar las metas propuestas en un periodo determinado, es preciso contar no solo con el capital humano, sino también con aquellos recursos materiales que facilitan el desarrollo de la actividad, razón por la cual el presupuesto desempeña un papel primordial.

“Un presupuesto es un plan financiero comprensivo que anticipa la ruta esperada para ejecutar las metas financiera y operacional de una organización”. Este debe ser cuidadosamente elaborado, por lo que es importante que se coordinen colectivamente las tareas, de modo que cada cual precise puntualmente sus necesidades, por lo que antes de confeccionar el anteproyecto deben organizarse todos los aspectos que contribuyan a una planificación con calidad, y es preciso constituir el comité de presupuestación de la entidad, es importante, además, confeccionar el “Manual de Presupuesto”.

#### *Comité de Presupuestación*

Es un Comité Ejecutivo, formado por un equipo de trabajo, compuesto generalmente por directivos con autoridad para fijar políticas que regirán la programación de las operaciones.

Beneficios que se obtienen:

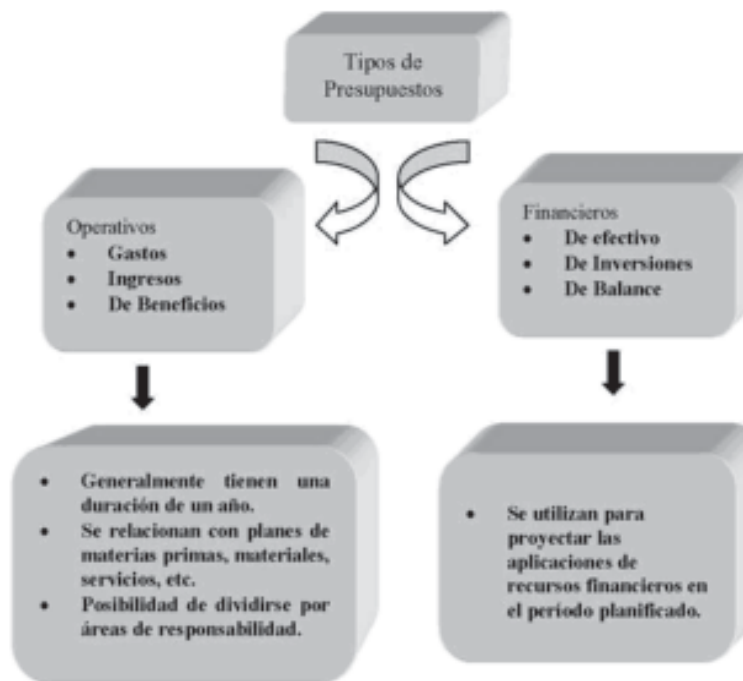
- Coordinación de tareas.
- Compromiso en la ejecución de los objetivos.
- Logra mayor participación del personal.
- Despierta el interés para el logro de los objetivos y metas a alcanzar.

Dentro de las principales tareas de la presupuestación se destacan:

1. *Preparación del Presupuesto*: En él se define el Comité de Presupuestación, se estudian las regulaciones y normativas que deben cumplirse y se determina el periodo de presupuestación, así como las principales actividades a desarrollar.
2. *Elaboración del Presupuesto*: Se definen los elementos y partidas del presupuesto y su elaboración.
3. *Administración del Presupuesto*: Se ejerce el control de la ejecución del presupuesto por partidas, elementos y subelementos, su rectificación y las acciones para su cumplimiento.

Las principales características de la presupuestación son:

- Permite comparar y evaluar los gastos e ingresos.
- Contribuye a racionalizar los recursos.
- Propicia la definición de responsabilidades.
- Exige establecer políticas y objetivos precisos.
- Obliga a la revisión y evaluación de los resultados.



### III.5.3 El Presupuesto del Estado

Es un balance de Ingresos y Gastos que posibilita controlar el uso de los recursos financieros. En Cuba se encuentra estrechamente vinculado con el plan de la Economía Nacional, ya que es el respaldo financiero de los recursos contenidos en los planes de desarrollo económico.



Los ingresos del presupuesto se conforman teniendo en cuenta los volúmenes de producción, ventas de mercancías, crecimientos de la productividad, disminuciones de costos y la política tributaria. En ellos se agrupan diferentes conceptos de acuerdo con las fuentes de captación, como son: impuestos de circulación; los impuestos, tasas, contribuciones de las empresas, organizaciones y población, así como ingresos no tributarios y otros ingresos del Estado. En los gastos se incluyen los destinos para financiar, como subsidios e inversiones de la esfera productiva, así como para desarrollar las actividades de las Unidades Presupuestadas. El balance entre Ingresos y Gastos muestra un resultado que según sus análisis puede ser:

- *Déficit*: Cuando los gastos son mayores que los ingresos, por tanto existe un faltante de recursos monetarios para financiar todos los materiales.
- *Superávit*: Cuando los ingresos son mayores que los gastos, o sea, sobrarán recursos monetarios después de cumplimentar todas las obligaciones del Estado.

#### **III.5.4 Sistema Presupuestario**

Es un conjunto ordenado y coherente de principios, disposiciones, normativas, procesos e instrumentos técnicos, que tiene por objeto, la elaboración, aprobación, ejecución y control de los presupuestos públicos, en el marco del plan de la economía.

Principios del Sistema Presupuestario:

- Equilibrio. Para cada gestión fiscal en cada entidad, el monto total del presupuesto de gastos debe corresponder al monto total de recursos incluidos en el presupuesto.
- Sostenibilidad. El presupuesto de cada entidad debe ajustarse a las posibilidades reales de su financiamiento.

- **Universalidad.** El presupuesto de cada entidad debe contener todos los recursos y gastos que se estimen disponer en cada periodo fiscal.
- **Transparencia.** Debe ser expresado en términos claros y difundido para su conocimiento.
- **Flexibilidad.** Debe ser objeto de ajustes o modificaciones en correspondencia con las disposiciones legales y técnicas establecidas.

En Cuba la organización del Sistema Presupuestario está determinada por su estructura política y administrativa.

### **III.5.5 Elaboración del Presupuesto en Salud**

Intervienen todas las unidades del Sistema Nacional de Salud, en la confección del anteproyecto, que es presentado para su aprobación al nivel correspondiente, consolidándolo en el Ministerio de Salud Pública para elevar al Ministerio de Finanzas y Precios encargado de evaluarlo de conjunto con los demás organismos de Dirección Económica del Estado; se conforma entonces el proyecto de Ley de Presupuesto del Estado, que se somete a la consideración del Consejo de Ministros y propone a la Asamblea Nacional del Poder Popular su aprobación definitiva, después de analizado y debatido.

Al ser aprobada la Ley de Presupuesto, el Ministerio de Finanzas y Precios comunica a los Organismos y a las Direcciones Provinciales del Poder Popular las cifras definitivas, con el objetivo de desagregarlas a sus unidades y ser presentadas a los trabajadores con sus posibles cambios, etapa muy importante, teniendo en cuenta que debe ser de conocimiento de todos los factores de las unidades con el objetivo de participar en la toma de decisiones.

### III.5.6 Administración del Presupuesto

Es la etapa más importante de la presupuestación, constituye la vigilancia sistemática del comportamiento de gastos e ingresos, garantiza la toma de medidas oportunas para cumplir con los objetivos proyectados y fortalece el papel regulador que tiene el presupuesto.

Para un control eficiente, se deberán evaluar mensualmente el comportamiento del presupuesto, asegurar el cumplimiento de los ingresos previstos, de manera tal que no se produzcan desbalances que impidan financiar los gastos proyectados. De igual forma, se deberá garantizar que estos últimos no excedan los límites establecidos en el Presupuesto.

#### *Liquidación de Presupuesto*

Constituye una rendición de cuentas del cumplimiento de los compromisos y objetivos trazados en el presupuesto.

Al concluir el periodo presupuestado, es importante realizar un análisis de su ejecución, fundamentando las desviaciones, que será obligatorio enviar al Organismo Superior para su evaluación; es necesario además, el control de los gastos unitarios con el objetivo de realizar comparaciones con los establecidos en el proyecto del siguiente periodo. Es vital el control de la ejecución presupuestaria para precisar posibles errores contables que atenten contra la confiabilidad de la información.

#### *Financiamiento*

Cada entidad, después de recibir las cifras directivas, deberá recalcularlas con el objetivo de elaborar su presupuesto definitivo, por ello estimará el comportamiento de sus obligaciones de acuerdo con las actividades planificadas y las necesidades de recursos financieros, mediante el modelo TP-98, desglosadas mensualmente.

### III.5.7 Inversiones y Gastos corrientes

*Gastos corrientes.* Son el resultado del empleo de los recursos financieros que se les asigna a las entidades presupuestadas para el desarrollo de sus actividades, se analizan por epígrafes y partidas, ejemplo: salario, consumos de materiales, etc.

*Gastos de inversión.* Representan el empleo de recursos para crear capacidades, mediante la adquisición o formación de Activos Fijos Tangibles.

Gastos Corrientes	Inversiones
1. Se utiliza en el mantenimiento de las actividades de la institución	1. Son para el desarrollo, incremento o la optimización de actividades de la entidad, o para la creación de nuevas unidades.
2. A pesar de haber tenido o no representación física al momento de ejecutarse el mismo, solo queda constancia escrita en documentos como nóminas, vales, etc.	2. Tienen representación física pues como constancia quedan los activos fijos tangibles que son: los edificios, los equipos y los muebles.
3. Se ejecutan y no se amortizan.	3. Se ejecutan y se amortiza su valor mediante la depreciación, que es el %, mensual o trimestral, que se considera como gasto.

### III.5.8 Técnicas presupuestarias

*El presupuesto funcional.* Es una clasificación funcional que se ocupa de los gastos del gobierno, y está destinado a facilitar la formulación de programas al nivel del Jefe

del Ejecutivo y al de la revisión legislativa. Esta clasificación establece como gastos, el presupuesto por programas que el gobierno está llevando a cabo, en términos de los grupos económicos o de intereses a los que sirve.

*Presupuesto de ejecución o de tareas.* Se define como una clasificación presupuestaria que enfatiza en las *acciones* que el gobierno realiza, en vez de los *bienes* que el gobierno compra, o sea, este presupuesto desplaza el énfasis de los medios de realización a la realización misma, es su diferencia fundamental con el presupuesto funcional.

*Presupuesto por programas.* Este presupuesto pretende seleccionar entre los programas alternativos el que mejor sirve a un objetivo público determinado. Se trata de aplicar una técnica que permita comparar los diversos programas y ayudar en la elección de los que deben emprenderse. El medio técnico para esta selección, consiste en definir los posibles costos y beneficios de un programa determinado para servir a un objetivo dado, y cuando el beneficio no se pueda medir, se analizan los programas que ocasionan menor costo para alcanzar un fin dado, de tal forma que puedan ordenarse los diversos programas disponibles, se cuantifican sus resultados esperados y se eliminan aquellos considerados inadecuados. Por lo tanto, el presupuesto por programas es un instrumento que se utiliza para planificar la política.

*Presupuesto de base cero.* Es un proceso operativo de planificación y presupuesto que exige que todo administrador justifique toda su petición en detalle desde el principio (de aquí la base cero).

*Métodos de elaboración del presupuesto en Cuba. Particularidades en el Ministerio de Salud Pública*

La implantación de la nueva división político administrativa y el establecimiento de los Órganos Locales del Poder Popular, como acciones fundamentales en el proceso

de descentralización institucional, condicionaron la conformación actual del Sistema Presupuestario del Estado Cubano.

El traslado de un conjunto de actividades productivas y de servicios a los órganos provinciales y municipales de Gobierno, así como la competencia en el campo de su gestión y administración, dio lugar a la formación de los presupuestos locales, dándoles a los gobiernos la máxima autoridad en el manejo de los recursos financieros.

De esta forma se combinó la voluntad política y las necesidades territoriales para desarrollar en nuestro país una potente red de instituciones de salud, dotada de la más moderna tecnología médica.

En el sistema presupuestario de Cuba, se combina la adecuada dirección centralizada del sistema con el reconocimiento y otorgamiento de facultades y derechos a los órganos Locales del Poder Popular.

La tercera parte de los gastos del Presupuesto del Estado en Cuba, son financiados directamente a partir de los Presupuestos Locales, lo cual da la medida del peso considerable que representan los recursos administrados descentralizadamente por los Órganos Territoriales de Gobierno. Estos incluyen la casi totalidad de los gastos de educación, salud, asistencia social, comunales, etc.

Las técnicas de presupuestación que se utilizan en Cuba son:

- Método de análisis económico.
- Método de coeficientes.
- Método de balance.
- Método normativo.

El método que se utiliza en salud pública es el normativo.

#### *Método normativo*

Los gastos corrientes de la actividad presupuestada, se clasifican por ramas, que a su vez se dividen en grupos presupuestarios de acuerdo con las características de

cada actividad, incluyendo los grupos comunes a todas las actividades.

El grupo es el nivel inferior del clasificador presupuestario de gastos, constituye un eslabón básico de singular importancia para la planificación, ejecución y control de los gastos corrientes de la actividad presupuestada. Los grupos, según la forma en que se planifican los gastos, se dividen en *normados* y *no normados*.

El cálculo de los gastos de los grupos normados se efectúa sobre la base de los niveles de actividad o indicadores de cálculo, y las normas unitarias de gastos o gastos unitarios, se obtienen al dividir la ejecución de gastos del periodo entre los niveles de actividad.

En el caso de los grupos no normados, el cálculo de gastos se efectúa sobre la base siguiente: ejecución histórica, aplicación de una tasa de crecimiento y conocimiento con antelación de nuevas actividades o instituciones que generen gastos, así como ejecución no repetitiva. En el caso de salario, se determina sumándole a la ejecución los graduados y disminuyéndole el por ciento de ausentismo.

En el sector salud, la planificación de los grupos normados, responde a los niveles de actividad solo en los epígrafes de alimentos, medicamentos y afines y otros gastos fundamentales, el resto del plan se elabora sobre la base de las ejecuciones reales obtenidas en periodos anteriores. El salario se determina de la siguiente forma: a la ejecución estimada del año se le suman los graduados, el completamiento de plantilla y la variación del personal en curso, y se le restan las bajas de personal y el ausentismo.

Como grupos normados, en la actividad de salud clasifican solamente los hospitales, el resto de las unidades constituye grupos no normados (no responden a nivel de actividad alguno), ejemplo: policlínicos, clínicas estomatológicas, hogares, etcétera.

Para la elaboración del anteproyecto del presupuesto en el sector, se utiliza la metodología conjunta establecida por el Ministerio de Finanzas y Precios y el Ministerio de Salud Pública.

Se planifican por el departamento de política de salud los servicios y tipos de unidades con los niveles de actividad (días pacientes), este nivel de actividad se multiplica por las normas de gastos, y da como resultado el plan de los epígrafes normados al cual se le suma el resto de los gastos (no normados). Para la distribución del presupuesto, se utilizan las mismas bases de su elaboración.

*Elementos que deben tenerse en cuenta para que el presupuesto sea efectivo*

- Estar estrechamente coordinado con la administración y los sistemas de control.
- Debe contarse con un óptimo Sistema de Costos que acumule y proporcione datos.
- En la planeación del presupuesto deben participar funcionarios que conozcan su responsabilidad y que actúen para lograr los objetivos.
- Debe contarse con diferentes niveles de actividad que permitan medir de forma eficiente los resultados.

Actualmente se trabaja en perfeccionar la forma de elaboración del presupuesto a través de:

- Elaboración de fichas de costos.
- Perfeccionamiento de la metodología del sistema de costo actual.
- Diseño de Sistema Automatizado para la elaboración del presupuesto por áreas de responsabilidad.

*Ejemplo práctico:* Los gastos y nivel de actividad de un centro hospitalario en el año 2002, fueron los siguientes:



## Ejecución de gastos

<i>Grupo</i>	<i>Otros gastos</i>	<i>Alimentos</i>	<i>Medicamentos</i>
Hosp. Clínico Quirúrgico 13.01.02	\$264 000.00	\$50 300.00	\$201 192.00

Nivel de actividad

Días pacientes: 16 766

Se solicita que se determine el presupuesto de otros gastos (grupos normados) del año 2003, y se proyecte un nivel de actividad de 18 543 días pacientes.

1. Cálculo de las Normas Unitarias de Gastos del año 2002.

*Gastos / nivel de actividad*

Alimentos:	$\$ 50\,300.00 / 16\,766 = \$ 3.00$
Medicamentos:	$201\,192.00 / 16\,766 = 12.00$
Otros gastos:	$264\,000.00 / 16\,766 = 15.75$

2. Presupuesto de otros gastos por conceptos.

Norma Unitaria de gasto del año 2002 x nivel de actividad que *se proyecta*

Alimentos:	$\$ 3.00 \times 18\,543 = \$ 55\,629.00$
Medicamentos:	$12.00 \times 18\,543 = 222\,516.00$
Otros gastos:	$15.75 \times 18\,543 = 292\,052.25$

3. Presupuesto total de otros gastos (grupos normados) del año 2003.

*Suma de otros gastos por conceptos.*

Alimentos:	\$ 55 692.00
Medicamentos:	222 516.00
Otros gastos:	292 052.25
Total:	\$ 570 197.25

## III.6 Sistema nacional de contabilidad

### III.6.1 Origen y objetivo

La contabilidad registra, clasifica y resume en términos monetarios las operaciones económicas que acontecen en una entidad y, por medio de ella, se interpretan los resultados obtenidos, lo que representa un medio efectivo para la Dirección de la entidad.

A partir del año 2010 se realizan algunos cambios en el Sistema de Contabilidad de las Unidades Presupuestadas en busca de su perfeccionamiento, considerando los siguientes aspectos:

- La contabilidad tiene su base fundamental en las siguientes resoluciones:
  - Res. No. 298/10 que pone en vigor el Clasificador por Objetos de Gastos del Presupuesto del Estado.
  - Res. No. 314/10 que pone en vigor la Norma Específica de Contabilidad para la Actividad Presupuestada sobre la Presentación de los Estados Financieros.
  - Res. No. 315/10 que pone en vigor el Nomenclador de Cuentas de la Contabilidad Gubernamental.
- Para el año 2011 se toman decisiones por la Dirección de Política Contable en el país entre las que se encuentran:
  - Eliminar las cuentas de orden y utilizar una combinación entre las cuentas de gastos patrimoniales y el movimiento de cuentas reales para la ejecución presupuestaria, incluyendo la simplificación de los clasificadores presupuestarios.
  - Ordenamiento de las cuentas bancarias que administran los órganos y organismos.
  - Estados Financieros Preformas.

- Por tanto surgen nuevas Resoluciones:
  - Res. No. 401/2011 que pone en vigor el Clasificador por Objetos de Gastos del Presupuesto del Estado.
  - Res. No. 402-2011, pone en vigor el Nomenclador de Cuentas de la Contabilidad Gubernamental.
  - Res. No. 434-2011 que pone en vigor la Norma Específica de Contabilidad para la Actividad Presupuestada sobre la Presentación de los Estados Financieros.
- Cambio del devengo presupuestario:
  - Devengo de los gastos en función de la *corriente real de bienes y servicios* con independencia de cuándo se produzca la corriente monetaria o financiera.
  - Solo tendremos Contabilidad Patrimonial.
  - Se modifican las normas cubanas de contabilidad para la actividad presupuestada y un significativo grupo de normas presupuestarias.
- Clasificador de cuentas contables.
  - Se mantiene la diferenciación en el análisis de las cuentas de gastos:
    - Actividad Presupuestada.
    - Plan Turquino.
    - Otras entidades.
- Clasificador por Objeto del Gasto.
 

Se confecciona:

  - Según lineamientos del costo.
  - Partida – Elemento – Subelemento.
  - Nivel de definición.
  - Centralizado por el MFP, Partida y Elemento.
  - Descentralizado Subelemento.
  - Partidas: 7.
  - Elementos: 32.

- Se elimina el Clasificador de Grupos Presupuestarios y se contabiliza:
  - Por los centros de costos identificados por las Unidades Presupuestadas.
  - Utilizar el Nomenclador de Actividades Económicas.
  - Clase como subcuentas.
  - Se eliminan grupos comunes y se crean cuentas de gastos para:
    - Desastres-cuenta 873 Actividad Presupuestada y cuenta 874 Plan Turquino.
    - Proyectos-cuenta 825 Actividad Presupuestada y cuenta 826 Plan Turquino.
    - Eventos-cuenta 867.
- Análisis de los Gastos de Capital
  - Contabilidad Patrimonial por avance de obra.
  - Compra de Activos Fijos tangibles e Intangibles.
- Estados Financieros que tendrán un formato fijo y se pondrán vigentes por resolución de las Normas Específicas de la contabilidad.
  - Estado de Situación.
  - Estado de Resultado.
  - Estado de Gastos.
  - Inversiones y Donaciones.
  - Estado de Disponibilidad.

Para el año 2013 se detectaron elementos que necesitan ser modificados o incorporados, por lo que resulta necesario actualizar el Nomenclador y Clasificadores de Contabilidad Gubernamental y consecuentemente derogar las Resoluciones No.401, 402, y 434 del 2011, e implementar:

- Resolución 472-2012, pone en vigor el Nomenclador de Cuentas de la Contabilidad Gubernamental
- Res. No 479/2012 que pone en vigor el Clasificador por Objetos de Gastos del Presupuesto del Estado.

- Res. No. 486-2012 que pone en vigor la Norma Específica de Contabilidad para la Actividad Presupuestada sobre la Presentación de los Estados Financieros.

*¿Qué facilita la contabilidad?*

- La toma de decisiones, ya que constituye una eficaz herramienta de dirección.
- La planificación y control de las operaciones.
- Las coordinaciones de las actividades desarrolladas.
- La información a los interesados externos, al consejo de dirección y al colectivo de trabajadores.
- La exigencia por parte de la administración y el análisis de la eficiencia y del control de los recursos asignados por el Estado.
- La formación, complementación y aplicación de las normas de administración.

La contabilidad no constituye un fin en sí misma, sino que representa un medio para poder llegar a obtener la información requerida para la dirección de la entidad.

*¿Con qué otras disciplinas se relaciona la contabilidad?*

- Economía. Por formar parte de esta.
- Estadística. Tiene en cuenta series históricas.
- Derecho. Debe conocer Legislación de derecho laboral, fiscal, civil, mercantil, para saber las leyes que regulan esta.

Nuestra práctica contable debe caracterizarse por:

- La eliminación de toda rigidez posible, que permita una adaptabilidad total a las condiciones específicas de cada entidad.
- Permitir una adecuada comunicación con otros países, y adoptar una terminología afín a la práctica contable más difundida.
- Eliminar el excesivo tutelaje en materia de registro contable y posibilitar a los profesionales de la contabilidad la opción de analizar y decidir sobre la real naturaleza

económica de cada hecho y sobre sus formas más racionales de registro, a partir de un conjunto de instrumentos básicos y la observancia de los principios de contabilidad generalmente aceptados.

Para dar respuesta a los objetivos básicos anteriores, se han instrumentado principios para tener en cuenta en el Registro Contable.

### **III.6.2 Los principios de contabilidad**

Los principios de contabilidad están llamados a preservar la coherencia metodológica del trabajo contable y a garantizar el control interno de las operaciones desarrolladas en cada entidad, y son de obligatorio cumplimiento.

A continuación se enumeran los principios que se establecen en la práctica contable de nuestro país.

#### *Principio de registro*

Regula cómo deben registrarse los hechos económicos que acontecen en una entidad y dan lugar a las diferentes operaciones. Todo hecho económico de una entidad hay que registrarlo. Ejemplo, la utilización de recursos.

#### *Principio de uniformidad*

Establece la obligatoriedad de lograr que toda la información contable debe ser igual en todo el país y de esta forma poder efectuar la comparación de las informaciones contables obtenidas.

#### *Principio de exposición*

Establece reglas para la presentación, agrupación y ordenamiento de las cuentas contables en los estados financieros.

#### *Principio de periodo contable*

Las operaciones económicas así como los efectos de ellas derivados, se contabilizarán de forma tal que se corres-

pondan con el periodo económico en que ocurren, para que las informaciones contables muestren con claridad el periodo a que estas corresponden y pueda determinarse el resultado de cada ejercicio económico.

Las normas de valoración y exposición constituyen una referencia normativa, por intermedio de la cual se registran los hechos económicos y financieros sobre bases predefinidas y permanentes que aseguran la transparencia de la gestión de la entidad. Conceptualmente el contenido básico de las cuentas que conforman los estados contables, está destinado a cinco grupos: activos, pasivos, patrimonio, ingresos y gastos.

*Activos.* Lo integran el conjunto de bienes y derechos cuantificables derivados de transacción o de hechos propios de la entidad, capaces de financiar actividades económico-financieras, razonablemente proyectadas.

*Pasivos.* Obligaciones simples o documentadas provenientes de la adquisición de bienes y servicios vinculados con la actividad de la entidad, adquiridos para su consumo o venta sin transformación, o para su procesamiento y posterior consumo o venta.

*Patrimonio.* Conceptualmente constituye la diferencia existente entre el total de los activos de una entidad estatal y el total de sus pasivos.

*Ingresos.* Se registra el importe de los ingresos que obtiene la unidad presupuestada en el desarrollo de su actividad.

*Gastos.* Se registra el importe de los gastos por consumo material, salario, servicios recibidos y cuantos más sean necesarios para el desenvolvimiento de sus actividades.

*Ecuación básica de la contabilidad*

Activo - Pasivo = Capital

$A = P + C$

En la ecuación básica se refleja el movimiento de las diferentes operaciones que acontecen en la entidad.

Ejemplo práctico:

La entidad X a inicios de año tiene la siguiente dotación:

Efectivo en banco	—————	\$60 000.00
Edificio	—————	\$20 000.00
Inventarios	—————	\$20 000.00

1. El día 5 de enero adquiere mercancías a crédito al proveedor Z ascendentes a \$35 000.00.

2. El 11 de enero paga mediante cheque la deuda contraída con el proveedor Z. Se solicita que exprese en la ecuación básica los hechos económicos antes mencionados.

• Por la dotación de inicio de año:

$$A = P + C$$

Efectivo en Banco + Edificio + Inventarios = Capital

$$\$60\,000.00 + 20\,000.00 + 20\,000.00 = \$100\,000.00$$

La suma de todos los medios (activos) es igual al Capital.

• Por la adquisición de mercancías a crédito \$35,000.00.

$$A = P + C$$

Efectivo en Banco + Edificio + Inventarios =  
Cuentas por pagar + Capital

$$\$60\,000.00 + 20\,000.00 + 55\,000.00 =$$

$$\$35\,000.00 + 100\,000.00 = \$135\,000.00$$

Aumentan los activos en el concepto de inventarios y aumentan los pasivos por las obligaciones adquiridas a corto plazo (cuentas por pagar).

• Por el pago de la deuda contraída con el proveedor Z, ascendente a \$35 000.00.

$$A = P + C$$

Efectivo en Banco + Edificio + Inventarios =  
Cuentas por Pagar + Capital



$$\begin{aligned} & \$25\,000.00 + 20\,000.00 + 55\,000.00 = \\ & \quad 0 + \$100\,000.00 \\ & \$100\,000.00 = \$100\,000.00 \end{aligned}$$

Disminuyen los activos en el concepto de Efectivo en Banco al pagarse la deuda contraída y se elimina la deuda pendiente del Pasivo en las cuentas por pagar.

## **III.7 El Costo**

### **III.7.1 La Eficiencia en el sector de Salud**

La Eficiencia de los servicios de salud se enfoca desde los puntos de vista económico, médico y social, es el aporte positivo que brindan estos servicios de salud a la economía nacional al utilizar los recursos racionalmente con los menores gastos y manteniendo la calidad de la atención. La eficiencia médica está dada por la calidad del servicio de salud prestado; y la social radica en el impacto que tiene sobre la sociedad.

El Sistema de Costo o de información gerencial constituye uno de los criterios fundamentales en la evaluación de la Eficiencia Económica. Tiene su principal campo de aplicación en las unidades de servicio de salud y constituye uno de los instrumentos más importantes utilizados en la programación y gerencia de los Servicios de Salud.

Para la valoración de la Eficiencia Económica en la utilización de los recursos empleados, se hace necesario conocer su costo. Este se expresa a través del valor en pesos, como resultado de la Ejecución del Presupuesto de Gastos Corrientes. Es precisamente el Sistema de Costos uno de los instrumentos más efectivos para identificar el grado de aprovechamiento de los recursos utilizados por el personal de salud, a partir de que su aplicación

está regida por el principio de que el paciente debe recibir todo cuanto sea necesario para restablecer su salud.

Es necesario destacar que los Costos constituyen el basamento fundamental, para la batalla por la Eficiencia Económica, pues ellos resumen, en última instancia, el grado de utilización de la fuerza de trabajo y de los recursos materiales y financieros asignados.

### **III.7.2 Contabilidad de Costos**

La contabilidad registra, clasifica y resume en forma propia y en términos monetarios las operaciones económicas que acontecen en cualquier entidad o empresa. Por medio de ella se interpretan los resultados obtenidos, por lo que representa un medio efectivo y eficiente para la dirección.

Se clasifica en:

- Contabilidad financiera.
- Contabilidad de costos.
- Contabilidad de gestión.
- Contabilidad presupuestada.

La Contabilidad de Costos se relaciona, general y fundamentalmente, con la acumulación, interpretación y análisis de información de costos, para su uso interno por parte de los directivos en la planeación, el control y la toma de decisiones.

Tanto la planeación como el control se relacionan con la toma de decisiones, que significa escoger entre diversas acciones alternativas. Las decisiones son más fructíferas cuando se basan en un juicio cuidadoso y no en conjeturas o ideas atropelladas. Por tanto, la contabilidad tiene como papel principal suministrar la información para ayudar a la administración; ello significa que debe ser la información adecuada, en forma correcta y en el momento oportuno.

La contabilidad de Costos tiene como finalidad proveer la información requerida para las operaciones de planificación, registro y control, cálculo y análisis, salvaguardando los activos de la organización y estableciendo comunicaciones con las partes interesadas ajenas a la empresa.

Esta contabilidad cubre tres fases de trabajo:

- Instalación de un sistema para obtener los costos por unidad del material, mano de obra y los gastos indirectos.
- El trabajo de registrar la información necesaria en este sistema.
- Interpretar la información obtenida de este sistema con el fin de reducir los costos de fabricación por cada unidad.

La razón fundamental para tener un sistema de contabilidad de costos, es reducir los costos de material, mano de obra y otros gastos a la cifra más baja posible por unidad, manteniendo la calidad de la producción o del servicio.

### **III.7.3 El Costo en los Servicios de Salud**

El Costo es el conjunto de indicadores que permiten evaluar la eficiencia económica en la institución, pues se necesita saber cuánto le cuesta a la misma realizar las actividades que le son inherentes, de acuerdo con su nivel de atención. Así pues, se refleja el nivel de actividad alcanzado, el grado de eficiencia con que se utilizan los activos circulantes, así como la óptima utilización de medicamentos y otros recursos materiales.

La complejidad de los Costos está determinada por las múltiples y diversas acciones que ocurren en las diferentes actividades de salud. Lo que determina la necesidad de que cualquier Sistema de Costos que se implante, esté totalmente integrado al registro contable.

Esto implica que la aplicación de los Costos tenga rigor técnico; pues necesariamente tiene que existir concordancia entre la sumatoria de los Costos totales de las actividades finales de la institución, con respecto al total de gastos contabilizados como ejecución del presupuesto en y hasta el período que se informa.

Dado el incremento en los montos de las inversiones en nuevas unidades y equipamiento, así como en las cuantías destinadas a las acciones de salud, cada día reviste mayor importancia la necesidad de conocer los Costos de diferentes tipos de instituciones de salud.

Los Costos en la Salud constituyen un instrumento de trabajo de la gestión administrativa, tanto para la institución, como para los diferentes niveles del Sistema Nacional de Salud como organización. La necesidad de su conocimiento se fundamenta, entre otros, en los aspectos siguientes:

- Conocer con precisión la relación entre las acciones de salud y su costo.
- Mejorar el aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros.
- Tomar decisiones oportunas para la corrección de desviaciones en la ejecución del Presupuesto.
- Establecer políticas para lograr mayor eficiencia de la gestión de la entidad.
- Poder fundamentar debidamente normas financieras y de gastos por tipo de institución.
- Evaluar la utilización de recursos escasos o deficitarios.
- Elaborar índices necesarios al proceso de Planificación.
- Confeccionar anteproyectos de presupuestos más adecuados basados en el estudio del comportamiento de los costos de los diferentes servicios hospitalarios.

La formación de los Costos en Salud ha venido perfeccionándose y acrecentándose gradualmente en el transcurso de su aplicación, de acuerdo con los modos prácticos

y al aportes de especialistas y profesionales de las distintas entidades del Sistema Nacional de Salud. Los Costos en Salud constituyen un instrumento metodológico en las diferentes actividades del Sistema Nacional de Salud. Posibilitar, mediante el conocimiento de los costos reales, la toma de medidas oportunas, para obtener el máximo de eficiencia en la ejecución presupuestaria y elevar la eficacia de la gestión económica. Permite, a nivel de dirección, evaluar económicamente a las entidades, al propio tiempo de elaborar y fundamentar índices para mejorar el proceso de la planificación financiera, facilitarles información acerca de las acciones que en cada área de trabajo se ejecutan, dándoles participación en los análisis de los resultados.

### **III. 7.4 El Sistema de Costos Hospitalario**

El Sistema de Costos es uno de los instrumentos más efectivos para identificar el grado de aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros. Por esta razón, su adecuada utilización es parte importante del trabajo que debe desarrollarse para conocer la eficiencia con que se brindan los servicios de salud.

El Sistema de Costos para hospitales tiene los siguientes objetivos:

- Posibilitar a la institución hospitalaria, mediante el conocimiento de los Costos reales de sus acciones, tomar las medidas que se requieran para elevar la eficiencia de su gestión.
- Permitir a los diferentes niveles de dirección del Sistema Nacional de Salud, mediante el conocimiento de los costos de las diferentes acciones que se ejecutan por los hospitales, controlar económicamente su actividad así como fundamentar normas y elaborar índices que permitan mejorar el proceso de planificación de estas instituciones.

- Llevar a los dirigentes y trabajadores la educación económica necesaria, informándoles cuánto cuestan las acciones que en su área de trabajo se ejecutan y darles participación para el análisis de los gastos.

Todo Sistema de Costos, tiene como finalidad adecuar los principios generales establecidos por el Sistema de Dirección y Planificación de la Economía, a las características particulares de cada actividad económica.

En Salud Pública al igual que en cualquier otra rama de la economía nacional, el trabajo económico, particularmente en la definición de los costos, debe basarse en la Ley de la Planificación Óptima. Esta ley en su formulación plantea en esencia, obtener en interés de la sociedad los mejores resultados con el mínimo de gastos, o sea, aquellos gastos socialmente necesarios. Esto significa que las instituciones hospitalarias en su gestión, deben ser capaces de mantener un régimen de economía de los recursos de todo tipo a ellas asignados.

### **III.7.5 Clasificación de los Costos en los Servicios de Salud**

La Contabilidad de Costos clasifica a los mismos de diferentes maneras, de acuerdo con la finalidad que se persiga con su estudio. No obstante, a continuación solo se considerarán aquellos costos, que realmente tengan o puedan tener en un futuro relación con los servicios en salud. *Clasificación de los Costos en los Servicios de Salud:*

LOS COSTOS DE ACUERDO CON:	PUEDEN CLASIFICARSE EN:
El fin	<b>Costo Real.</b> Refleja los recursos gastados para efectuar una determinada actividad. Ejemplo: Campaña de Vacunación.
	<b>Costo de Mercado</b> (precio). Representa el precio en que se compra y se vende. Varios productos pueden tener un costo de mercado superior o inferior al costo real. Ejemplo: el valor de un medicamento que se vende en una farmacia. Costo /Tarifa de una Consulta de Morbilidad en un Centro de Salud.
La identificación del servicio	<b>Costos directos.</b> Son los identificados con un producto o servicio determinado de manera directa. Generalmente pueden considerarse como tales, aquellos gastos originados por: alimentos, medicamentos y materiales afines, salario más el 9,09 %, contribución a la seguridad social a largo plazo 12,5 %, impuesto sobre la utilización de la fuerza de trabajo 25 %, depreciación de Activo fijo tangible y vestuario y lencería y también, aquellos servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.
	<b>Costos directos.</b> Son los identificados con un producto o servicio determinado de manera directa. Generalmente pueden considerarse como tales, aquellos gastos originados por: alimentos, Medicamentos y materiales afines, salario más el 9,09 %, contribución a la seguridad social a largo plazo 12,5 %, impuesto sobre la utilización de la fuerza de trabajo 25 %, depreciación de Activo fijo tangible y vestuario y lencería y también, aquellos servicios y otras obligaciones que puedan asociarse de forma directa a la actividad que se ejecuta.
	<b>Costos indirectos.</b> Son aquellos gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades; y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de quienes lo reciben. Generalmente pueden considerarse como: agua, teléfono, electricidad, lavandería, el salario del personal administrativo en un Centro de Salud.

La duración	<p><b>Costos de capital.</b> Son aquellos recursos de larga duración conocidos también como Activos Fijos. Ejemplo: Edificios, muebles, equipos, computadoras, vehículos.</p>
	<p><b>Costos de operación o recurrentes.</b> Los que se consumen o gastan durante la producción de un bien o servicio y por lo tanto, se adquieren regularmente. Ejemplo: salarios, medicamentos, combustible, electricidad, alimentos, papelería.</p>
Al comportamiento	<p><b>Costos fijos.</b> Son aquellos que no varían aunque los niveles de la actividad cambien. Ejemplo: el sueldo de los profesionales.</p>
	<p><b>Costos variables.</b> Son aquellos que varían de acuerdo con los niveles de la actividad. Los costos variables están en relación directa con la cantidad de bienes o servicios producida. Ejemplo: los medicamentos utilizados para tratar la tuberculosis tendrán una variación que depende del número de pacientes atendidos.</p>
	<p><b>Costos fijos de amortización.</b> Son los costos de depreciación de los bienes (AFT). Ejemplo: el costo de un refrigerador.</p>
	<p><b>Costo total.</b> Es el costo total, es la suma de los costos fijos y variables incurridos para producir un bien o servicio. Ejemplo: el valor total de una campaña de vacunación; también, los gastos directos e indirectos.</p>
	<p><b>Costo promedio o unitario.</b> Es el valor medio de producir un bien o servicio y resulta de dividir el costo total entre el número total de productos o acciones. Ejemplo: en una campaña de vacunación, el costo promedio de cada dosis aplicada.</p>
	<p><b>Costo marginal.</b> Es el costo de producir una unidad de actividad o servicio adicional.</p>
De acuerdo con tipo de sacrificio incurrido	<p><b>Costo oportunidad.</b> Es aquel en que se incurre por tomar una decisión en lugar de otra. En esta decisión hay un costo que no implica salida de efectivo. Si con un presupuesto dado es posible realizar la provisión de un servicio A o B, pero no los dos, el costo de proveer A es el que se sacrifica en no proveer B. Ejemplo, el costo en que incurre el médico al no atender su consultorio por asistir a un curso de superación.</p>



### *Clasificación de los Centros de Costos*

Un Centro de Costo hospitalario es una unidad lógica de trabajo de costo y representa una actividad homogénea donde existe una acumulación de gastos y puede coincidir con una estructura de departamentos o subdivisiones de este, identificados con determinados servicios o actividades.

Para el MINSAP en Cuba, se ha establecido el Sistema de Costos en Hospitales con la clasificación siguiente:

Los centros de costos se dividen	Servicios Generales y Administrativos	
	Auxiliares	
	Finales	Centros Médicos - Asistenciales
		Centros de Docencia e Investigación
		Otros Centros finales

*Los Centros de Servicios Generales y administrativos* están constituidos por todas aquellas dependencias que cumplen con funciones de dirección y administración, de aseguramiento material y de servicios no médicos ni paramédicos; que colaboran de esta manera con el resto de los Centros de Costos. Su composición sería:

- Agua
- Electricidad
- Teléfono
- Caldera
- Oxígeno
- Transporte
- Áreas Administrativas
- Pantry, Comedor, Cocina

- Lavandería-Ropería
- Otros Servicios Generales
- Registros Médicos

*Los Centros Auxiliares* lo conforman aquellos que cooperan con los denominados médico-asistenciales en la prestación de atención a los pacientes (sean estos ambulatorios u hospitalizados), así como con los de Docencia e Investigación en la ejecución de sus acciones. Su orden sería:

- Jefatura de Enfermería
- Servicio Social
- Central de Esterilización
- Farmacia
- Servicio de Transfusiones
- Anatomía Patológica
- Parto
- Laboratorios, Rayo X, Ultrasonidos y Ergoterapia.

*Los Centros Finales* son aquellos que representan la actividad fundamental: médico asistencial, docente e investigativa, entre otras.

*Los Centros Médicos – Asistenciales* son aquellos en los que su actividad está dirigida hacia la atención directa de los pacientes, comprenden tanto a los servicios de hospitalización como a los servicios externos que brinda la institución.

*Los Centros de Docencia e Investigación* son aquellos que pueden ser identificados fundamentalmente en función de estas actividades; a diferencia de otros centros donde la investigación y la docencia pueden estar presentes, pero no como objetivo principal.

*Los Otros Centros Finales* son aquellos que no se corresponden con actividades desarrolladas por los centros anteriormente definidos.

Se relacionan los *Centros de Costos Finales* en el orden siguiente:

- Salas de hospitalización.
- Cuerpo de Guardia.
- Consulta externa en el hospital.
- Consulta externa fuera del hospital.
- Docencia Médica.
- Escuela de Enfermería o Politécnico, según sea el caso.
- Gastos de Superación Técnico-Profesional.
- Gastos de Reparaciones y Mantenimiento Constructivo con terceros.
- Gastos ajenos a la actividad.
- Auxiliares y de administración.

*Costo unitario*

El importe total del Costo acumulado en un periodo dado en un centro de costo, dividido entre la cantidad de acciones que por el mismo se han brindado, permite conocer el *costo unitario*. Ejemplo: Los gastos del Laboratorio Clínico entre el total de análisis realizados en un trimestre.

*Nivel de actividad*

Es el número de acciones que se realizan en un determinado Centro de Costo o servicio. Ej. Análisis realizados y consultas.

*Base de distribución*

Es el fundamento en que debe apoyarse para distribuir la asignación de los gastos hacia otros centros que reciben sus servicios (puede expresarse en unidades físicas o en valor o forma de relación porcentual, según el grado de utilización de los servicios).

La importancia de una adecuada selección de la base que se debe utilizar en cada centro, radica en que la misma será más eficiente para el trabajo de Costos, en la medida que se corresponda más estrechamente con las actividades representativas que desarrolla la parte de la estructura organizativa abarcada por el Centro de Costo.

### *Costos por enfermedad*

El costo por enfermedad es una herramienta de control por excepción, en el cual se determina el costo de aquellas enfermedades que pueden esclarecer el comportamiento de los resultados en un determinado servicio. Dirigido hacia la gerencia, permite analizar en su núcleo la evaluación de desempeño y procederes, confirmado en una estructura analítica de evaluación. Es importante individualizar para cada enfermedad el costo de cada uno de los recursos evaluados.

Esta disciplina provee de herramientas para la toma de decisiones y contribuye a articular las prioridades epidemiológicas con la realidad económica al seleccionar la mejor opción para la asignación de los recursos disponibles.

Difiere del término “costos de atención a la salud”, que significa el costo que implica para la sociedad el suministro de servicios relacionados con los cuidados de la salud y no el impacto personal sobre los individuos.

Se considera el centro de asistencia sanitaria u hospital como una empresa multiproductiva que ofrece distintos servicios, definidos por el tratamiento específico de las enfermedades.

Dentro de los lineamientos de la política económica, está el referido a establecer costos específicos por enfermedades y de esta forma se podrían racionalizar los gastos del sistema sanitario del país, pero manteniendo lógicamente los niveles máximos de calidad.

El estudio en general del costo por patología, se basa en tres pilares fundamentales:

- La constitución de una nomenclatura de grupos homogéneos de enfermedades.
- Mantener el nivel óptimo de la calidad del servicio en el tratamiento de las enfermedades.
- Y elaborar estándares de costos para cada enfermedad.

La estimación del Costo por enfermedad en el mundo actual, está alcanzando cada vez mayor importancia. Algunas de las razones son las siguientes:

- Son métodos para demostrar el impacto económico de la enfermedad en la sociedad.
- Deberían ser considerados conjuntamente con las estimaciones de mortalidad y morbilidad asociadas a dicha enfermedad porque permiten la comparación entre las diferentes enfermedades y conocer la distribución de los costos entre los distintos tipos de recursos empleados.
- Identifican los recursos utilizados en los diferentes niveles de evolución de una enfermedad, y permiten establecer comparaciones entre instituciones o regiones cuando se utiliza de forma simultánea una misma metodología para el cálculo de los costos.

El sistema de costo por enfermedad constituye una forma cualitativamente superior en la evaluación económica de las acciones de salud.

*La asistencia médica en Cuba* tiende al establecimiento de protocolos de las conductas médicas, en busca de una mejor calidad de atención y optimización del empleo de los recursos disponibles (humanos, físicos y tecnológicos). A partir de estos protocolos se puede llegar a determinar modelos teóricos o de referencia de los distintos procedimientos utilizados en el tratamiento de cada enfermedad.

La finalidad de la determinación del costo por enfermedad, es alcanzar un nivel determinado de efectividad con un costo óptimo, así como determinar patrones de conductas en el tratamiento integral de la enfermedad.

### III.7.6 Técnicas para la determinación del Costo por Enfermedad

El Sistema de Costo por enfermedad es una extensión del Sistema de Costo que se ha implantado en el Sistema Nacional de Salud. Su aplicación surge de la colaboración entre la Dirección Nacional de Contabilidad del MINSAP y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). El método se sustenta en la determinación de un promedio de unidades físicas de servicios y días de hospitalización de una enfermedad dada.

Este promedio se construye a partir de la determinación de una muestra significativa de las historias clínicas de los casos que presentan las enfermedades seleccionadas en un periodo previamente definido.

La utilización de los resultados parte de las enfermedades más frecuentes o costosas y de ahí su mayor incidencia e importancia. Una vez efectuado el estudio de la muestra y determinado el promedio de cada enfermedad, se valoran las cantidades de servicios utilizando el sistema de costo actual.

En esencia, este método permite:

- Comunicación plena con el área médica a través de la composición física y monetaria de cada enfermedad.
- Evaluar la conducta médica con el nivel de calidad deseado.
- Obtener información deseada por el grupo asistencial.

La metodología de Costos por Enfermedad plantea que para el desarrollo del estudio de los costos de una determinada enfermedad, se puede proceder de la siguiente manera:

- *Conformación de un equipo de trabajo.* Deberá estar integrado por el director, especialistas y residentes según la patología, estadístico y económico del hospital.

- *Definición de la muestra.* Resulta fundamental la participación del área de estadística médica para la determinación del tamaño de la muestra, lo cual se efectuará mediante un método estadístico riguroso según demande este trabajo.
- *Selección de las historias clínicas y llenado de las encuestas.* Las encuestas serán elaboradas con letra legible y deben reflejar con claridad la información que en la misma se pide, teniendo en cuenta la unidad de medida establecida para cada caso. En cuanto a los medicamentos, se tomarán los suministrados según la hoja de cumplimiento de enfermería.
- *Formulario para la determinación de los promedios.* Estas se utilizarán de acuerdo con las agrupaciones efectuadas en las hojas de trabajo. Son los siguientes:

$$\text{Promedio de estadía} = \frac{\text{Estadía total}}{\text{No. de casos estudiados}}$$

$$\text{Promedio de exámenes por paciente} = \frac{\text{Total de exámenes}}{\text{No. de casos estudiados}}$$

$$\text{Promedio de medicamentos por pacientes} = \frac{\text{Gasto total de medicamentos}}{\text{No. de casos estudiados}}$$

$$\text{Promedio de análisis por paciente} = \frac{\text{Total de análisis}}{\text{No. de casos estudiados}}$$

$$\text{Promedio de horas quirúrgicas por paciente} = \frac{\text{Total de horas}}{\text{No. de casos estudiados}}$$

Los resultados de estas divisiones se aproximarán a un decimal, en los casos en que el resultado sea inferior a 0,5, no se tomará en cuenta para el estudio.

Para determinar el Costo Unitario de Hospitalización cuando en la enfermedad seleccionada intervienen casos de diferentes salas, se determina un costo promedio mediante la sumatoria de los Costos totales y los días pacientes de las salas que participan; es importante tener presente para el cálculo de dicho costo las deducciones que se realizarán de aquellos centros, que intervienen en la determinación del Costo por Patología.

### **III.8 Sistema de Control Interno**

Los lineamientos del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, abordan las nuevas condiciones en que opera la economía, con un mayor grado de descentralización y más vinculados a las exigencias de la competencia internacional, el control oportuno y eficaz de la actividad económica es esencial para la dirección a cualquier nivel, y precisa como condición indispensable en todo proceso de transformaciones, que el control del uso eficiente de los recursos sea interno al mecanismo de gestión y no dependa únicamente de comprobaciones externas.

Para el Sistema Nacional de Salud (SNS) el logro de las fuentes de financiamiento y los niveles de gastos, no significa un problema; el mismo radica en cómo utilizar racionalmente los recursos humanos, materiales y financieros que le asigna el Estado. Por lo que requiere optimizar los mecanismos de control y ahorro para perfeccionar la toma de decisiones en la asignación de recursos a las acciones médicas, a fin de propiciar, mantener e incrementar la eficiencia y equidad en la producción de bienes y servicios de salud.

En la Resolución No. 60/11 en el primer por cuanto se expone: Por la Ley No. 107, aprobada el 1ro. de agosto



de 2009 por la Asamblea Nacional del Poder Popular, se crea la Contraloría General de la República, la que tiene entre sus funciones específicas, según lo establecido en el Artículo 31 inciso l), normar, supervisar y evaluar los sistemas de control interno y formular las recomendaciones necesarias para su mejoramiento y perfeccionamiento continuo.

Definición del *Sistema de Control Interno*: El control interno es el proceso integrado a las acciones con un enfoque de mejoramiento continuo, extendido a todas las actividades inherentes a la gestión, efectuado por la dirección y el resto del personal; se implementa mediante un sistema integrado de normas y procedimientos, que contribuyen a prever y limitar los riesgos internos y externos; proporciona una seguridad razonable para el logro de los objetivos institucionales y una adecuada rendición de cuentas.

Cada órgano, organismo, organización y entidad, diseña, armoniza, implementa y autocontrola de forma sistemática de acuerdo con su misión, visión, objetivos, estrategias fundamentales, características, competencias y atribuciones, en correspondencia con lo establecido en la Ley No. 107 y valida el Sistema de Control Interno de las dependencias que le están subordinadas, de acuerdo con su estructura.

En la Resolución en su sección primera, se relacionan los principios básicos:

- *Legalidad*. Los órganos, organismos, organizaciones y entidades dictan normas legales y procedimientos en correspondencia con lo establecido en la legislación vigente, para el diseño, armonización e implementación de los Sistemas de Control Interno en el cumplimiento de su función rectora o interna a su sistema, para el desarrollo de los procesos, actividades y operaciones, tal como lo consigna el Reglamento de la Ley No. 107 en el Artículo 78.

- *Objetividad*. Se fundamenta en un criterio profesional a partir de comparar lo realizado de forma cuantitativa y cualitativa, con parámetros y normas establecidas.
- *Probidad administrativa*. Se relaciona con el acto de promover con honradez la correcta y transparente administración del patrimonio público y en consecuencia exigir, cuando corresponda, las responsabilidades ante cualquier pérdida, despilfarro, uso indebido, irregularidades o acto ilícito.
- *División de funciones*. Garantiza que los procesos, actividades y operaciones, sean controlados y supervisados de manera que no pongan en riesgo su ejecución, contrapartida y limiten su revisión.
- *Fijación de responsabilidades*. Se establecen las normas y procedimientos estructurados sobre la base de una adecuada organización, que prevea las funciones y responsabilidades de cada área, expresando el cómo hay que hacer y quién debe hacerlo, así como la consecuente responsabilidad de cada uno de los integrantes de la organización, estableciendo en forma obligatoria que se deje evidencia documental de quién y cuándo efectúa cada una de las operaciones en los documentos y registros.
- *Cargo y descargo*. Este principio está íntimamente relacionado con el de fijación de responsabilidades y facilita su aplicación. La responsabilidad sobre el control y registro de las operaciones de un recurso, transacción, hecho económico o administrativo, debe quedar claramente definida en la forma establecida.

Debe entenderse como el máximo control de lo que entra y sale, cualquier operación registrada en una cuenta contraria a su naturaleza, la entrega de recursos (descargo), debe tener una contrapartida o recepción (cargo) y cuando esta operación se formaliza documentalmente, la persona que recibe firma el documento asumiendo la custodia de lo recibido.

- *Autocontrol*. Obligación que tienen los directivos superiores, directivos, ejecutivos y funcionarios de los órganos, organismos, organizaciones y demás entidades, estas últimas con independencia del tipo de propiedad y forma de organización, de autoevaluar su gestión de manera permanente; y cuando proceda, elaborar un plan para corregir las fallas e insuficiencias, adoptar las medidas administrativas que correspondan y dar seguimiento al mismo en el órgano colegiado de dirección; comunicar sus resultados al nivel superior y rendir cuenta a los trabajadores.

Entre sus características generales se relacionan las siguientes:

- *Integral*. Considera la totalidad de los procesos, actividades y operaciones con un enfoque sistémico y participativo de todos los trabajadores.
- *Flexible*. Responde a sus características y condiciones propias, permitiendo su adecuación, armonización y actualización periódica. En entidades que cuenten con reducido personal, establecimientos y unidades de base, debe ser sencillo, previendo que la máxima autoridad o alguien designado por él, se responsabilice con la revisión y supervisión de las operaciones.
- *Razonable*. Diseñado para lograr los objetivos del Sistema de control interno con seguridad razonable y satisfacer, con la calidad requerida, sus necesidades.

#### *Componentes del sistema*

- *Ambiente de Control*. Sienta las pautas para el funcionamiento legal y armónico de los órganos, organismos, organizaciones y demás entidades, para el desarrollo de las acciones, reflejando la actitud asumida por la máxima dirección y el resto del colectivo en relación con la importancia del Sistema de Control Interno. Se estructura en las siguientes normas:
  - Planeación, planes de trabajo anual, mensual e individual.

- Integridad y valores éticos.
- Idoneidad demostrada.
- Estructura organizativa y asignación de autoridad y responsabilidad.
- Políticas y prácticas en la gestión de recursos humanos.
- *Gestión y prevención de riesgos.* Establece las bases para la identificación y análisis de los riesgos. Se clasifican en riesgos internos y externos. El Plan de Prevención de Riesgos se estructura por áreas o actividad y el de la entidad. En su elaboración se identifican los riesgos, posibles manifestaciones negativas; medidas a aplicar; responsable; ejecutante y fecha de cumplimiento de las medidas.

El autocontrol se considera como una de las medidas del Plan de Prevención de Riesgos para medir la efectividad de estas y de los objetivos de control propuestos. Se estructura:

- Identificación de riesgos y detección del cambio.
- Determinación de los objetivos de control.
- Prevención de riesgos.
- *Actividades de Control.* Establece las políticas, disposiciones legales y procedimientos de control necesarios para gestionar y verificar la calidad de la gestión. Se estructura en las siguientes normas:
  - Coordinación entre áreas, separación de tareas, responsabilidades y niveles de autorización.
  - Documentación, registro oportuno y adecuado de las transacciones y hechos.
  - Acceso restringido a los recursos, activos y registros.
  - Control de las tecnologías de la información y las comunicaciones.
  - Indicadores de rendimiento y de desempeño.
- *Información y comunicación.* Precisa que se debe disponer de información oportuna, fiable y definir su sis-

tema de información adecuado a sus características. La información debe protegerse y conservarse según las disposiciones legales vigentes. Se estructura en las siguientes normas:

- Sistema de información, flujo y canales de comunicación.
- Contenido, calidad y responsabilidad.
- Rendición de cuentas.

*Supervisión y monitoreo.* Está dirigido a la detección de errores e irregularidades que no fueron detectados con las actividades de control, permitiendo realizar las correcciones y modificaciones necesarias.

- Evaluación y determinación de la eficacia del Sistema de Control Interno.
- Comité de prevención y control.

### **III.8.1 Características generales del Sistema de Control Interno**

- Es un proceso que se establece como un medio para logra un fin, y no un fin en sí mismo.
- En cada área de la organización, la persona encargada de dirigirla es responsable por el Control Interno ante su jefe inmediato. En su cumplimiento participan todos los trabajadores de la entidad, independientemente de la categoría ocupacional, los niveles y áreas de la entidad. No se trata solamente de manuales de organización y procedimientos:
- Facilita la consecución de los objetivos en una o más de las áreas u operaciones en la entidad. Aporta un grado de seguridad razonable, aunque no total, en relación con el logro de los objetivos fijados.
- Posibilita autocontrol, liderazgo, y fortalecimiento de la autoridad y la responsabilidad de los colectivos laborales.

### **III.8.2 ¿Cómo se realiza la evaluación del componente Actividades de Control?**

- Comprobar que están debidamente segregadas y diferenciadas las responsabilidades de autorizar, ejecutar, registrar y comprobar una transacción, teniendo en cuenta la necesaria coordinación entre las distintas áreas de la entidad.
- Comprobar la realización de conteos físicos, periódicos, de los medios y su conciliación con los registros contables.
- Evaluar la calidad y cumplimiento de los planes de rotación en el desempeño de las tareas claves de los trabajadores involucrados.
- Verificar que la dirección efectúe análisis, periódicos y sistemáticos, de los resultados obtenidos, comparándolos con periodos anteriores, con los presupuestos y planes aprobados, y otros niveles de análisis que les sean útiles.
- Evaluar la utilización del sistema de indicadores de rendimiento implementado en la entidad para la puesta en marcha de acciones correctivas que disminuyan o eliminen las desviaciones importantes.
- Valorar el funcionamiento, la utilización y el respeto a los resultados de la Auditoría Interna.
- Comprobar el cumplimiento de los controles de la tecnología de información, referidos a:
  - Seguridad física de los equipos de información.
  - De acceso.
  - Sobre software.
  - De las operaciones de proceso de datos.
  - Sobre el desarrollo y mantenimiento de las aplicaciones.
  - De las aplicaciones.
- Revisar que el plan de prevención elaborado ha tenido en cuenta el diagnóstico de los riesgos internos o peligros potenciales, el análisis de las causas que los pro-

pician, y las medidas para prevenir o contrarrestar su ocurrencia.

- Comprobar que el plan de prevención, en cada una de las acciones, define el tiempo o los momentos de ejecución, los ejecutantes y los responsables de su control.

### III.9 Campos de aplicación

Varios pueden ser los campos de aplicación de la Economía de la Salud dentro y fuera del sector de la salud, teniendo en cuenta que su objetivo fundamental es contribuir en la búsqueda de eficiencia, calidad y equidad para mejorar el estado de salud de la población.

Así, por ejemplo, tenemos el perfeccionamiento de la gestión hospitalaria, el aprovechamiento al máximo de las posibilidades de la Atención Primaria de Salud, el desarrollo cualitativo de la intersectorialidad en función de la salud de la población, la preparación de líderes comunitarios y la utilización óptima de la tecnología sanitaria.

Por el peso que tiene dentro del Sistema Nacional de Salud, trataremos algunos aspectos relacionados con la Atención Primaria de Salud y en la Atención Secundaria de Salud. Recordamos los postulados del pensamiento sanitario y del pensamiento económico:

#### *Pensamiento sanitario*

- No debe existir precio para la salud.
- La expansión del gasto en salud es inexorable.
- No deben existir límites en la demanda de los servicios de salud.
- La accesibilidad a la atención debe garantizarse.
- El médico es quien prescribe y decide.
- El avance tecnológico mejora la salud.
- No hay mercado de la salud.

*Pensamiento económico*

- Un bien sin precio tiene demanda infinita y tal demanda no se puede financiar.
- Siempre hay una suma máxima individual o social de dinero a gastar.
- Las personas deciden.
- La tecnología en salud no reemplaza el costo laboral.

Como se puede apreciar, este antagonismo entre un verdadero pensamiento socialmente avanzado y justo y las leyes económicas, agudizadas por sistemas sociales cuyos intereses no son precisamente los de sus pueblos, se puede ir resolviendo y/o disminuyen sus efectos a través del establecimiento de las prioridades correspondientes, respaldadas por una voluntad política consecuente, lo que permitirá conjugar adecuadamente ambos factores y nos obligará a buscar y a obtener esa necesaria eficiencia.

Según lo expuesto en la *Epidemiología Básica* de BONITA los niveles de prevención son los siguientes:

<b>Nivel de prevención</b>	<b>Fase de la enfermedad</b>	<b>Población destinataria</b>
Primordial	Condiciones subyacentes que llevan a la causa	Población total y grupos seleccionados
Primaria	Factores causales específicos	Población total, grupos seleccionados y personas sanas
Secundaria	Factores causales específicos, primeros estudios de la enfermedad	Pacientes
Terciaria	Estudios avanzados de la enfermedad (tratamiento/rehabilitación)	Pacientes



En otra parte de su exposición dicha publicación nos refleja una política general favorable de la salud con las siguientes vertientes:

- Creación de ambientes saludables.
- Favorece la acción intersectorial y comunitaria.
- Desarrolla aptitudes y conductas en las personas.
- Potencia las acciones de la promoción para la salud.
- Reorientación de los servicios sanitarios.

La relación entre ambos elementos es precisamente a lo que debe vincularse el concepto amplio de Economía de la Salud.

### **III.9.1 Atención primaria de la salud (APS)**

La atención primaria de la salud ha influido en los cambios siguientes:

- De la curación a la atención preventiva.
- De la atención hospitalaria a la atención en la comunidad.
- De la atención urbana a la rural.
- De los factores determinantes dentro del sector de la salud a los de fuera del sector.
- De los servicios centralizados de salud a los servicios descentralizados.

Su conceptualización es tan abarcadora, que permite integrar diferentes factores necesarios en la consecución de un adecuado estado de salud de la población.

La Atención Primaria de Salud (APS) es parte integrante del Sistema Nacional de Salud (SNS), el cual es la función central y principal núcleo de desarrollo.

Es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el SNS y lleva, en la medida de lo posible, la atención de la salud a los lugares donde las personas viven y trabajan, constituyéndose en el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

El principio fundamental de la APS es el programa del Médico y la Enfermera de la familia, encaminado a darle mayor resolutiveidad y a desarrollar la participación de la comunidad en las tareas de salud, por medio del movimiento de municipios por la salud, lo que llevará a elevar la calidad de la atención primaria con una mejor capacidad de los recursos humanos y tecnológicos, incrementando el nivel de satisfacción de la población y aumentando la eficiencia técnico-económica de este modelo de atención.

Los rasgos principales que caracterizan las ventajas de la APS se pueden expresar a través de:

- La prevención por excelencia.
- Aplicación de programas efectivos de promoción de salud.
- Participación de las diferentes especialidades médicas.
- Utilización del ingreso domiciliario.
- Prescripción de medicamentos genéricos para ese nivel.
- Preparación y participación consciente y activa de todos los factores sociales.
- Bajo costo unitario.

La influencia positiva que la APS produce en su radio de acción, además de favorecer al dirigente de salud a ese nivel, repercute también en la ASS ( Atención Secundaria de Salud) con los casos tratados en la APS y que evitaron su ingreso en la ASS, así como las modificaciones favorables de la morbilidad en las enfermedades que son tributarias de la ASS.

Todo esto, además de tener gran importancia desde el punto de vista de la salud de la población y su grado de satisfacción, y calidad de vida, tiene también un componente y repercusión económicos.

A manera de ejemplo, se muestran los resultados obtenidos en investigación realizada durante dos años de trabajo por un consultorio médico rural en el municipio Santiago de Cuba.

Existen otros indicadores que expresan el impacto que ha tenido la APS sobre la ASS, independientemente del trabajo desarrollado en la gestión interna de cada hospital, lo que también ha influido en mejorar dichos indicadores, tales como:

<b>Situaciones grupos especiales</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Embarazadas menores de 20 años	7	0
Embarazadas entre 20 y 35 años	18	11
Embarazadas con más de 35 años	10	0
Embarazadas con riesgos	7	2
Lactantes con riesgos	9	6
<b>Estado de salud</b>	<b>Antes</b>	<b>Después</b>
Supuestamente sano	678	901
Con riesgo	285	162
Enfermos	200	100
Enfermos con secuelas	2	2
Fallecidos menores de un año	2	0

#### *Repercusión económica*

Pacientes dejados de remitir a la ASS 172, costo hospitalario dejado de incurrir en la ASS \$ 44 657 y costo en el consultorio \$8 231.

- Consultas externas en hospitales eran el 24,6 % del total en 1970.
- Consultas externas en hospitales fueron el 14,8 % del total en 2004.
- Consultas en cuerpo de guardia en hospitales eran el 80,2 % del total en 1970.
- Consultas en cuerpo de guardia en hospitales fueron el 44,2 % del total en 2011.

### ÍNDICE OCUPACIONAL POR TIPO DE HOSPITALES

	1980	2011
Generales	80,7	70,9
Clínico quirúrgico	86,5	70,8
Ginecostetricia	80,7	73,5
Maternos infantiles	72,4	58,7
Pediátricos	75,3	62,1
Rurales	80,7	50,8

#### III.9.2 Atención secundaria de la salud

En el caso de este modo de atención, su caracterización se basa en los elementos siguientes:

- Su función fundamental es curativa.
- Aplica una amplia gama de medicamentos.
- Existen riesgos con las enfermedades intrahospitalarias.
- Elevada dotación de camas.
- Cuenta con un complejo servicio de apoyo.
- Tiene un elevado costo.

La Atención Secundaria de Salud desempeña un importante papel en la atención a la población, al tratar a los pacientes con las enfermedades más complejas desde el punto de vista de la determinación, tratamiento y recuperación.

La atención especializada que brinda genera la utilización de cuantiosos y novedosos recursos, lo que unido a los servicios para la estancia y confort, que lógicamen-

te debe ofrecer, la convierten en la actividad más costosa del Sistema Nacional de Salud.

Es por ello que los servicios que aquí se brindan deben tener el mayor grado posible de calidad y eficiencia, lo que necesita ser objeto de evaluación continua por sus implicaciones sociales y económicas para el sector de la salud.

Para medir tanto la calidad como la eficiencia, se pueden utilizar algunos indicadores como son: de estructura, de proceso, y de resultados, y dentro de estos últimos, se pueden identificar los indicadores centinelas y los indicadores de datos agregados.

Existen otros indicadores como los *trazadores* y los basados en la *opinión de los pacientes*, y para medir la calidad, los más usados son: tasa de mortalidad, tasa de ingreso y tasa de complicaciones.

En el caso específico de la eficiencia (técnica de gestión y económica), hay indicadores que contribuyen a medirla, como es el caso del aprovechamiento del recurso cama a través del promedio de estadía, índice ocupacional, índice de rotación e intervalo de sustitución.

En realidad la cama vacía en un hospital debe llevarse a la mínima expresión, por toda la ineficiencia que esto significa porque su costo equivale al 75 % de lo que cuesta una cama ocupada.

La complejidad de este modo de atención requiere, más que ningún otro, de investigación por grupos multidisciplinarios en que la Economía de la Salud tiene un espacio importante, sobre todo en los aspectos relacionados con las evaluaciones económicas de Costo Efectividad, Costo Beneficio y Costo Oportunidad, en las que ya existe alguna experiencia por trabajos realizados.

Dentro de los aspectos o vertientes que pueden o deben trabajarse en concordancia con los lineamientos del Ministerio de Salud Pública, se encuentran los siguientes:

- Disminución de la estadía de los pacientes.

- Conformación de protocolo de tratamiento.
- Estratificación y racionalidad del uso de equipos sofisticados o de alta tecnología.
- Ampliación de la cirugía de estancia corta.
- Racionalización de la dotación de camas.
- Reorientación del personal excedente.
- Utilización de métodos sencillos de diagnóstico.
- Estudio sobre la creación de complejo de servicios para el lavado de ropa y elaboración de los alimentos.

### **III.9.3 Medicamentos**

Por el peso específico que tienen los medicamentos, tanto en la magnitud de su utilización como de su costo, además de lo referido en el capítulo IV.1 como parte de la tecnología sanitaria, se destacan los aspectos relacionados con la Ruta Crítica en que se desenvuelven los mismos, la Economía de la Salud debe profundizar en la investigación correspondiente a la farmacoeconomía y con la participación de la farmacoepidemiología. Ya existe una experiencia: en un Simposio de economía de la salud se presentó la propuesta de la Guía Terapéutica para la APS que ya fue confeccionada.

Esta Ruta Crítica contempla los siguientes aspectos:

1. *La selección de los medicamentos*
  - Reducción al máximo el número de medicamentos que debe circular.
  - Clasificación de los medicamentos, según las prioridades nacionales.
  - Selección de los medicamentos menos costosos, pero con la misma acción terapéutica.
2. *Determinación de las necesidades*
  - Sobre la base de combinar la carga de morbilidad de las diferentes patologías, consumos históricos y existencias nacionales.

### 3. *Adquisición y producción*

- Independientemente de que la adquisición de materias primas para la producción en la industria nacional la realiza otro ministerio, por la experiencia acumulada en el MINSAP, se sugiere valorar el desarrollo de la producción farmacológica, para reducir la dependencia del exterior y dar respuesta más inmediata y utilización plena a las capacidades instaladas en los laboratorios nacionales.

### 4. *Distribución y almacenamiento*

- La infraestructura de los almacenes nacionales, territoriales y provinciales, debe estar acorde con los volúmenes, periodicidad de distribución y accesibilidad de los receptores.
- Trabajar con las coberturas adecuadas que eviten la reiteración de envíos.
- Estricto control de las fechas de vencimiento para su rotación y eliminación de pérdidas por caducidad.
- Estudiar los sistemas de transportación (nacional y provincial propios y contratados) para con su conjugación obtener el mayor grado de eficiencia posible.

### 5. *Prescripción y dispensación.*

- Revisar las regulaciones actuales en cuanto a la estratificación de la prescripción médica, para perfeccionar su efectividad.
- Trabajar en la estandarización de los tratamientos, lo que coadyuvará a hacer prescripciones más racionales y menos costosas.
- Continuar perfeccionando el trabajo de la farmacología, las áreas de análisis y las acciones de las farmacias principales.
- Mantener una actualización permanente de las *Guías terapéuticas e información a los profesionales de la salud*, para contribuir a las prescripciones adecuadas.

Independientemente de los logros que en nuestro país se han venido obteniendo en la intersectorialidad, para acometer aquellas acciones relacionadas con el estado de salud, aún el Sector Salud puede ser el eje de una mayor integración, donde se involucraran otros sectores bajo la concepción de un enfoque de riesgo, con las consecuentes medidas de carácter preventivo.

Tal es el caso de la recogida de residuales sólidos, distribución de agua potable, afectación innecesaria del medio ambiente, entre otros.

Aunque en estos sectores, donde se generan determinantes que influyen en el estado de salud de la población, su trabajo lleva implícito atenuar y/o eliminar esos factores, lo que muchas veces, por la situación económica del país, no cuentan con todos los recursos para acometer sus tareas.

En esa dirección es que pudiera valorarse a nivel de la macroeconomía, qué elementos priorizar en la asignación presupuestaria y quizás hasta aminorar los del Sector Salud e incrementarlos en estos sectores, ya que de lo que se trata es de evitar enfermedades para no tener gastos, mucho más, en acciones curativas posteriormente.

Dentro del propio Sector Salud, se puede efectuar un análisis más exhaustivo con la asignación de los limitados recursos basados en criterios óptimos, definiendo las prioridades que más influyen en la carga de morbilidad, brindándole una atención diferenciada a las localidades más pequeñas y apartadas, donde a veces se producen bolsones con indicadores de salud desfavorables, en comparación con la media del país, de la provincia y del propio municipio donde están enclavadas las instituciones, lo que puede generar una reorientación de las inversiones con una distribución de recursos humanos, materiales y financieros, en función de lograr los resultados e impactos necesarios acorde con los propósitos del Sistema de Salud Cubano.



La aplicación consecuente y universal del sistema de costo en la atención primaria y secundaria, y en particular el costo por enfermedad, se constituye en una necesidad primordial por ser una herramienta de trabajo imprescindible para la toma de decisiones.

Con el desarrollo de la salud y la obtención de positivos indicadores, la esperanza de vida al nacer se ha venido incrementando de manera progresiva, y paralelamente el envejecimiento de la población y las enfermedades crónicas no transmisibles con sus costos asociados, lo que obliga llevar a cabo evaluaciones que permitan elaborar estrategias a mediano y largo plazo, y no solo conocer, sino también encaminar su impacto socioeconómico.

Aunque se han dado pasos en la preparación y formación de los recursos humanos, con la disciplina de economía de la salud, debe continuarse de forma sostenida e incrementarla, tanto en el postgrado, como con la generalización de su introducción en todas las carreras de las ciencias médicas, e ir evaluando su repercusión en los resultados de su labor cotidiana.

Hay que desarrollar el campo de las investigaciones, priorizando las de por encargo, en función de la toma de decisiones con las prioridades preestablecidas, acompañadas de un análisis de costo beneficio.

Para precisar si todo lo asignado en salud, se corresponde con los resultados alcanzados, se debe diseñar un sistema de indicadores cuantitativos, que permitan medir esa necesaria relación.

### **III.10 Resumen**

Este capítulo, centro y fundamental para esta disciplina, concreta los aspectos específicos de la Economía que se aplican al sector de la salud, y la necesaria relación e

influencia de otros factores sobre el estado de salud de la población, en el contexto de la microeconomía.

El análisis de la oferta y la demanda de los servicios de salud en el mercado, pone en evidencia sus características especiales y permite que se adopten estrategias que favorezcan una utilización adecuada sobre la base de principios éticos y humanistas.

Precisamente en el epígrafe III.4 “Ética médica y economía de la salud”, se profundizan estos aspectos, lo que permite conciliar la racionalización económica con la racionalidad ética, así como las prioridades epidemiológicas con las económicas, a fin de identificar las mejores opciones en la asignación de los insuficientes recursos disponibles.

El conocimiento de la definición, conformación, métodos y tipos de presupuesto, así como de los tipos y fuentes de financiamiento, es de singular importancia por tratarse de un aspecto que no solo tiene diversidad técnica, es un debate político como elemento fundamental para la sostenibilidad de los diferentes programas de salud.

El Sistema Nacional de Contabilidad es el elemento de regulación, registro e información, sobre los recursos humanos, materiales y financieros, lo que coadyuva al control, utilización adecuada de los recursos, y al análisis para la toma de decisiones.

### **III.11 Cuestionario**

1. ¿En qué consiste la Economía de la Salud?
2. Explique las características de la demanda de los servicios de salud.
3. ¿En qué punto está la frontera o el límite entre la Ética Médica y la Economía?

4. ¿Cuáles tipos de financiamiento existen para el sector de la salud y qué deben garantizar?
5. ¿En qué consiste el presupuesto y cuál es el método que se utiliza en el sector de la salud?
6. ¿Por qué es importante la elaboración del presupuesto?
7. ¿Que utilidad práctica tiene su utilización?
8. ¿Cómo se puede perfeccionar su elaboración?
9. Fundamentar la importancia del Sistema Nacional de Contabilidad, acorde con su utilización.
10. Describir los tipos de costos que existen.
11. ¿En qué sentido pueden los costos constituirse en un instrumento de dirección?
12. Fundamente la importancia de implementar, en las entidades del sector, el Sistema de Costos en Salud.
13. Argumente el empleo de los resultados del Sistema de Costos como instrumento en la función de dirección en el Sistema Nacional de Salud.
14. Explique la influencia de los costos en la eficiencia de los servicios de salud, considerando esta como la mejor relación entre recursos y resultados.
15. ¿En qué consiste la adecuada selección de la base de distribución para cada centro de costo?
16. ¿Por qué es importante el análisis de los costos de la mala calidad?
17. Fundamente importancia y necesidad de diseñar e implantar un Sistema de Control Interno en cada entidad de salud.
18. ¿En qué consisten las normas de control interno?

## CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN ECONÓMICA

Dra. C. Ana María Gálvez González  
Dra. C. Nilia Escobar Yéndez  
MSc. Jorge Cosme Casulo  
MSc. Gumersindo Fonseca Rodríguez  
Dr. MSc. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez

### IV.1 Introducción

La palabra *evaluación* aparece, en los diccionarios, con el significado de *apreciar, valorar, comparar, justipreciar*.

En ocasiones se ha identificado la *evaluación* como el acto de analizar el cumplimiento de un plan o programa, pero la acepción tiene un alcance más amplio, porque involucra diversos aspectos, no sólo en el orden objetivo, sino también subjetivo, como son: elementos éticos, sociales y políticos, precisamente para que la apreciación sea la más justa posible.

Se dice que la *evaluación* es una, que no tiene apellido, pero somos del criterio de que la *evaluación económica*, es quizás la más completa. Errónea y lamentablemente, al término económico se le ha dado nada más una interpretación contable y economicista.

Cuando se conjugan resultados o beneficios que se pudieran obtener o se han obtenido en cualquier rama de la economía, teniendo en cuenta más de una alternativa y sus costos, y se somete a una *evaluación*, estaremos en presencia de una *evaluación económica*; la que evidentemente analiza el todo.

En este capítulo, la *evaluación* estará referida a su aplicación en el campo de la salud, desde sus estrategias nacionales, hasta el último eslabón del sistema. Para ello será necesario el estudio de sus antecedentes, conceptos, métodos y aplicabilidad práctica dentro del sector de la salud.

La justificación fundamental para aplicar los métodos de evaluación económica en la toma de decisiones, es la limitación de recursos y la búsqueda de mayor eficiencia. Si se quiere maximizar el bienestar social, hay que tener en cuenta tanto los efectos positivos, como los negativos, y los costos de toda decisión que afecta directa o indirectamente la asignación de recursos.

## **IV.2 La evaluación económica de la tecnología sanitaria**

La tecnología, en el momento actual, ha alcanzado un desarrollo extraordinario y se expande con ciertas características de globalización. En el campo de la salud, la misma ha contribuido tanto al aumento de la calidad de la atención como al gasto sanitario.

Sin embargo, existe un gran desconocimiento acerca de cuál es el impacto real de muchas tecnologías sobre la salud y la calidad de vida de la población, ya que la mayor parte de las de uso habitual, no han sido formal ni adecuadamente evaluadas.

Es por ello que tradicionalmente las decisiones sobre el uso de Tecnologías Sanitarias (TS), han sido tomadas por profesionales de la salud y en particular por los médicos, pero la información se obtenía en gran medida a través de la observación empírica.

Durante la década de los sesenta, los ensayos clínicos (como método de evaluar TS), se fueron generalizando como un requerimiento previo a la comercialización de medicamentos y productos biotecnológicos.

De esta manera, el término de *evaluación de tecnología* surgió en 1965, gracias a un congresista norteamericano llamado Doddario; pero fue en la década del setenta cuando la ETS (Evaluación de Tecnología Sanitaria) recibió

un fuerte impulso con la creación de la OTA (Office of Technology Assessment), la primera agencia pública que generó información en este campo y cuyo primer informe se publicó en 1976. Posteriormente fueron surgiendo en diferentes países, diversas organizaciones y grupos dedicados a la ETS, que incluyen las de carácter internacional y muchas sin ánimo de lucro. En Cuba, se creó en 1996 el Departamento Nacional de ETS, que se subordina a la Dirección Nacional de Ciencia y Técnica del Ministerio de Salud Pública.

#### **IV.2.1 Algunas definiciones básicas**

##### *Tecnología sanitaria*

Son los instrumentos, técnicas, equipos, dispositivos, medicamentos, procedimientos médicos y quirúrgicos, programas sanitarios, así como sistemas de información, organizativos o de apoyo de los servicios de salud, destinados a la prevención, diagnóstico, tratamiento y/o rehabilitación de condiciones clínicas específicas y a mejorar la calidad de vida de los individuos y de la comunidad.

##### *Evaluación de tecnología sanitaria*

Es la forma integral de investigar las consecuencias técnicas (casi siempre clínicas), sociales, económicas, éticas y legales que se producen a corto o largo plazo, así como sus efectos directos e indirectos, tanto deseados, como no deseados, derivados del uso de una tecnología sanitaria. Su análisis estructurado contempla:

- Una tecnología sanitaria.
- Un conjunto de tecnologías relacionadas.
- Un problema relacionado con la TS (Tecnología Sanitaria).

Este análisis que se realiza con el objeto de proporcionar elementos para sustentar la toma de decisiones.

La ETS, puede dirigirse a saber si una nueva TS es una solución “sostenible” o la mejor de todas las opciones en un contexto asistencial y social específico. Así la ETES no se contempla como una disciplina única, sino como un proceso que integra disciplinas que se entrecruzan y que comunica ciencia, economía y política.

De este enfoque integrador se infiere que el objetivo de la ETS es presentar información para contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica y en la política de salud que incluye planificación de gastos y de los recursos sanitarios con óptima asignación de los mismos, ya sean tecnológicos o de Innovación + Desarrollo (I+D).

No existe ninguna clasificación de los métodos para evaluar la TS que cuente con una aceptación generalizada. No obstante, la metodología más ampliamente utilizada para evaluar una tecnología, es la Medicina basada en la evidencia científica (MBEC).

#### *Evidencia científica*

Se refiere al conocimiento producido por la aplicación del método científico en el estudio de (problemas) cuestiones de salud bien especificadas; de ahí que la finalidad de la Medicina basada en la evidencia, es fundamentar recomendaciones para la práctica profesional en los resultados de estudio científico.

Es decir, la MBEC consiste en el uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia científica disponible para la toma de decisiones en la atención sanitaria.

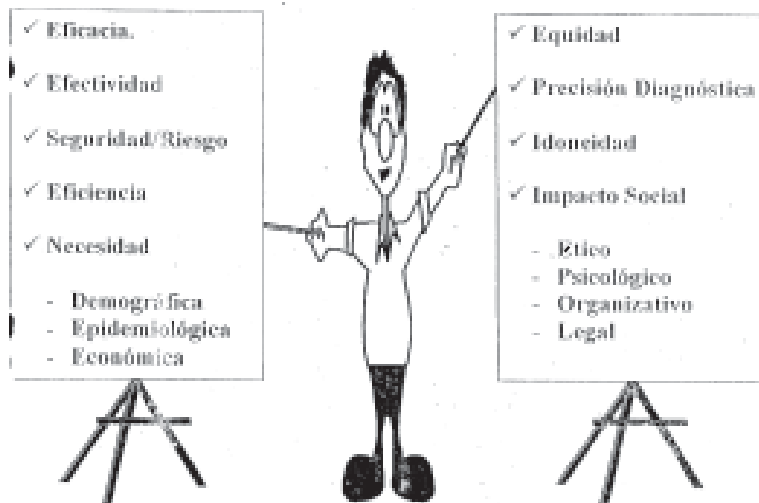
Los criterios que se deben tener en cuenta en la evaluación de TS, son múltiples y entre los principales figuran:

- Eficacia
- Efectividad
- Seguridad / riesgo
- Eficiencia
- Utilidad
- Necesidad: demográfica, epidemiológica, económica

- Equidad
- Precisión diagnóstica
- Idoneidad
- Impacto social: ético, psicológico, organizativo, legal

De ello vamos a desarrollar primero, con mayor profundidad, los que tienen relación con la Evaluación Económica de las TS, y luego se hará referencia a los restantes criterios (Fig. 4).

## Criterios de Evaluación de T.S.



Fuente: Escobar, Nilia/2000.  
Figura 4.



## IV.2.2 La evaluación económica

La definición y los métodos de evaluación económica, encuentran un espacio oportuno dentro de la Tecnología Sanitaria, ya que permite medir, entre otros parámetros, los costos asociados con el uso de una tecnología, la relación entre los costos y los efectos de la aplicación de esta, a la vez que suministra información clave para priorizar la asignación de recursos y, en algunos casos, adoptar una u otra tecnología entre varias alternativas.

Existen varias técnicas para realizar la evaluación económica de los servicios de salud o procedimientos médicos, pero todas tienen en común que los recursos consumidos son comparados con los resultados y estos pueden ser expresados de cuatro formas: eficacia, efectividad, utilidad y beneficio.

### *Eficacia*

Es la medida del efecto de la tecnología sanitaria en condiciones ideales o experimentales, que se evalúa generalmente mediante ensayos clínicos controlados y aleatorizados, y es aplicada por equipos bien formados y entrenados, con buenas instalaciones y con criterios de selección y exclusión de pacientes, así como un seguimiento riguroso.

Por lo tanto, eficacia se refiere a la probabilidad de que los individuos de una población determinada resulten beneficiados por una TS aplicada para un problema concreto en condiciones ideales.

### *Efectividad*

Es la medida del efecto de la TS en el contexto de la práctica clínica habitual. Por tanto, se refiere a la probabilidad de que los individuos de una población determinada obtengan utilidad de una TS aplicada a un problema concreto y en condiciones reales.

### *Utilidad*

Sin lugar a dudas, el verdadero interés del paciente cuando le es aplicada una tecnología, es el bienestar que va a obtener, es decir, la calidad de vida que gana y el tiempo que la mantendrá como resultado de dicha TS.

El análisis de la eficacia y de la efectividad responde a unidades naturales, ya sean unidades físicas o probabilidades, pero no es capaz de medir los resultados en estas dos dimensiones: calidad de vida y su duración, para las cuales se han desarrollado instrumentos o metodologías que miden el resultado con esas dimensiones. Esta forma de medir el resultado se llama *utilidad*.

Utilidad es un término utilizado por los economistas de la salud para referirse al estado subjetivo de bienestar que las personas experimentan en diferentes estados de salud. De ahí que el análisis de utilidad responde a preguntas como: ¿Cuál es la calidad de vida que mantienen, y durante cuánto tiempo, los pacientes a quienes se les ha aplicado la tecnología X? Por ejemplo, los pacientes trasplantados.

Ahora describiremos brevemente los restantes criterios que se deben considerar al evaluar una Tecnología Sanitaria, tales como:

- *Seguridad - Riesgo*. Es la medida del riesgo de efectos no deseados que pueden aparecer como consecuencia de la TS, es decir, los beneficios derivados del uso de la tecnología deben ser superiores a los riesgos.
- *Eficiencia*. Valora la relación entre los resultados obtenidos o las consecuencias derivadas del uso de una TS y los recursos invertidos para ello.
- *Necesidad*. Es la medida de la demanda percibida, ya sea potencial o real respecto a una TS específica en un contexto sanitario, según los criterios de tipo demográfico, epidemiológico y económico.
- *Equidad*. Se refiere a la medida de la igualdad en el acceso, distribución o utilización de la TS. En el capítulo III se profundiza en este término.

- *Precisión diagnóstica.* Al evaluar tecnologías sanitarias “diagnósticas” se utilizan medidas de precisión diagnóstica: sensibilidad, especificidad y valores predictivos (positivo y negativo).
- *Idoneidad.* Valora la indicación adecuada y el uso apropiado de las TS. Representa una medida de los estilos de variabilidad de la práctica clínica, así como de los patrones de utilización de tecnologías específicas.
- *Impacto social.* Incluye la valoración de cuatro componentes:
  - *Ético:* Considera el impacto de una TS en los valores morales de los usuarios y profesionales de la salud implicados en su utilización.
  - *Psicológico:* Se refiere a la medida del impacto emocional y conductual de determinadas TS sobre usuarios y prestadores de servicios.
  - *Organizativo:* Este componente valora los posibles cambios estructurales que se pueden producir en las diferentes instituciones de salud como consecuencia de la introducción de una nueva TS, así como la demanda adicional del personal especializado para su manejo, el cual debe ser capacitado de manera oportuna.
  - *Legal:* Se refiere a que la legislación de cada país, valora la necesidad de cumplimentar determinados requerimientos y regulaciones antes de introducir una nueva TS.

La ETS tiene muchas potencialidades, pero no debe olvidarse su objetivo principal, que es contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de poblaciones concretas teniendo en cuenta las consecuencias sociales, éticas, legales y financieras que el proceso científico y tecnológico implica.

Por tanto, debemos promover esta nueva “cultura de la evaluación en los servicios de salud en los cuadros

gerenciales y decisores de política sanitaria; estudiantes y profesionales de Ciencias de la Salud”.

En el desarrollo de todo lo expuesto, la evaluación para la aplicación de la tecnología sanitaria, es de suma importancia; ya que como se refirió anteriormente, los adelantos médicos y tecnológicos han modificado los límites entre la atención secundaria y primaria de salud, y traen aparejados cambios en la composición de las técnicas y recursos para emplear.

Por ejemplo, las vacunas han modificado la estrategia y los costos de la lucha contra enfermedades prevenibles; la nueva generación de antibióticos requiere de conocimientos que influyen en la estructura de los costos.

Existen dos elementos que tienen un peso significativo, tanto en la atención como en su costo: los medicamentos y los equipos médicos.

Pasar del uso de medicamentos esenciales, al empleo de nuevos y costosos fármacos, significaría una pérdida de oportunidades enorme, medida en resultados sanitarios, lo que sería de mayor dimensión en los países subdesarrollados.

El progresivo aumento de una alta tecnología sofisticada, es el elemento que más ha encarecido el diagnóstico y el tratamiento de determinadas patologías, como son la cirugía cardiovascular, la nefrología, los cuidados intensivos, la oncología y la neurología, entre otros; para los que debe existir una política adecuada en su uso racional, para poder contemporizar con ese desarrollo y el entorno económico.

Tanto los productos farmacéuticos, como los equipos médicos especializados, se enfrentan con barreras de acceso al mercado, lo que permite cometer abusos mediante la manipulación de los precios y la demanda.

Aun en países desarrollados estas situaciones se han puesto de manifiesto, por ejemplo, en Canadá, donde a pesar de que el Gobierno Federal y Gobiernos Provincia-

les financian el sistema de salud, la contención de los costos es una preocupación constante.

La progresiva reducción del presupuesto ha llevado a un uso más eficiente de los recursos y a la racionalización de la capacidad instalada a través de:

- Regionalización y racionalización de algunos servicios, tales como: la cirugía a corazón abierto, el trasplante de órganos, la tomografía axial computarizada, y la resonancia magnética nuclear.
- Establecimiento de formularios que restringen el uso de medicamentos de marcas en lugar de los esenciales, además de una estratificación por especialidad para su indicación.
- El fomento de la cirugía de estancia corta y el incremento de los servicios ambulatorios.

No cabe la menor duda, de que el análisis para la toma de decisiones es necesario y la evaluación económica a priori, es fundamental, independientemente de que la determinación de prioridades para un Sistema de Salud, se basa en una serie de criterios técnicos, éticos y políticos que estarán siempre sujetos a modificaciones, como resultado de la experiencia en la ejecución, las necesidades de la población y las posibilidades de financiamiento.

### **IV.3 Métodos de evaluación económica**

En la práctica se reconocen distintos métodos de evaluación económica. Drummond realizó una clasificación muy interesante en la cual los métodos de evaluación económica se dividen en parciales y completos, atendiendo a tres elementos: *recursos o costos*, *consecuencia o resultados* y *alternativas* (Fig. 5). Si en el estudio que se pretende realizar se adolece al menos de uno de estos tres elementos, el mismo se clasifica como parcial.

Parciales	Completos
Descripción de consecuencias Descripción de los costos Descripción de costos y consecuencias Eficacia y efectividad Análisis de costos	Costo beneficio Costo efectividad Minimización de los costos Costo utilidad

Fuente: Drummond y cols. 1997.

En los estudios de *descripción de consecuencias* no hay comparación de alternativas ni se analizan los costos, este es el caso en que un programa o un servicio es evaluado.

La *descripción de costos* solamente analiza el comportamiento de estos sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias.

En esta categoría se clasifican los estudios conocidos como costo de la enfermedad o peso de la enfermedad, que describen los costos de la enfermedad para la sociedad (ver Fig. 5).

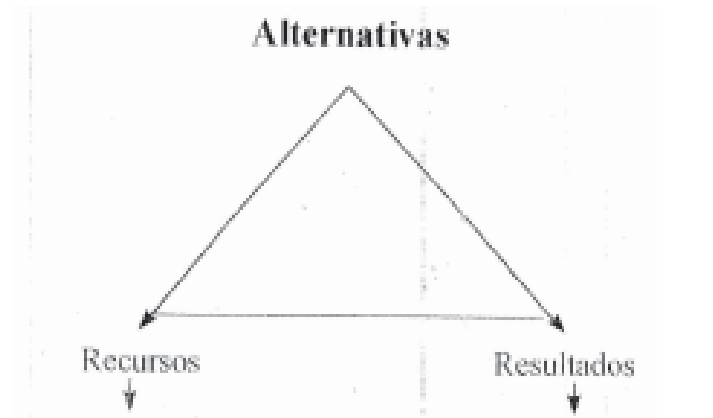
Los estudios de *costos y consecuencias* no tienen en cuenta las alternativas. En ellos se incluyen solamente los costos y los resultados de una enfermedad.

Los análisis de la *eficacia y efectividad* también se incluyen como evaluaciones económicas parciales, ya que consideran alternativas y resultados, sin embargo adolecen de estimaciones de costos.

Los *análisis de costos* comparan alternativas y tienen en cuenta los costos, sin embargo, no incluyen los resultados.

*Costo-beneficio.* La característica principal de este análisis es que tanto los costos como los efectos de las opciones comparadas, se miden en unidades monetarias.

## MÉTODOS COMPLETOS DE EVALUACIÓN ECONÓMICA



Se expresan en  
términos monetarios

- \* Minimización de costo
- \* Costo efectividad
- \* Costo beneficio
- \* Costo utilidad

Se expresan en  
beneficios en la salud

Estudio de alternativas en relación con los recursos y los resultados. Medir su eficiencia.

Fuente: Drummond y Cols-1997.

Fig. 5.

Desde el punto de vista económico se considera la forma de análisis más ortodoxa. Su ventaja consiste en que permite comparar opciones en que los resultados se midan en unidades diferentes, lo que resulta útil para comparar alternativas de áreas distintas, por ejemplo, se pueden comparar programas sanitarios con programas de educación, de infraestructura, entre otros.

*Costo efectividad.* Más adecuado para el nivel micro de la gestión de salud, es este método caracterizado porque los efectos de las opciones comparadas se miden en unidades clínicas habituales, por ejemplo, años de vida

ganados, ingresos hospitalarios evitados, recetas evitadas, entre otros. Su principal ventaja radica en la posibilidad de expresar los efectos en las mismas unidades utilizadas en los ensayos clínicos o en la práctica clínica diaria.

*Costo utilidad.* Con este método se pretende integrar en el análisis, no solamente la cantidad de vida ganada (años de vida), sino también la calidad de vida lograda. Las unidades obtenidas son los años de vida ajustados por calidad (AVAC). La ventaja principal de este tipo de análisis radica en la posibilidad de comparar los diferentes tipos de intervenciones o programas sanitarios, integrando, al mismo tiempo, la cantidad y calidad de vida en los pacientes a los que se dirige. Los resultados se presentan de la misma forma que en el análisis costo efectividad, cambiando el denominador de la fracción: en el lugar de la efectividad, se utilizan los AVAC.

*Análisis de minimización de gastos.* Se utiliza este método cuando no existe diferencia entre los efectos de las alternativas que se comparan (los beneficios son iguales en todas las opciones). En este caso se selecciona la opción menos costosa.

Para una selección correcta entre el análisis costo-beneficio, costo-efectividad, costo-utilidad, o minimización de costos, como tipo de evaluación por realizar, tiene una alta importancia el establecer, de forma clara y específica, el objetivo primario de cada programa, tratamiento o servicio alternativo. Esta selección será correcta si se logran las siguientes condiciones:

- Valorar la aplicabilidad de los programas a sus propias circunstancias.
- Examinar por sí mismos si se ha omitido del análisis alguno de los costos o de los beneficios.
- Poder reproducir los procedimientos del programa descrito.



Por lo tanto, se debe proporcionar la información necesaria para identificar primero los costos (quién hace qué, para quién, dónde y con qué frecuencia), y segundo, las consecuencias (cuáles son los beneficios).

Existe un concepto de costo que es considerado por los estudiosos como relevante para las evaluaciones económicas, el *costo de oportunidad*. Se puede expresar como los rendimientos que de un recurso podrían haberse obtenido de haber sido aplicado a otro uso. Se define como el sacrificio que supone (en términos de satisfacción posible de otras necesidades), la asignación de recursos a una actividad elegida. El costo de oportunidad se mide por medio del precio, expresado en términos de la cantidad de bienes que hay que sacrificar para poseer otros. Es el concepto de costo que debe tenerse en cuenta cuando se adoptan decisiones sobre la asignación de recursos. También reciben la denominación de costos alternativos.

Pasos de la evaluación económica. Algunas preguntas que debemos hacernos al iniciar un estudio de evaluación:

1. ¿Quién necesita este estudio y por qué?
2. ¿Cómo hemos considerado las alternativas?
3. ¿Qué sabemos sobre la efectividad de las alternativas propuestas?
4. ¿Qué sabemos de los probables costos e implicaciones financieras de las alternativas?
5. ¿Cómo llevaríamos a cabo esta evaluación? ¿Con qué recursos?
6. ¿Cuándo se necesitan los resultados de la evaluación? ( ver cuadro 8).

## CUADRO 8

### Evaluación económica

1. ¿Por qué evaluar?
2. ¿Qué puede evaluarse?
3. ¿A quiénes va dirigida?
4. ¿Dónde realizarla?
5. ¿Cuándo llevarla a cabo?

Fuente: Drumond y Cols. 1997.

En la actualidad, el Centro de Estudios de Economía de la Salud de Barcelona (SOIKOS), está realizando un proyecto de investigación cuyo propósito fundamental es desarrollar y fortalecer la utilización de la Metodología de la Evaluación Económica, para la toma de decisiones en países latinoamericanos. Este proyecto se denomina Thematic Network on the Economic Evaluation of Health Programmes and Its Application to Decision Making in Latin American Countries, cuyo acrónimo es NEVALAT. El objetivo principal del mismo es proveer herramientas fundamentales para la evaluación económica en el proceso de toma de decisiones, continuar la formación y capacitación de recursos humanos, así como fomentar la transferencia de *know how* en estos estudios. Junto a España participan otros dos países europeos en calidad de expertos, el Reino Unido y Portugal. Por la parte latinoamericana, Brasil, Colombia, Cuba, México, Nicaragua, Perú y Uruguay.

La aplicación de los métodos de evaluación económica de manera sistemática se hace cada vez más necesaria. La evidencia de que la escasez de recursos es un factor también presente en la actividad de salud, ha determinado una atención creciente con el objetivo de elevar la eficiencia y equidad de los servicios de salud. Esta sistematicidad con la mejor tecnología en la metodología

de evaluación económica para la toma de decisiones, abrirá un campo de extraordinario valor para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y la evaluación de la eficiencia.

### IV.3.1 Ejercicios prácticos

#### *Eficacia*

En una investigación de laboratorio se han obtenido los siguientes datos sobre tres muestras controladas para determinar la eficacia de unas vacunas.

<b>Vacuna X</b>	<b>Vacunados</b>	<b>No vacunados</b>	<b>Total</b>
Enfermos	8	48	56
Sanos	110	30	140
Total	118	78	196

<b>Vacuna Y</b>	<b>Vacunados</b>	<b>No vacunados</b>	<b>Total</b>
Enfermos	5	50	55
Sanos	115	30	145
Total	120	80	200

<b>Vacuna Y</b>	<b>Vacunados</b>	<b>No vacunados</b>	<b>Total</b>
Enfermos	5	50	55
Sanos	115	30	145
Total	120	80	200

Vacuna z	Vacunados	No vacunados	Total
Enfermos	6	55	61
Sanos	119	30	149
Total	125	85	210

Se pide determinar la vacuna más eficaz, entre las tres analizadas.

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Ti No vacunados} - \text{Ti Vacunados}}{\text{Ti No vacunados}} \times 100 = \%$$

Donde Ti (Tasa de incidencia) = Enfermos / Total

Para Vacuna X

$$\text{Ti No vacunados} = 48/78 = 0,615$$

$$\text{Ti Vacunados} = 8/118 = 0,067$$

$$\text{Eficacia} = \frac{0,615 - 0,067}{0,615} = \frac{0,548}{0,615} = 0,89 \times 100 = 89 \%$$

Para Vacuna Y

$$\text{Ti No Vacunados} = 50/80 = 0,625$$

$$\text{Ti Vacunados} = 5/120 = 0,041$$

$$\text{Eficacia} = \frac{0,625 - 0,041}{0,625} = \frac{0,584}{0,625} = 0,93 \times 100 = 93 \%$$

(la más eficaz)

Para Vacuna Z

$$\text{Ti No Vacunados} = 55/85 = 0,647$$

$$\text{Ti Vacunados} = 6/125 = 0,048$$

$$\text{Eficacia} = \frac{0,647 - 0,048}{0,647} = \frac{0,599}{0,647} = 0,92 \times 100 = 92 \%$$

### *Efectividad*

Se dispone de información fiable sobre los resultados (en condiciones habituales de práctica médica) de dos pruebas de diagnóstico alternativas para detectar la presen-

cia o ausencia de una determinada enfermedad. Tales resultados vienen recogidos en los cuadros siguientes:

<b>Test A</b>	<b>Enfermos</b>	<b>Sanos</b>	<b>Total</b>
Resultado anormal	18	4	22
Resultado normal	2	176	178
Totales	20	180	200

<b>Test B</b>	<b>Enfermos</b>	<b>Sanos</b>	<b>Total</b>
Resultado anormal	19	3	22
Resultado normal	6	212	218
Totales	25	215	240

¿En cuál de ellas hay una mayor efectividad?, medida en términos de precisión diagnóstica = (sensibilidad + especificidad). Sensibilidad indica la proporción de enfermos que el test es capaz de detectar en la colectividad (resultados positivos de la enfermedad). La especificidad indica la proporción de individuos sanos confirmados como tales (por resultados negativos).

Precisión diagnóstica =  $\frac{VP + VN}{\text{Total}} \times 100$

$$\text{Test A} = \frac{18 + 176}{200} = \frac{194}{200} = 0,97 \times 100 = 97 \% \text{ (mayor efectividad)}$$

$$\text{Test B} = \frac{19 + 212}{240} = \frac{231}{240} = 0,96 \times 100 = 96 \%$$

### Costo-efectividad

Alternativas Costo	Costo	Efectividad	Coefficiente C/E
A	\$25 000	100 vidas salvadas	\$250 / vida
B	25 000	15 vidas salvadas	1 677/ vida

Se puede medir también cuál es el más eficiente.

	Millones	Años de vida	Relación
Medicamentos	Costo	Ganados	costo-efecti- vidad
A	\$30	30	1
B	30	20	1,5
C	55	70	0,79
D	20	40	0,5
E	30	50	0,6
F	50	75	0,67

De este último ejemplo, se infiere un análisis de costo beneficio, al valorar los años de vida ganados y los costos.

#### *Costo menor (minimización de costo)*

Se dispone de la información sobre los costos de tres opciones para suministrar oxigenoterapia a domicilio.

a) Con balones de oxígeno medicinal

- Costo por unidad \$300
- Duración, 10 días
- Costo transporte \$50

b) Con balones de oxígeno líquido

- Costo por unidad \$1 500

- Duración, 50 días
- Costo transporte \$150
- c) Concentrador de oxígeno
  - Costo por unidad \$15 000
  - Costos accesorios \$325
  - Duración, 2 años
  - Costo de mantenimiento \$10 diarios

¿Cuál de estas tres acciones representa la mejor opción, de acuerdo con el costo menor?

a)			
<i>Conceptos</i>	<i>Costo/U</i>	<i>Duración</i>	<i>Costo/día</i>
Oxígeno Med.	\$300	10 días	\$30
Transporte	\$50	10 días	\$5
Total	\$350	10 días	\$35
b)			
<i>Conceptos</i>	<i>Costo/U</i>	<i>Duración</i>	<i>Costo/día</i>
Oxígeno Líq.	\$1 500	50 días	\$30
Transporte	\$150	50 días	\$3
Total	\$1 650	50 días	\$33
c)			
<i>Conceptos</i>	<i>Costo/U</i>	<i>Duración</i>	<i>Costo/día</i>
Concentrado	\$15 000	730 días	\$20.55
Accesorios	\$325	730 días	\$0.45
Mantenimiento (\$10x730 días)	\$7 300	730 días	\$10.00
Total	\$22.625	730 días	\$31.00

La opción *c* es la de menor costo.

*Estudio de caso: Análisis costo-efectividad*

Evaluación económica del tratamiento farmacológico a pacientes hipertensos en la Atención Primaria de Salud.

1. Diseño del estudio.

1.1 Cuestión planteada.

El estudio determina las alternativas más eficientes en el tratamiento farmacológico a los hipertensos en estadios I y II en el programa de Hipertensión Arterial en la Atención Primaria de Salud en un área de salud en el municipio Santiago de Cuba en el año 1999.

1.2 Opciones consideradas.

Se consideró como opción o alternativa de tratamiento a cada droga o combinación de estas, indicada por el médico, que tuvo mayor relevancia, así se identificó A- Diuréticos, B- Betabloqueadores, C- Anticálcicos, D- Inhibidores de la ECA, E- Diuréticos más betabloqueadores, F- Diuréticos más anticálcicos.

2. Evaluación de los costos y beneficios.

2.1 Enumeración.

Se contemplan los costos en salarios de todo el personal que participa directa o indirectamente en el programa, excepto dirección y administración, costo de medicamentos, complementarios, consumo de energía eléctrica y agua. No se incluyeron los gastos de la depreciación de equipos e inmuebles.

El resultado de las opciones se mide en términos de éxitos, o sea: número de hipertensos controlados, enfermedades cerebrovasculares evitadas, enfermedades cardiovasculares evitadas y años de vida ganados (AVG).

2.2 Medida.

Los costos se tomaron del departamento económico del área, a precios corrientes de 1999, en algunos casos, ante la ausencia, se estimaron estos.

Para determinar las enfermedades cerebrovasculares y cardiovasculares evitadas, así como los AVG, se compararon los años 1997 (un año anterior al establecimiento



del programa) y 1999 (un año después del establecimiento del programa).

Para el cálculo de los años de vida ganados, se partió de la tasa de mortalidad en cada una de las variables seleccionadas.

3. Consideraciones del horizonte temporal e incertidumbre.

Se efectuó un estudio analítico de enero-diciembre de 1999; los datos se tomaron a través de la entrevista a los pacientes hipertensos en los consultorios seleccionados.

Se consideró como incertidumbre el por ciento de efectividad en los tratamientos según la conducta seguida por los pacientes, y un cambio en determinado por ciento en el precio de los medicamentos.

Se realizó un análisis de sensibilidad, se consideró un 5 % de cambio en la efectividad y un 10% en el precio de los medicamentos para estudiar los cambios en la relación costo-efectividad en las opciones con diferentes resultados.

4. Resultados y conclusiones.

El costo por hipertenso controlado fue más eficiente con los diuréticos, con \$ 49.00; los betabloqueadores, con \$66.00 y los anticálcicos, con \$ 55.00.

El costo por enfermedad cerebrovascular evitada fue más eficiente con diuréticos, \$ 912.94; betabloqueadores, \$ 1 420.18 y diuréticos más anticálcicos, con \$1 612.62.

El costo por enfermedad cardiovascular evitada fue más eficiente en anticálcicos, \$ 335.22; diuréticos, \$ 456.47 y betabloqueadores, con \$ 516.43.

El costo por año de vida ganado fue más eficiente con betabloqueadores, \$ 1 441.81; diuréticos, \$ 1878.49, y anticálcicos, \$ 1 923.42.

Alternativas	Costo Total S	E F E C T I V I D A D								R E L A C I Ó N C O S T O - E F E C T I V I D A D		
		Control HTA	AVE Evitados	ACV Evitados	AVG	Control HTA	AVE Evitados	ACV Evitados	Relación Pesos			
A. Diuréticos	4 564,7	93	5	10	2,43	49,00	912,94	456,47	1 878,49			
B. Betabloqueadores	5 680,7	86	4	11	3,94	66,00	1 420,18	516,43	1 441,81			
C. Anticárdicos	7 039,7	127	2	21	3,66	55,43	3 519,85	335,22	1 923,42			
D. Inhibidores de la ECA	18 920,6	62	2	9	3,62	305,1	9 460,31	2 102,29	5 226,69			
E. Diuréticos más Betabloqueadores	9 662,8	61	5	5	3,60	158,41	1 932,56	1 932,56	2 684,11			
F. Diuréticos más Anticárdicos	6 450,4	61	4	5	0,04	105,74	1 612,62	1 290,08	16 1261,0			

En general, los resultados más eficientes para el tratamiento de la hipertensión arterial, en los estadios I y II, según los indicadores seleccionados, son los diuréticos, betabloqueadores y anticálcicos.

#### 5. Comentarios generales

En el estudio no se consideró el costo de transporte de los pacientes, el tiempo de espera ni la pérdida laboral por las consultas. Tampoco se tuvo en cuenta los ahorros en recursos sanitarios derivados de la efectividad de los tratamientos.

### **IV.4 Resumen**

En este capítulo se han tratado de sintetizar aspectos de singular importancia y abarcadores al mismo tiempo. No cabe la menor duda de que el conocimiento de los diferentes métodos, sobre todo los métodos completos, se constituyen en elementos vitales para su aplicación práctica.

Por otro lado, y de manera muy particular, la evaluación económica de las tecnologías sanitarias, se torna imprescindible para coadyuvar a la toma de decisiones, en inversiones que tienen un gran peso para los gastos en el Sistema Nacional de Salud, y donde nuevamente se tienen que conjugar los aspectos tratados en el Capítulo III, epígrafe III. 4. Ética médica y Economía de la salud.

Los ejercicios demostrativos sobre la eficacia, además del estudio sobre el tratamiento de la hipertensión arterial, brindan elementos que contribuyen a una mejor comprensión del tema en cuestión.

## **IV.5 Cuestionario**

1. ¿En qué consiste la evaluación económica?
2. Mencione los métodos de evaluación económica que existen y explique uno de ellos.
3. ¿Por qué es importante la evaluación económica de las tecnologías sanitarias?
4. ¿De qué forma la evaluación económica contribuye a la toma de decisiones?

## **CAPÍTULO V. GLOBALIZACIÓN, SALUD Y DESARROLLO HUMANO**

Dr. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez  
Dra. Mirta Rodríguez Chirino

### **V.1 Introducción**

Teóricos sociales y políticos argumentan que la globalización forma parte de un proceso histórico mucho más prolongado hacia el desarrollo del mundo moderno, que data del siglo xv (Giddens, 1990; Robertson, 1992).

En la década de los años ochenta y comienzo de los noventa, América Latina sufrió un proceso de desarrollo del neoliberalismo, basado en algunas premisas recomendadas por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, entre ellas:

- Apertura completa de la economía de mercado y al capital internacional.
- Recorte de gasto público y eliminación de los subsidios estatales.
- Privatización de empresas públicas y de los servicios sociales.
- Establecimiento de un clima propicio para la inversión extranjera.

En esta etapa un número elevado de países latinoamericanos adoptaron los programas de ajuste estructural prescritos por el Fondo Monetario Internacional, que ha insistido en la privatización de las empresas públicas, “recomendando” además:

1. Que haya eficiencia operacional.
2. Que no se endeuden, si no existe una estrategia para saber cómo amortiguar el préstamo.

3. Que los particulares puedan participar en el mercado de los servicios públicos, argumentando que el sector privado será más eficiente y evita que se tomen recursos del sector fiscal.

En el contexto de una América Latina endeudada y empobrecida, se desarrolla un proceso de profunda crisis social, en un mundo unipolar y con el vecino del norte más poderoso que haya existido hasta la fecha. De ahí que se haya tomado la alternativa de la supeditación a los designios de los paquetes de reformas económicas y políticas que caracterizan al modelo neoliberal, es decir, a la apertura completa de las economías a los mercados y al capital internacional, recorte del gasto público y eliminación de los subsidios estatales, privatización de las empresas públicas y de los servicios sociales y, en general, el establecimiento del clima más propicio para la inversión extranjera. Cuba, en la década de los noventa, sufre una gran crisis económica debido a:

- Desaparición del campo socialista y la desintegración del CAME.
- Desaparición del sistema de relaciones económicas internacionales.
- Agudización del bloqueo económico.

Pero dio un ejemplo al mundo con el capital de reproducción capaz de detener el deterioro económico y la posibilidad de concretar un programa de ajuste preservando las conquistas sociales y repartiendo equitativamente el peso de las reformas estructurales en medio de un reducido espacio económico.

Hoy el continente despierta y niega la creencia ciega de que el libre mercado es la clave del desarrollo económico, sino lo que provoca realmente es incremento de las inequidades ya existentes, y se han agravado las diferencias en la distribución de los costos y de las oportunidades. Al llevar la empresa privada al sector social, se

han impuesto también los criterios de ganancia y rentabilidad, convirtiendo en mercancía hasta la satisfacción de necesidades básicas como son la salud y la seguridad social (antes atribuidas al Estado), tratan de someterlo todo a las leyes de la oferta y la demanda. Pretenden hacer creer que el mercado es por sí mismo un ejercicio democrático, que construye equidad. Nada más lejos de la verdad.

Fidel Castro dijo en una de sus intervenciones, que hoy es mayor la inseguridad y la pobreza. Se pretende imponer la globalización a nuestros pueblos como camisa de fuerza que nos impida la aplicación de políticas nacionales diferentes a las que dictamina el norte. La privatización total y la apertura comercial a cualquier precio, se nos presentan como las únicas fórmulas posibles de éxito económico. La deuda externa del Tercer Mundo, que ya apenas se quiere mencionar, sin embargo, crece, y junto al intercambio desigual constituye hoy el primer obstáculo para el desarrollo. Su monto actual es superior a la cifra alucinante de 1,5 billones de dólares. Crece el desempleo y el desarrollo social se sacrifica despiadadamente.

## **V.2 Valoración de los problemas derivados de la globalización y su repercusión en la salud y el desarrollo humano**

Sobre globalización se han dado varios conceptos, Joaquín Estefanía la define: La globalización es la principal característica del poscapitalismo. Se trata de un proceso por el que las economías nacionales se integran progresivamente en la economía internacional de modo

que su evolución dependerá cada vez más de los mercados internacionales y menos de la política económica de los gobiernos.

Ello ha traído mayores cotas de bienestar en muchos lugares, pero también una obligada cesión de poder de los ciudadanos sin debates previos, sobre sus economías y sus capacidades de decisión en beneficio de unas fuerzas indefinidas que atienden al genérico de mercados.

La globalización será pues, otro hito histórico, tras la caída del socialismo real, y la autoanulación de los paradigmas alternativos al capitalismo. Esta globalización que enlazará dos milenios, es una realidad parcial, pues no llega a amplias zonas del planeta como por ejemplo, el continente africano, alguien ha llamado a este proceso mundialización mutilada.

Entre otras definiciones pudieran mencionarse las de Held, Mugre, Goldbatt y Perratom, 1999:

- Proceso (o conjunto de procesos) que está transformando la organización espacial de las relaciones y transacciones sociales (en términos de su extensión, intensidad, velocidad e impacto) generando flujos transcontinentales e interregionales y redes de actividad, interacción y poder... O la de Giddens, 1998:
- Cambios complejos y contradictorios... económicos, tecnológicos, políticos, sociales y culturales... Afectan todas las dimensiones de la vida... local y global, a cada uno y a todos, y ahora mismo...

Otros autores:

- Proceso de interacción más cercano de las actividades humanas en distintas esferas que incluyen, la política, la social, la económica y la cultural.

Puede decirse que esta interacción se da en tres dimensiones:

1. Espacial.
2. Temporal.
3. Cognoscitiva.



En las palabras de introducción al Taller sobre Salud y Desarrollo Humano en la Economía Global, George A.O. Alleyne decía: “La comprensión que he adquirido ulteriormente del concepto del desarrollo humano me ha conducido a percibir las otras además de salud en sí, el crecimiento económico o la acumulación de la riqueza, un medio ambiente sano, la educación que produce el conocimiento, y una combinación de derechos y libertades que resultan esenciales para la dignidad humana. Podemos demostrar la interacción de todos estos y que la presencia o el aumento de uno aumenta las opciones para el goce de los otros. Por ende, la acumulación de riqueza o el crecimiento económico, facilitará la posibilidad de gozar de buena salud y la buena salud mejorará la posibilidad de crecimiento económico al nivel individual, de población o nacional. Una población más sana y un medio sano y limpio se reforzarán paralela y mutuamente”.

Menciona también en su intervención a Fogel que afirma: “El aumento, a lo largo de los últimos 200 años, de la cantidad de calorías disponibles para el trabajo ha debido contribuir en grado nada desdeñable a la tasa de crecimiento de los ingresos por habitante de países como Francia y Gran Bretaña”. Es decir, las diferencias en salud han desempeñado un papel clave a la hora de entender porqué algunos países han tenido un crecimiento económico más dinámico, y deben ser mencionadas, junto con otros factores ya estudiados, como la educación, los avances tecnológicos y la acumulación de capital físico, cuya importancia no discutimos.

Igualmente, cierto es que un desarrollo económico rápido y un desarrollo humano lento en los países, con persistencia de niveles de desigualdad en la distribución de la renta y de severas inequidades sociales y sanitarias, no ha probado ser un proyecto sostenible. Puede

decirse que el crecimiento económico y la salud ejercen entre sí una suerte de causalidad recíproca, en donde el primero influye sobre la segunda y a su vez esta posibilita que continúe en línea ascendente el desarrollo del primero.

Y a partir de una clara percepción de la mejor salud como consecuencia del crecimiento y más propiamente del desarrollo económico, se avanza cada vez más a entenderla como su causa, con una premisa que no ha variado: la relación entre ambos siempre ha sido compleja.

Sin embargo, lo que más perturba a los economistas es que la economía global es asimétrica y su crecimiento produce la marginación de una gran parte de la población del mundo.

El creciente interés para la globalización en el área de las relaciones internacionales a partir de los años setenta, surgió como una reacción a las teorías realistas tradicionales y empíricamente inadecuadas que hacen hincapié en los Estados y las relaciones intergubernamentales. Las teorías realistas enfatizan en las relaciones entre gobiernos poderosos, en gran parte mediante canales diplomáticos y la prosecución de los intereses nacionales.

Hacia los años setenta, el crecimiento de la economía mundial, determinó el surgimiento de diversos enfoques como la teoría del sistema del mundo, la globalización y la teoría de la interdependencia. Si bien derivaban de un amplio espectro de perspectivas ideológicas, teóricas y metodológicas, todas compartían un cuestionamiento común del Estado como unidad primaria de análisis. De ese cuestionamiento surgieron numerosos programas de investigación, lo cual motivó la diversificación en su materia de estudio y las conclusiones a las que arribaban. Entre las teorías actuales que marcan los límites de este continuo debate, están la teoría liberal y la teoría crítica.

La teoría liberal (incluido el neoliberalismo y la teoría de la elección racional) ha sido la defensora más importante de la globalización, y la base a menudo implícita de la proliferación de obras dentro del campo de los negocios y la gestión.

La teoría crítica advierte de las consecuencias destructoras y desestabilizadoras de la globalización. En lugar de integrar a las personas y los grupos más cerca de los intereses compartidos, ven la globalización como una fuerza divisoria en lo social, que exagera la separación existente entre los pudientes y los desfavorecidos dentro de los países y entre un país y otro (Amin, 1997).

La globalización es un proceso que ha venido cambiando la naturaleza de la interacción humana, mediante una amplia gama de esferas, como las económica, política, social, tecnológica y ambiental.

La esfera económica tiene que ver con la producción, distribución y consumo de la riqueza. Se aduce mayor comercio de productos, servicios y capital, con una mayor movilidad laboral, y en realidad con grandes desigualdades.

La esfera política se ocupa de la distribución y el uso del poder, en su forma más organizada por intermedio del gobierno. Dadas las desigualdades en la producción, distribución y utilización de las riquezas y la influencia que ha ejercido la globalización en las diferentes esferas de la sociedad, la repercusión en el comportamiento del desarrollo humano y en la salud de la población, era de esperar. A continuación exponemos algunos aspectos de importancia para su mejor comprensión.

*Posibles consecuencias de la globalización en la salud, según interacciones en diferentes dimensiones (espacial, temporal y cognoscitiva)*

En la esfera económica:

- Espacial: Producción y comercio mundial de bienes y servicios.

- Temporal.
  1. Propagación más rápida de las enfermedades debido al comercio y la producción mundial. Ej.: Enfermedades transmitidas por alimentos, respiratorias.
  2. Desarrollo más rápido de la fármaco resistencia debido al uso de antibióticos comercialmente impulsados.
  3. Desarrollo y difusión más lento del control y tratamiento de enfermedades “no lucrativas”.
  4. Desarrollo más rápido y difusión de medicamentos para afecciones “lucrativas”, por ejemplo: viagra.
- Cognoscitiva:
 

Mentalidad mundial de los encargados de formar políticas nacionales al aplicar una justificación económica al sector sanitario.

En la esfera política:
- Espacial.
  1. Redes transnacionales de política sanitaria (comunidad epistémica, política cívica mundial).
  2. Necesidades de salud de las poblaciones de refugiados dentro y fuera de los límites estatales.
- Temporal.
  1. Deterioro más rápido del estado de salud debido a la inestabilidad política, por ejemplo: URSS.
  2. Respuesta más lenta a las amenazas de salud pública debido a la autoridad mundial poco clara.
- Cognoscitiva.
  1. Cambio en la expectativa hacia la función del Estado en la prestación de servicios asistenciales.

En la esfera tecnológica:
- Espacial.
  1. Sistema mundial de vigilancia y seguimiento de las enfermedades.
- Temporal.
  1. Producción más rápida de conocimientos e información en materia de salud.

- Cognoscitiva.
    1. Estrategias mundiales en materia política.
- En la esfera sociocultural:
- Espacial.
    1. Convocar al movimiento mundial en defensa de la salud de la mujer.
    2. Cambios mundiales en la distribución de la pobreza dentro de los países y entre distintos países.
  - Temporal.
    1. Propagación más rápida de las enfermedades transmisibles debido a la movilidad social. Turismo.
    2. Difusión más rápida del adiestramiento y la educación sanitaria por medio de las comunicaciones sociales.
  - Cognoscitiva.
    1. Adopción mundial de modos de vida sanos o insalubres.
    2. Difusión mundial del discurso biomédico occidental.
- Medidas que se están globalizando. Factores determinantes:
- Económico:
    1. Ingreso per cápita.
    2. Industrialización.
  - Social:
    1. Urbanización y consecuencias.
  - Político:
    1. Democratización.
  - Cultural:
    1. Condición sociojurídica de la mujer.
  - Sistema de Salud:
    1. Atención preventivo-curativa.
  - Grado de globalización de los modelos de salud y enfermedad dentro y entre países.
    1. Enfermedades transmitidas por alimentos.
      - Consumo de tabaco.

- Obesidad.
- 2. Riesgos específicos para la salud:
  - Violencia.
  - Lesiones.

Impacto de la Economía Mundial en la salud:

- Directos:
  1. Comercio y la producción de bienes y servicios sanitarios.
  2. Acceso a la atención sanitaria.
  3. Desarrollo de medicamentos y suministros necesarios.
- Indirectos:
  1. El comercio y producción de bienes puede crear externalidades en salud. Ej. Comercialización de alimentos y bebidas a nivel mundial.
  2. Condiciones en las que se producen bienes y servicios. Ej. Trabajo de menores, jornales reducidos, salud ocupacional y normas de seguridad.
  3. Forma en que se financia la salud al determinar los recursos disponibles o la propagación de las ideas en materia de políticas.

Impacto epidemiológico de la globalización:

- Patrones de salud - enfermedad:
  1. Afecciones que han aumentado en escala como resultado de la globalización. Ej. cólera, obesidad, SIDA, tuberculosis, dengue.
  2. Resultado de fuerzas globalizadoras. Cambio climático, migración, urbanización. Ej. TB fármaco resistente, encefalopatía espongiiforme bovina.

### **V.3 Globalización-acceso a los medicamentos. Antecedentes**

- Globalización - Impulso Inversiones Internacionales y Comercio de los servicios, GATT, OMC.

- Acuerdos Multilaterales y El ADPIC (Aspectos Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio):

Repercusión sobre la producción y acceso a los medicamentos.

Patentes, invenciones de productos farmacéuticos.

Incremento costos de producción-incremento precios.

El Programa de Acción para los Medicamentos Esenciales de la OMS, ha elaborado un plan de acción cuyos objetivos principales son:

- Identificar dentro de los acuerdos de la OMC las cuestiones relativas al acceso a los medicamentos esenciales y a las políticas farmacéuticas, e informar de ello a los estados miembros.
- Estudiar las implicaciones de la globalización en cuanto a la innovación, el desarrollo, la producción, la comercialización y los precios de los medicamentos, con el fin de identificar los posibles efectos del acuerdo sobre los ADPIC y de los demás acuerdos comerciales sobre el acceso a los medicamentos esenciales.
- Informar a los estados miembros sobre la necesidad de adoptar medidas de protección de la salud pública paralelamente a la puesta en marcha de los nuevos acuerdos comerciales.

Los economistas más críticos de la globalización, enfatizan sus consecuencias, fundamentalmente las de dismantelar el estado de bienestar, sacrificando una política racional en aras de una economía imprevisible, y creando una incompatibilidad absoluta entre la eficiencia y la justicia, evidenciada en las grandes diferencias de ingresos entre los países ricos y los países pobres. En la tabla pueden observarse estas.

El gasto público en salud anual per cápita oscila entre 6 dólares en países menos adelantados y 8 356 en países de altos ingresos. Esta distribución desigual de las riquezas por países, según categoría, repercute en los

indicadores de mortalidad infantil y la esperanza de vida al nacer.

Categoría de desarrollo	IDH	Gasto público en salud anual per cápita	Mortalidad infantil	Esperanza de vida al nacer	Ingreso Nacional bruto per cápita (US\$)2005
Desarrollo humano muy alto	0,905	8,362	6	80,1	33,381
Desarrollo humano alto	0,758	3,563	30	73,4	11,501
Desarrollo humano medio	0,640	607	50	69,9	5,428
Desarrollo humano bajo	0,466	46	100	59,1	1,633
Total mundial	0,694	-	-	70,1	10,184

La contradicción fundamental entre crecimiento económico y desarrollo sostenible parte de las dimensiones físicas de la economía y del ecosistema donde se desarrolla. Al hablar del crecimiento nos referimos a elementos cuantitativos y el desarrollo introduce elementos cualitativos.

## V.4 Índices de desarrollo humano

Los índices para medir el desarrollo humano global, han cursado por diferentes etapas, las cuales resumimos a continuación:

- 1979 - Morris: Índice de calidad de vida física. Combina los indicadores de mortalidad infantil, esperanza de vida al año y el analfabetismo.
- 1990 - PNUD: Índice de desarrollo humano (IDH). Contempla: dimensiones de longevidad, conocimiento, ingreso. Se considera una medida para lograr vida sana,



comunicarse y participar en las actividades de la comunidad y contar con recursos suficientes para conseguir un nivel de vida razonable. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) concibe el desarrollo humano, no solo como el desarrollo y el crecimiento económico, sino que engloba también el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana y destaca la importancia de garantizar a las personas sus necesidades, aspiraciones y opciones en el centro de las actividades de ese desarrollo, el cual tiene implícito disfrutar de una vida prolongada y saludable. Existen seis dimensiones fundamentales del concepto de desarrollo humano presentado por el PNUD, que lo diferencian de otros enfoques: la equidad, la sustentabilidad, la productividad, la potenciación, la cooperación y la seguridad.

- 1992 - Boltvinik: Índice de Progreso Social. Pretende superar la dicotomía entre lo económico y lo social, a la que vez orientar el proceso de desarrollo hacia el bienestar colectivo.
- 1994 - Castellanos: Indicador General de Accesibilidad al Desarrollo Social Acumulado. Se refiere a la accesibilidad acumulada en cuanto a servicios básicos de salud, recursos económicos, nutrientes, saneamiento básico y sistema educativo.
- 1996 - PNUD: Índice de Pobreza de Capacidad (IPC). Pretendía reflejar el porcentaje de población que carecía de capacidad humana básica o mínima esencial, teniendo en cuenta la falta de tres capacidades elementales:
  1. La de estar alimentado y sano.
  2. La de procreación en condiciones saludables.
  3. Tener educación y conocimientos.
- 1996 - López, Cándido (cubano): Índice de Desarrollo Humano Modificado (IDHM). Introduce dos diferencias respecto al IDH:
  1. Incorporación de una variable que cuantifica la magnitud con la cual el ingreso se traduce en el desarrollo humano.

2. Empleo del Producto Interno Bruto real per cápita sin ajustarlo al umbral de ingresos, en lugar de ajustarlo como se hacía en el IDH.
- 1997 - PNUD: Índice de Pobreza Humana. Se basa en la longevidad, los conocimientos y el nivel de vida.
  - 1999 - CIEM (Centro Inf. Económica Mundial, Cuba): Índice de Desarrollo Humano y Equidad (once indicadores), vinculados a tres componentes:
    1. Logros en áreas relevantes de desarrollo humano.
    2. Equidad de grupos humanos del país.
    3. Impacto del ingreso en el desarrollo humano.
  - 2000 - Lemos y Frías: Índice de Desarrollo Humano Ampliado.
  - 2000 - Lemos y Frías: Índice de Desarrollo Humano Ampliado Municipal.
  - 2000 - CIEM: Índice Territorial Desarrollo Humano Equidad, utiliza el logro relativo en:
    - Desarrollo económico
    - Consumo personal
    - Nivel educacional
    - Estado de salud de la población
    - Acceso a los servicios básicos
    - Acceso a la energía eléctrica
    - La calidad de la vivienda
    - La participación política.
- Y como indicador:
- Volumen de inversión per cápita.
  - Volumen de circulación mercantil minorista per cápita.
  - Tasa de escolarización de 6 - 14 años.
  - Esperanza de vida al nacer.
  - Porcentaje de población con acceso al agua potable.
  - Porcentaje de población con acceso a la electricidad.
  - Porcentaje de viviendas en buen estado.
  - Porcentaje de votantes en las últimas elecciones.

- 2001- Rodríguez de la Vega, González y Quintanar: Recomiendan, como medida del desarrollo, la diversidad del nicho socioeconómico, que definen como la función dada en su doble aspecto de productor y consumidor, que tiene cada uno de los grandes conjuntos de hombres con una actividad socioeconómica y poder adquisitivo similares.
- 2002 - López: Índice de Eficiencia Relativa del Recurso Económico en el Desarrollo Humano: Se basa en la diferencia entre el valor observado del denominado Índice de Desarrollo Humano y Equidad Modificado y el valor esperado del índice de acuerdo con el PIB real per cápita del país.
- Índice de Desarrollo de Género: Ajusta el progreso medio en el desarrollo, medido a través del IDH, para reflejar las desigualdades entre hombre y mujer.
- Índice de Potenciación de Género: Se propone cuantificar las oportunidades de la mujer y refleja las desigualdades de género en las siguientes esferas:
  - Participación política y el poder para adoptar decisiones.
  - Participación económica y el poder para adoptar decisiones sobre los recursos económicos.
- Índice de Igualdad de Género formulado por FNUAP (Fondo de población de las Naciones Unidas).
  - Autonomía del cuerpo
  - Autonomía dentro de la familia y el hogar
  - Poder político
  - Recursos sociales
  - Recursos materiales
  - Empleo e ingreso
  - Tiempo disponible e identidad de género.

Dentro de los *pilares del IDH* se contemplan los siguientes logros:

  - económicos
  - sociales

culturales  
políticos, y  
equidad.

*La equidad implica:*

Acceso a buena educación  
Servicios de salud eficientes  
Seguridad social  
Oportunidades para el avance a niveles superiores (individual, familiar, social)  
Producción de bienes materiales  
Cultura  
Conservación del medio ambiente.

*Componentes del IDH*

*La longevidad*, pues la esperanza de vida prolongada es valiosa en sí misma y además, por el hecho de que varios beneficios indirectos están directamente relacionados con una esperanza de vida elevada.

*Los conocimientos* reflejan el acceso a la educación que resulta necesaria para llevar una vida productiva en la sociedad moderna. El alfabetismo es un indicador en el desarrollo humano, pues cuando una persona aprende a leer y a escribir se le abre el camino para el aprendizaje y la adquisición de conocimientos.

*El manejo de recursos* que se requieren para una vida adecuada; por lo que se necesitan datos como el acceso a la tierra, créditos, ingresos y otros. Por la limitación de la información, se analiza un indicador de ingresos.

La globalización tiene su repercusión en general en todos los países y muy especialmente en los países del tercer mundo. Cuba es un país que ha dado muestra de recuperación económica a pesar del bloqueo al que ha estado sometida. A continuación mostramos algunos resultados obtenidos en la evaluación de Índices de Desarrollo Humano.

<b>ANÁLISIS COMPARATIVO DE INDICADORES DE DESARROLLO HUMANO EN DIFERENTES PROVINCIAS CUBANAS</b>			
<b>Provincias</b>	<b>IDH 1996</b>	<b>ITDHE 1999</b>	<b>ITDHE 2003</b>
Ciudad Habana	0,7731	0,9331	9,9427
Cienfuegos	0,6842	0,8525	0,8389
La Habana	0,6926	0,8365	0,8289
Ciego de Ávila	0,6140	0,8213	0,8205
Matanzas	0,6818	0,8352	0,8122
Santi Spíritus	0,6459	0,8179	0,7995
Villa Clara	0,6560	0,7915	0,7914
Las Tunas	0,4210	0,7671	0,7746
Pinar del Río	0,5152	0,7763	0,7745
Camagüey	0,4683	0,7813	0,7737
Holguín	0,4431	0,7867	0,7572
Santiago de Cuba	0,4754	0,7612	0,7466
Guantánamo	0,3885	0,7304	0,7329
Granma	0,3382	0,7122	0,7209

En los años 1999 y 2003, se utilizaron los indicadores del Índice Territorial de Desarrollo Humano y Equidad.

Al analizar los indicadores obtenidos en la última evaluación del ITDHE, se puede observar que son superiores a los índices de ITDHE de 1999, destacándose incrementos en el valor de la circulación mercantil minorista por habitante y en el volumen de inversiones per cápita, y disminuyó en general la disparidad entre provincias.

Cuba exhibe índice de 0, 776 categorizado como de Desarrollo humano Alto, en las siguientes tablas se puede apreciar el lugar que ocupa en el informe del año 2011.

<b>DIMENSIONES E INDICADORES EN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO APLICADO A LAS PROVINCIAS DE CUBA EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE DESARROLLO HUMANO EN CUBA 1996</b>	
<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores</b>
Longevidad	Esperanza de vida al nacer.
Educación	Tasa de escolaridad de 6 a 14 años. Tasa de matrícula combinada en la educación primaria.
Ingreso	Salario medio mensual por habitante (pesos).
Salud	Tasa de mortalidad infantil (por 1 000 nacidos vivos). Tasa de mortalidad de menores de 5 años (por 1 000 nacidos vivos).
Servicio Básico	Porcentaje de población con cobertura de agua potable.

<b>DIMENSIONES E INDICADORES CONSIDERADOS EN EL ITDHE (1999 Y 2003)</b>	
<b>Dimensión</b>	<b>Indicadores trazadores</b>
Desarrollo económico	Volumen de inversiones per cápita (pesos).
Consumo personal	Valor de la circulación mercantil minorista per cápita (peso).
Nivel de educación	Tasa de escolarización de 6 a 14 años (%).
Estado de salud de la población	Esperanza de vida al nacer (ambos sexos).
Acceso a servicio básico	Porcentaje de población con acceso al agua potable.
Acceso a la energía	Porcentaje de población con acceso a electricidad.
Calidad de vivienda	Porcentaje de viviendas en buen estado.
Participación política	Porcentaje de votantes en las últimas elecciones.

**ÍNDICES DE DESARROLLO HUMANO EN LAS  
AMÉRICAS (INFORME 2011)**

**Desarrollo humano muy alto**

<b>Puesto</b>	<b>Estados</b>	<b>IDH</b>
1	Estados Unidos	0,910
2	Canadá	0,908
3	Chile	0,805
4	Argentina	0,797
5	Barbados	0,793

**Desarrollo humano alto**

<b>Puesto</b>	<b>Estados</b>	<b>IDH</b>
1	Uruguay	0,783
2	Panamá	0,776
3	Cuba	0,778
4	Bahamas	0,771
5	México	0,770

### Desarrollo humano medio

Puesto	Estados	IDH
1	República Dominicana	0,689
2	Surinam	0,680
3	Salvador	0,674
4	Paraguay	0,665
5	Bolivia	0,663
6	Guyana	0,663
7	Honduras	0,625
8	Nicaragua	0,589
9	Guatemala	0,574

### Desarrollo humano bajo

Puesto	Estado	Puesto
1	0,454	Haití

Como puede apreciarse, Cuba, país en vías de desarrollo, bloqueado hace más de 50 años, logra situarse en la categoría de Desarrollo humano alto y ha trabajado para alcanzar los objetivos propuestos para el Milenio.



No.	Objetivos	Evaluación
1	Erradicar la pobreza extrema y hambre.	Probable el cumplimiento en el 2015.
2	Lograr la enseñanza primaria universal.	Meta cumplida. Probable mantener 2015.
3	Promover la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer.	Meta cumplida. Probable mantener 2015.
4	Reducir la mortalidad infantil.	Probable el cumplimiento en el 2015.
5	Mejorar la salud materna.	Probable el cumplimiento en el 2015.
6	Combatir el VIH/SIDA, el Paludismo y otras enfermedades.	Probable el cumplimiento en el 2015.
7	Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.	Potencialmente probable.
8	Fomentar la asociación mundial para el desarrollo.	Potencialmente probable.

Informe estado de cumplimiento y pronóstico de los ODM para el 2015.

Para el cumplimiento de los objetivos:

Objetivo 1. Se avanza en materia de empleo, no solo estatal, sino con una nueva modalidad, el cuenta propista, de acuerdo con los Lineamientos socioeconómicos aprobados en el VI Congreso del PCC, así como los aspectos de seguridad y asistencia social. La disponibilidad de kilocalorías es 3 258, el ingreso nacional bruto per cápita es 5 460 US, el crecimiento medio anual es 3,1.

- Objetivo 2. La educación constituye un proceso social organizado y es una expresión de la lucha por la igualdad y la justicia social. El por ciento del gasto en educación del PIB, asciende al 12,9 %, la tasa de alfabetización de adultos es del 99,8 %, el índice de educación es de 0,857 y la tasa bruta de matriculación es del 96 %. Los años promedio de educación son 10,2.
- Objetivo 3. Cuba cumple los acuerdos y tratados internacionales en materia de género, muy especialmente con los emanados de la IV Conferencia Mundial de las NNUU sobre la Mujer y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer.

La proporción en escaño del parlamento relación mujer/hombre es de 0,826. La tasa de participación en la fuerza de trabajo (relación tasa de mujeres-tasa de hombres) es de 0,619. La población con al menos educación secundaria completa, relación mujer/hombre (relación tasa de mujeres-tasa de hombres) es de 0,920.

- Objetivo 4. El Programa Materno Infantil es prioridad dentro del sistema, donde se pone de manifiesto la integralidad, intersectorialidad y la voluntad política del Estado. En el año 2012 la tasa de mortalidad infantil fue de 4,6 por 1 000 nacidos vivos, por debajo de países industrializados del primer mundo. La tasa de mortalidad en menores de 5 años es de 6 por 1 000 nacidos vivos en el año 2011. La esperanza de vida al nacer es 79,3 años. Para el hombre 77,4 años y la

mujer 81,3 años. La esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe es de 74,7 años.

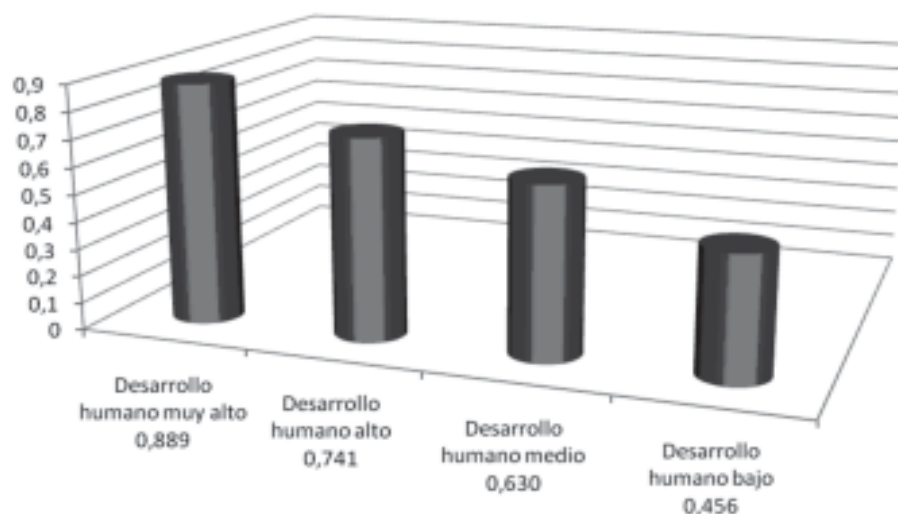
- Objetivo 5. Se trabaja por elevar la calidad de la atención a la mujer gestante con un enfoque integral. La razón de la mortalidad materna fue de 40,6 por 100 000 nacidos vivos.
- Objetivo 6. El programa ha dado muestra de ser eficaz y efectivo, la voluntad política del Estado ha conducido a una respuesta multisectorial con participación activa de la sociedad, así como el apoyo financiero que brindan los Organismos de Naciones Unidas.

En Cuba se promueve la adopción de comportamiento seguro en la población general, con énfasis en la población joven y los grupos vulnerables. Mejora la calidad y manejo logístico del condón a través del mercadeo social. Mejora la atención integral y calidad de vida de las personas viviendo con VIH y asegura el acceso al tratamiento antirretroviral a los pacientes que lo necesiten.

- Objetivo 7. Los avances alcanzados hasta el presente, han sido posibles por la decisión y persistencia política de llevar adelante el desarrollo socio-económico y ambiental del país, por la utilización de la planificación como instrumento económico esencial del desarrollo y por la creación de destacadas instituciones y centros de investigación que han ido perfeccionando su trabajo a lo largo de este periodo, evaluando la situación de los diferentes ecosistemas nacionales. La población con acceso al agua potable es el 94 % y las instalaciones de saneamiento son el 91%
- Objetivo 8. Cuba introduce nuevas tecnologías de la informática para el desarrollo sostenible y la participación masiva de los proyectos colectivos en función de la preservación del medio ambiente. Fortalece las capacidades en toda la región caribeña para la gestión de riesgos relacionados con el clima. De manera particular,

integra la comunidad tradicional de manejo de desastres con la comunidad científica que estudia el cambio climático a largo plazo.

### AGRUPACIÓN DE IDH PAÍSES DEL MUNDO



Cuba ocupa el lugar 51 entre los 187 países evaluados a nivel mundial. Países como Noruega con índice de 0,943 y Australia con 0,929 ocupan los primeros lugares y los de índices más bajos son República Democrática del Congo con 0,286, Niger 0,295, Burundi, 0,316 y Mozambique 0,322.

### V.5 Panorámica internacional

El sistema de salud es el conjunto de instituciones que vela por la salud de los ciudadanos, reviste una importancia creciente para los diferentes sistemas económicos. Este hecho se expresa en el ascendente porcentaje del

gasto público y privado en salud en relación con el Producto Interno Bruto (PIB). En otras palabras, el ritmo de incremento del gasto en salud, es superior al ritmo de crecimiento del PIB.

Por un lado, el gasto en salud se puede considerar como una inversión en capital humano, en la medida que contribuye al crecimiento económico y a garantizar un nivel adecuado de calidad de vida, pero por otra parte aparecen dudas legítimas sobre la sostenibilidad de ese crecimiento a largo plazo. Todos los gobiernos, todos los países, están en un proceso de reformulación de los sistemas de salud que responde a la necesidad de mejorar aspectos de eficiencia, calidad, cobertura y equidad.

En los momentos actuales sería necesario preguntarse:

- Podrá la globalización atender y resolver los problemas sociales.
- Podrá disminuir la pobreza.
- Podrá disminuir la carga de morbilidad y mortalidad.
- Podrá la globalización, globalizar la equidad.

Una de las alternativas propuestas por los EE.UU. fue la creación del ALCA. Cabe preguntarse cuáles son los logros teóricos del ALCA; desde el punto de vista de los EE.UU., el ALCA es solo una pieza en un mapa de dimensión mundial que permitiría ampliar su acceso a los mercados del hemisferio, eliminar o al menos reducir la desviación de comercio, inversión que implica los esquemas de integración subregional; mejorar las normas de protección intelectual y de trato a la inversión extranjera en el hemisferio; y comprometer a los países de América Latina y el Caribe a mantener o profundizar sus actuales políticas económicas.

A esto se añade el importante objetivo de sentar precedente para las negociaciones con otros socios comerciales en otras latitudes.

Evidentemente se trata de un intercambio desigual en cuanto a acceso al mercado de los EE.UU., y su extensión

a los productos sensibles hoy excluidos con las limitaciones de medidas unilaterales, sanciones y barreras para el comercio mucho más amplio con otros países. Al ser rechazada el ALCA, se insiste en el Tratado de Libre Comercio, modalidad que afecta a los productores locales de los países involucrados.

El panorama internacional es preocupante, dado por la crisis económica del capitalismo que conlleva los procesos, de recesión económica. Muestra de ello es la situación que enfrenta Estados Unidos y la Unión Europea en la actualidad.

Contraria a esta alternativa se propone el ALBA (Alternativa Bolivariana para las Américas), la cual trata de un intercambio equitativo e igualitario entre los países de América Latina y el Caribe donde ya se están dando los primeros pasos para la integración latinoamericana en el orden social y en el orden económico. El Sucre, como moneda virtual de intercambio igualitario comercial, es utilizado por países integrantes del ALBA. Otras agrupaciones de países como el MERCOSUR, UNASUR, CARICOM y la CELAC, abogan por la integración latinoamericana sustentada sobre la base económica y social.

Los países que forman el BRICS agrupan el 40% de la economía mundial, con amplia perspectiva de desarrollo.

¿Qué hacer?

Los economistas de hoy tienen la capacidad y la inteligencia suficientes para elaborar una nueva teoría económica, que convertida en política económica por los diferentes estados, permita encaminar las economías mundiales, y en particular, la de los países subdesarrollados hacia el establecimiento de un desarrollo sostenible, y las diferencias económicas y sociales de hoy se comiencen a resolver. El que se convierta una nueva teoría económica en una nueva política económica, depende de la voluntad de los estados de combatir a las políticas económicas neoliberales.

Una nueva política económica que enfrente a la política económica neoliberal actual, debe cumplir cuatro principios de carácter internacional, común para todas las naciones:

1. El respeto a cada nación de elegir la forma o tipo de democracia que se aplicará en su país, que responda siempre a los intereses del pueblo y en bienestar de este.
2. El establecimiento de la colaboración económica entre las naciones sobre la base del respeto y el beneficio de las partes.
3. La ayuda al desarrollo de los países subdesarrollados por parte de los países altamente industrializados debe ser en materia de:
  - El desarrollo de la ciencia y la técnica, en busca de una industrialización intensiva, extensiva y diversificada.
  - La diversificación de la producción industrial y agrícola.
  - El desarrollo de una infraestructura comercial.
  - El desarrollo de las comunicaciones.
  - El desarrollo del transporte.
4. Respeto absoluto y el obligatorio cumplimiento de los acuerdos de la ONU y de sus organizaciones, que logren la unión de todas las naciones, independientemente del régimen político existente en la lucha contra la globalización neoliberal.

Sobre esta base, a escala internacional, las naciones desarrollarían un grupo de acciones que crearían las condiciones internas para el camino hacia el desarrollo de los países subdesarrollados, fundamentalmente, estas acciones son:

1. Lograr la integración económica, con independencia del régimen político o tipo de democracia existente en las naciones.

2. Democratizar las acciones del Fondo Monetario Internacional y del Banco Mundial a favor de todos los países del mundo y no de unos pocos.
3. Condonar la deuda externa actual de los países subdesarrollados.
4. Conceder préstamos a largo plazo y con bajos intereses a los países subdesarrollados, con preferencia a los más pobres.

El próximo paso sería internamente, cada país, sobre todo los subdesarrollados, aplicarían una serie de medidas que garantizarían el camino hacia el desarrollo sostenible, ellas serían:

1. Retomar el papel económico y social del Estado.
  - Propietario de aquellas producciones y ramas de vital importancia para el desarrollo económico y social del país, haría suyo el desarrollo de la educación, la salud, el deporte, la cultura y la seguridad social.
  - Regulador del comercio exterior, aplicaría una política proteccionista arancelaria consecuente, encaminada a proteger la producción nacional contra aquellos productos no integrados y facilitaría la exportación de su producción nacional.
  - Facilitar el proceso integracionista con países del área.
  - Facilitar la comercialización de sus empresas con empresas de otras naciones sobre la base de precios justos y de beneficios mutuos.
  - Desarrollar políticas económicas internas que permitan extender el desarrollo científico técnico a la industria, la agricultura, el comercio, el transporte, las comunicaciones y los servicios, así como a todo el territorio en busca de una industrialización diversificada y un desarrollo sostenible.
  - Desarrollar políticas internas encaminadas a la protección de la ecología y el medio ambiente.



2. Crear un sistema financiero capaz de responder a las exigencias de un desarrollo diversificado, sostenible y de una economía integrada, para ello:
  - Regular las tasas de interés.
  - Priorizar la entrada al país de las inversiones extranjeras directas.
  - Dirigir estas inversiones extranjeras directas a los sectores de interés para el desarrollo económico del país.
  - Regular internamente el funcionamiento de los mercados financieros, a través de una tasa de interés al capital especulativo, de tal forma que desaparezca la especulación y se elimine el trasiego libre de capital entre los mercados financieros de los diferentes países.
3. Detener el proceso de privatización.
4. Estimular el ahorro de empresas y población.
5. Prestar atención al desempleo y subempleo hasta su disminución en busca del máximo empleo. Estas medidas requieren de un grupo de instrumentos que en cada país, de acuerdo con sus condiciones geográficas, económicas y sociales, enmarcarían el inicio de la aplicación de una nueva política económica que en esencia se diferencia de la actual política económica neoliberal.

## V.6 Resumen

En el contexto del mundo actual es una necesidad la integración para la supervivencia de la especie humana, y la globalización, en su aspecto positivo, puede contribuir a mejorar la situación en cierta medida. Pudiéramos poner como ejemplo la colaboración que presta Cuba en materia de salud, donde nuestros trabajadores van a los lugares intrincados para la atención de la población más pobre y olvidada, así como en otros sectores como el de

educación con el sistema de alfabetización *Yo sí puedo*, con más de dos millones de alfabetizados, o la *Operación Milagro*. El ALBA es otro ejemplo de globalización económica y social de integración para América Latina y el Caribe.

Recordemos el pensamiento del economista norteamericano Alfred Marshall: “Si la riqueza material se administra sabiamente aumenta la salud, la fortaleza física, espiritual y moral del género humano”. José Martí sentenció en el periódico *Patria*: “El gobierno es la equidad perfecta y la serenidad”.

Globalicemos la sabiduría para administrar sabiamente y entonces habrá equidad.

Socialicemos la globalización y tendremos un mundo mejor. Como dijera el Comandante en Jefe: “Un mundo mejor es posible”.

## V.7 Cuestionario

1. ¿Qué diferencia existe entre el ALCA y el ALBA?
2. Explicar los impactos principales de la globalización sobre el desarrollo humano.
3. ¿Cuáles son los indicadores fundamentales del IDH?

## **CAPÍTULO VI. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA**

Dra. Felipa Nerys López Veranes  
MSc. Liliana Leyva Rosales  
Dra. Maritza Santana Formeza

### **VI.1 Introducción**

El Sistema Nacional de Cuba como rector de las ciencias de la salud, lleva a cabo transformaciones dirigidas siempre al bienestar de la población; tiene a su vez funciones y principios y cuenta con un soporte jurídico, tanto en lo económico, como en lo social recogido en la Constitución de la República de Cuba que ampara dichas actuaciones en aras de su buen desempeño.

El presente capítulo tiene como esencia familiarizar a los estudiantes con la planificación, partiendo de que serán futuros actores en este proceso, una vez concluidos sus estudios de pregrado, los que les servirán de base en la toma de decisiones. Asimismo podrán comprender la planificación estratégica como proceso social complejo que les permitirá trabajar en función de lograr sus objetivos a largo plazo y cumplir con las políticas estatales en función del bienestar económico y social del país.

De igual modo se incluyen algunos aspectos básicos en relación con la Administración Estratégica como herramienta para obtener un alto grado de provecho por parte de los directores a todos los niveles.

## VI.2 Planificación

La *planificación* se entiende como el proceso de plantearse un objetivo y proveerse de los medios para alcanzarlo. En este sentido, pocas actividades humanas son ajenas a la planificación, y así, esta se convierte en un espacio para el desarrollo de la racionalidad y la libertad de los seres humanos. Para preservar la salud de las comunidades se hace indispensable crear herramientas de mejoramiento mediante programas, proyectos, planes y actividades de salud, encaminadas a mejorar las condiciones de vida de los individuos. Sin embargo, cuando se pasa del asunto particular al terreno colectivo o social, surgen dificultades para la definición de los objetivos, los medios y la provisión de estos, o sea, para clarificar lo que es la planificación de lo social. Para la salud pública, ya que esta trata con las condiciones de salud de los colectivos, esta limitante no es distinta. *La planificación en salud es el acto de planificar para mejorar la salud colectiva.*

*Planificar* es la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí, que previstas anticipadamente, tienen el propósito de influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos y limitados.

Se planifica con el ánimo de reducir la incertidumbre sobre la base de un mejor conocimiento de la realidad y la previsión de lo que puede acontecer de mantenerse algunas situaciones. La planificación tiene mucho que ver con la realidad, implica una permanente adopción de decisiones.

### VI.2.1 Características básicas de la planificación

*Sentido de proceso:* la planificación es una actividad continua, un reajuste permanente entre medios, actividades, fines y procedimientos. *Vínculo con el medio:* tiene en cuenta los diferentes factores sociales y contingentes que conforman el escenario donde se desarrolla. *Actividad preparatoria:* la planificación se desarrolla en un escenario previo a la acción. *Conjunto de decisiones:* planificar implica la selección de algunas soluciones entre una gama de opciones. *Para la acción:* a pesar de que la planificación no es ejecución, siempre va dirigida hacia la realización de acciones. *Sentido de futuro:* la planificación siempre es un esfuerzo prospectivo, se busca el logro de objetivos futuristas. Tiende al *logro de objetivos:* el alcance de objetivos propuestos, concretos y definidos es una de las principales metas de la planificación. *Teoría causa-efecto:* relación de causalidad entre lo decidido y los resultados esperados. *Eficiencia:* para el logro de los objetivos, se busca el uso de los medios más eficientes.

El planificador debe estar vinculado con el medio, se debe ubicar en el terreno de la realidad social, una realidad construida por hombres que no siguen parámetros lineales ni leyes generales, que no están condicionados irrenunciablemente, que están determinados por innumerables factores (biológicos, sociales, económicos, emocionales, culturales, etc.). En conclusión, la realidad social es compleja, indeterminada y plagada de incertidumbre.

La racionalidad en la planificación aparece como el intento de disminuir tal incertidumbre y controlar los eventos, subordinarlos. Sin embargo, se debe ser consciente de la imposibilidad de un control completo del entorno, así que se debe conciliar la búsqueda de mitigación de incertidumbre, con un conocimiento profundo de la realidad social y la capacidad de flexibilidad ante el

cambio. En conclusión, la racionalidad consiste en introducir coherencia a las acciones planteadas como solución frente a un problema, coherencia vista en dos planos: con los objetivos propuestos, y con el medio social vigente.

Un equipo de trabajo multidisciplinario internacional definió la palabra *estrategia*, que se usa en múltiples contextos y con sentidos diferentes. Según el gráfico con definición de términos (Fig. 6), un plan estratégico es el *conjunto de acciones* que nos lleva a un resultado futuro deseado (Visión).

### VI.2.2 Niveles de la planificación

1. *Los planes*: son la instancia más global, constituida por los lineamientos políticos y las prioridades generales del planificador.
2. *Los programas*: son el conjunto organizado de proyectos, servicios o procesos, que responden a las metas, objetivos y estrategias del plan.
3. *Los proyectos*: conjunto de actividades concretas que cumplen la intención de prestar bienes y servicios específicos o resolver problemas puntuales.
4. *Las actividades*: son la secuencia de acciones para el logro del objetivo específico de un proyecto.

## VI.3 Planificación estratégica

Todo sistema tiene que estar bien engranado y debe contar con una adecuada Planificación estratégica para que fluya y permita alcanzar el objetivo trazado.

Desde tiempos remotos conocer el futuro ha atemorizado e intrigado a la humanidad y aunque hoy resulta imposible despejar esta incógnita, la construcción de probables escenarios futuros a partir del uso de tecnologías y

herramientas, que se han ido incorporado a las metodologías de planificación estratégica, nos permite predecir rutas alternativas y elegir la que a nuestro criterio resulte la más probable.

En la evolución histórica de la Planificación estratégica, los primeros estudiosos modernos que ligaron el concepto de estrategia a los negocios fueron Von Neuman y Morgenstern en su obra *La teoría del juego*: “una serie de actos que ejecuta una empresa, los cuales son seleccionados de acuerdo con una situación concreta”.

Peter Drucker, 1954: Señaló que “la estrategia requiere que los gerentes analicen su situación presente y que la cambien en caso necesario, saber qué recursos tiene la empresa y cuáles debería tener”.

Alfred Chandler, 1962: Planteó que es “el elemento que determina las metas básicas de la empresa, a largo plazo, así como la adopción de cursos de acción y asignación de recursos para alcanzar las metas” (primera definición moderna de estrategia *strategy and structure*).

Henry Mintzberg : La definió como “el patrón de una serie de acciones que ocurren en el tiempo”, en su opinión, los objetivos, los planes y la base de recursos de la empresa, en un momento dado, no son más importantes que todo lo que la empresa ha hecho y en la realidad está haciendo. Esta concepción enfatiza la acción; las empresas tienen una estrategia, aún cuando hicieran planes.

Estrategia Global: Es establecer una estrategia para un negocio a nivel mundial, eligiendo entre varias dimensiones estratégicas. Y para cada dimensión, una estrategia multidoméstica busca maximizar el desempeño mundial mediante la masificación de la ventaja competitiva local. Busca maximizar el desempeño mundial a través de la participación y la integración.

Década de los 60: Se comenzó a usar la expresión: “Planeación a largo plazo”. Subsecuentemente se han creado los términos: Planeación corporativa completa, Planeación directiva completa, Planeación general

total, Planeación formal, Planeación integrada completa, Planeación corporativa, y Planeación estratégica. Más reciente aún Gerencia estratégica.

### VI.3.1 ¿Qué es Planeación estratégica?

Es un proceso sistemático que da sentido de dirección y continuidad a las actividades diarias de una empresa o institución, permitiéndole visualizar el futuro e identificar los recursos, principios y valores requeridos para transitar desde el presente, hacia la visión, siguiendo para ello una serie de pasos y estrategias que puedan definir los objetivos a largo plazo, identificar metas y objetivos cuantitativos, desarrollar estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizar recursos para llevar a cabo dichas estrategias.



Fig. 6. Definición de términos que evalúan la planificación estratégica.

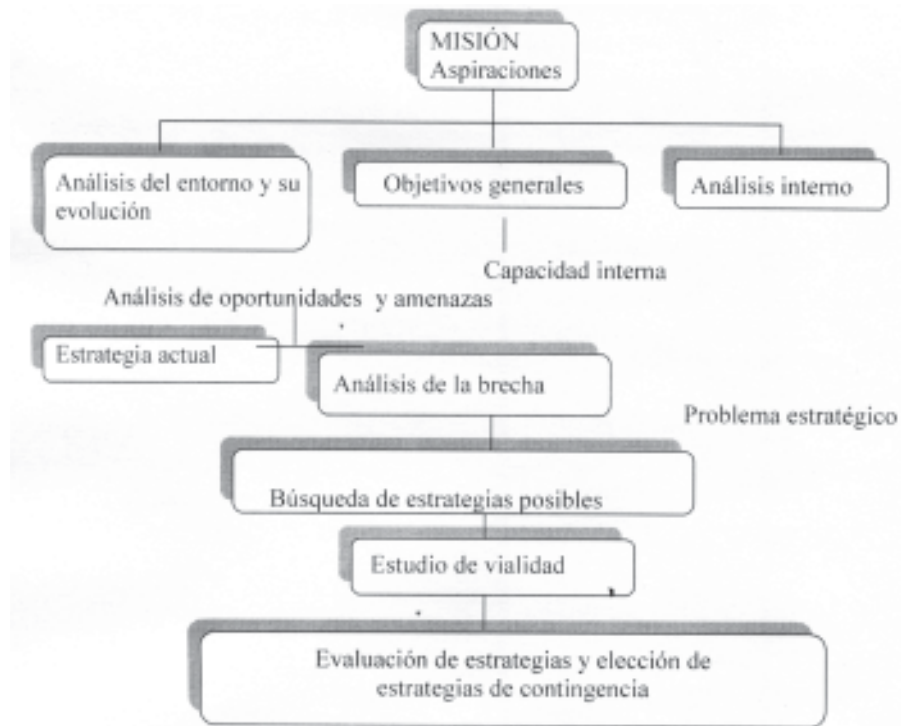


Incluye la aplicación de la intuición y el análisis para determinar las posiciones futuras que la organización o empresa debe alcanzar, es un proceso dinámico lo suficientemente flexible para permitir —y hasta forzar— modificaciones en los planes a fin de responder a las cambiantes circunstancias. Es el componente intermedio del proceso de planeación, situado entre el pensamiento estratégico y la planeación táctica. Esta trata con el porvenir de las decisiones actuales, observa la cadena de consecuencias de las causas y efectos durante un tiempo, relacionadas con una decisión real o intencionada que tomara la dirección, su finalidad es identificar y llevar a la práctica los objetivos a *largo plazo* de la empresa.

El proceso clásico de formulación de la estrategia, considera a la organización como una unidad lógica de los factores, pero además, considera la intervención de un actor único y racional (la alta dirección, cuya racionalidad es esencialmente de tipo técnico - económico) que sabe definir perfectamente objetivos y un sistema de preferencias, apoyándose también en métodos e instrumentos analíticos a fin de intentar optimizar esfuerzos.

En la actualidad, el proceso estratégico se ha considerado también como el producto de un conjunto de procesos organizacionales y de intervenciones individuales claves. En organizaciones complejas es el resultado de un proceso que concierne a toda la organización, más que a la concepción maestra de un decisor, y esto debido principalmente a la dificultad de reconciliar las oportunidades de un entorno incierto con las capacidades, no siempre claras de la organización, los recursos limitados y los valores personales sumergidos que existen.

En otros términos, estamos en presencia de un modelo racional de toma de decisiones con las limitaciones que ello implica y derivadas principalmente de una



racionalidad limitada por el decisor, así como la existencia de grupos influyentes. El esquema clásico es el siguiente:

El éxito de la estrategia no depende solamente de la pertinencia y calidad de su formulación, desde el punto de vista técnico - económico, sino que también está ligado al grado de aceptación por los distintos actores. Los actores no tienen, *a priori*, ninguna razón de adherirse al proyecto de los directivos.

Por lo tanto, en el proceso de formulación de la estrategia es necesario identificar y explicar todos los elementos integrantes a fin de que la estrategia no nazca muerta. La formulación clásica es útil, pero insuficiente y su uso exclusivo puede provocar consecuencias indeseables para el desarrollo de la organización, es decir, puede generar

respuestas defensivas e incluso ofensivas que obstaculicen la ejecución correcta de la estrategia diseñada. Por otra parte está probado que para llevar a la práctica eficazmente una estrategia, se consideran como elementos fundamentales los siguientes: la estructura organizativa, el estilo de dirección, el liderazgo, el sistema de motivación, el grado de participación, el sistema de información, las normas, las reglas y los procedimientos, etc.

*¿Por qué desarrollar un plan estratégico?*

El desarrollo de un plan estratégico produce beneficios relacionados con la capacidad de realizar una gestión más eficiente, al liberar recursos humanos y materiales, lo que redundará en eficiencia productiva y en una mejor calidad de vida y trabajo para los miembros de la organización (Fig. 7).

Es el estudio de las oportunidades y las amenazas e implicará conocer muy bien qué cosas estarán en contra de lo que queremos lograr. Estos obstáculos pueden ser muchos y variados. En este aspecto se necesita ser muy crítico, ya que las amenazas pueden encontrarse internamente. Por otro lado, hay que estar muy atento para descubrir las oportunidades.



Fig. 7.

*La Planificación Estratégica mejora el desempeño de la institución.*

El solo hecho, demostrado por muchos estudios, de establecer una visión, definir la misión, planificar y determinar objetivos, influye positivamente en el desempeño de la institución. La planificación estratégica permite pensar en el futuro, visualizar nuevas oportunidades y amenazas, enfocar la misión de la organización y orientar de manera efectiva el rumbo de una organización, facilitando la acción innovativa de dirección y liderazgo.

*Permite enfrentar los principales problemas de las organizaciones.*

La planificación estratégica es una manera intencional y coordinada de enfrentar la mayoría de los problemas críticos, intentar resolverlos en su conjunto y proporcionar un marco útil para afrontar decisiones, al anticipar e identificar nuevas demandas.

*Introduce una forma moderna de gestionar las instituciones públicas.*

Una buena planificación estratégica exige conocer más la organización, mejorar la comunicación y coordinación entre los distintos niveles y programas y mejorar las habilidades de administración. La planificación estratégica genera fuerzas de cambio que evitan que las organizaciones se dejen llevar por los cambios, las ayuda a tomar el control sobre sí mismas y no sólo a reaccionar frente a reglas y estímulos externos.

### **VI.3.2 Estrategias *versus* tácticas**

¿En qué difieren las estrategias de las tácticas? La diferencia principal radica en la escala de acción o la perspectiva del líder. Lo que parece ser una táctica para el ejecutivo en jefe, puede ser una estrategia para el jefe de mercadotecnia, si es que esta determina el éxito total y

la viabilidad de la organización. En un sentido más preciso, las tácticas pueden ser a cualquier nivel.

Las tácticas son los relineamientos de corta duración, son ajustables y asumen la acción y la interacción que las fuerzas contrarias usan para lograr metas específicas después de su contacto inicial. La estrategia define una base continua para enfocar esos ajustes hacia propósitos más ampliamente concebidos.

Una estrategia genuina siempre es necesaria cuando las acciones potenciales o las respuestas de un contrincente inteligente, pueden afectar de manera sustancial el resultado deseado, independientemente de la naturaleza global de las actividades de la empresa. Esta condición atañe a las acciones importantes que son emprendidas en el más alto nivel de las organizaciones competitivas.

## **VI.4 Pasos de la Planificación Estratégica**

### *1. Formular objetivos*

Los objetivos pueden definirse como aquellas cosas que queremos alcanzar en un periodo de tiempo con determinados recursos. Tienen la función de ser orientadores en las acciones que se realizarán y, al final, se convertirán en un elemento útil para la evaluación.

### *2. Análisis*

Este paso es clave en la planificación estratégica porque nos va a permitir conocer cuáles son los principales problemas con los que nos enfrentamos y a partir de los cuales deberemos buscar las soluciones específicas.

La Matriz FODA es una estructura conceptual para un análisis sistemático que facilita la adecuación de las amenazas y oportunidades externas con las fortalezas y

debilidades internas de una organización. Esta matriz es ideal para enfrentar los factores internos y externos, con el objetivo de generar diferentes opciones de estrategias: (F) Fortaleza, (O) Oportunidades, (D) Debilidades, (A) Amenazas.

La identificación de fortalezas y debilidades o de oportunidades y amenazas en nuestro trabajo, requiere de un análisis realista. En él se basarán luego las estrategias con las que se intentará revertir la situación apuntando al logro de los objetivos propuestos.

En el análisis de las fortalezas y debilidades se deberán tener en cuenta los recursos humanos, tecnológicos, financieros, físicos y organizacionales. Será necesario analizar cada uno por separado para determinar en cuáles nos vamos a apoyar. La detección de las debilidades servirá para elaborar las estrategias de planificación.

		<b>Análisis Interno</b>	
		<b>Fortalezas</b>	<b>Debilidades</b>
<b>Análisis del Entorno</b>	<b>Oportunidades</b>	Estrategias para maximizar las fortalezas y aprovechar las oportunidades del entorno	Estrategias para minimizar las debilidades, mejorar y aprovechar las oportunidades del entorno
	<b>Amenazas</b>	Estrategias para maximizar las fortalezas, y enfrentar las amenazas del entorno	Estrategias para minimizar las debilidades, mejorar y enfrentar las amenazas del entorno

Fig. 8. Matriz FODA para la formulación de estrategias.

Se requerirá creatividad a la hora de evaluar los recursos y no agotar las posibilidades en el contexto más cercano. Este es uno de los desafíos de la planificación. Los recursos humanos son las personas con las que trabajamos y las potencialidades y debilidades que ellos y nosotros tenemos en la tarea.

Los *recursos tecnológicos* son aquellos elementos con los que contamos para realizar mejor nuestro trabajo. Cuando podemos contar con ellos nos fortalecen, cuando no, significan verdaderos puntos débiles. Ej.: muestras, miniaturas, catálogos, revistas, etc.

Los *recursos físicos* incluyen, en este caso, los lugares físicos o virtuales donde nos movemos para ofrecer nuestros productos. Ej.: círculo de amistades, eventos, stands, exposiciones, ferias, certámenes, viajes al interior, etc.

Por *recursos financieros* entendemos el monto económico de dinero con el que contamos y que puede ser requisito para la expansión del trabajo. Ej.: dinero para el viaje y estadía en el interior, etc.

Los *recursos organizacionales* tienen que ver con las condiciones que brinda el elaborador de los productos y que incluyen conceptos variados como calidad, presentación, garantía, imagen comercial e institucional, posibilidad de capacitación, premios e incentivos de venta, clima de trabajo, responsabilidad empresarial, etc.

El segundo paso en este análisis es el estudio de las oportunidades y las amenazas e implicará conocer muy bien qué cosas estarán jugando en contra de lo que queremos lograr. Estos obstáculos pueden ser muchos y variados. Por otro lado, hay que estar muy atento para descubrir las oportunidades.

Una vez finalizado este análisis, funcionará como diagnóstico de nuestra situación y desempeño de trabajo. Deberá ser realizado con la mayor objetividad para que las estrategias que se planteen sean realmente superadoras de los problemas que existen.

### *3. Formulación de estrategias*

Es necesario buscar una estrategia para cada debilidad y amenaza, teniendo en vista los objetivos planteados inicialmente. Habrá una estrategia para cada carencia, grande o pequeña y se tendrán tantas como sea necesario para lograr los objetivos propuestos.

### *4. Plantear actividades*

Es el momento de realizar una lista de actividades para poner en marcha las estrategias y obtener los objetivos. Hay que tener en cuenta el orden cronológico ya que, como es obvio, algunas acciones dependen del resultado de las anteriores. También se debe ser cuidadoso con la administración de los recursos.

### *5. Responsables*

Una vez terminada la lista de actividades, es necesario nombrar a los responsables de llevar a cabo cada una. Cuando la planificación es grupal, se pueden dividir las tareas asegurándose de que realmente se cumplan.

### *6. Lugar*

Es importante delimitar dónde se realizará cada actividad. Esto nos ayudará a tener claro donde nos movemos y para qué específicamente planificamos esa actividad en ese lugar.

### *7. Tiempo*

El tiempo es una variable fundamental, no sólo en una planificación, sino en toda nuestra vida, por lo que debemos aprender a controlarla y manejarla para obtener los mejores resultados en el menor tiempo. No olviden que el tiempo es dinero. A cada actividad se le deberá asignar un tiempo, un día, una fecha.

### *8. Recursos*

Luego de fijada la actividad, se deberá pensar qué recursos serán necesarios para llevarla adelante. Como vimos, esos recursos podrán ser humanos, físicos, tecnológicos, etc. Será necesario, además, contar con ellos con



anticipación para tener seguridad de que dicha actividad será una realidad.

#### 9. *Ejecutar actividades*

Es llevar a la práctica todo lo programado. Esto le da sentido a todos los pasos que antes realizamos y asegura una buena puesta en práctica. Si se cumple con los requisitos de esta planificación, se comprobará que esta trasciende el papel donde se escribió y logra transformaciones en nuestro trabajo.

#### 10. *Evaluación*

La evaluación es un proceso de medición que ayuda a contestar preguntas como ¿Qué se está haciendo?, ¿Qué se hizo?, ¿Qué se podrá hacer? Generalmente se cree que la evaluación es lo último, cuando lo hecho, hecho está. Pero no es así, o por lo menos no debería serlo. Debe ser un proceso constante que acompañe y que ayude a la reflexión sobre lo que se está haciendo. Esto permitirá cambiar sobre la marcha cuando se ve que algo no anda bien.

Los resultados de una evaluación siempre enriquecen y permiten retroalimentar una próxima planificación, donde se tendrán en cuenta los aspectos positivos y negativos que se evaluaron. Si no se finaliza con una buena evaluación, se perderá gran parte del beneficio de haber planificado y la oportunidad de aprender de lo hecho.

Las instituciones de salud tienen un carácter médico y social, dotadas de los recursos humanos, materiales y financieros necesarios para brindar una atención médica preventivo curativa mediante un equipo de salud dirigido por profesionales para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de sus enfermos; además de todas las condiciones para incorporar la tecnología más avanzada.

Para alcanzar estos propósitos y conseguir las metas de lograr un estado de salud aceptable de la población utilizando la menor cantidad posible de recursos y con el

menor costo (eficiencia), el Ministerio de Salud Pública ha trazado una serie de objetivos a todos los niveles (nacional, provincial, municipal e instituciones de salud), conocido como el “perfeccionamiento empresarial” aplicado al sector salud, donde entran a analizarse la calidad de la atención médica, revitalización de los hospitales, incrementar la eficiencia económica del sector y mejorar los indicadores de salud como proyección estratégica.

#### **VI.4.1 Sistema de control de gestión**

Este sistema de control de gestión sirve como mecanismo para movilizar y guiar el proceso de cambio, su implementación permitió colocar la estrategia en el centro de sus procesos de gestión. ¿Cómo? A partir de cinco principios básicos de la Gestión de Enfoque Estratégico.

Principio No. 1: *Traducir la estrategia en términos operativos.*

La estrategia no puede ejecutarse si no se puede comprender, y no se puede comprender si no puede describirse.

Principio No. 2: *Alinear la organización con la estrategia.*

La sinergia es fundamental en el diseño de las organizaciones, tradicionalmente diseñadas en torno a funciones con un cuerpo de conocimiento, idioma y cultura propios.

Principio No. 3: *Convertir la estrategia en el trabajo diario de cada empleado.*

Las organizaciones enfocadas en la estrategia exigen que todos los empleados tengan: Una clara comprensión de los *objetivos* y de los *métodos* para llevarlos a cabo, determinación de las nuevas capacidades requeridas para tener éxito, una alineación de las funciones tradicionales, de manera horizontal, clara definición de los tramos de autoridad, responsabilidad y transparencia, determinación explícita de una *visión de futuro*, desarrollo

personal, desde un área particular de *desempeño* y necesidad de *gestionar el desempeño* fundamentalmente; además, que estén alineados con la estrategia y puedan ejecutarla en su tarea diaria.

Principio No. 4: *Convertir la estrategia en un proceso continuo.*

Para manejar la estrategia, en su evaluación se integra la gestión táctica (presupuestos financieros y revisiones mensuales) y la gestión de estrategia en un proceso uniforme y continuo, la vincula con el presupuesto.

Principio No. 5: *Movilizar el cambio a través del liderazgo ejecutivo.*

La condición más importante para el éxito es la capacidad del equipo ejecutivo de convertirse en dueño de la estrategia y participar activamente en ella.



Fig. 9. Sistema de control de gestión.

## VI.5 ¿Por qué fracasan las planificaciones estratégicas?

En general, las planificaciones estratégicas fracasan por dos tipos de razones: estrategia inapropiada y pobre implementación. La *estrategia puede ser inapropiada* debido a:

- Recogida inapropiada de información.
- No se ha entendido la verdadera naturaleza del problema.
- Es incapaz de obtener el objetivo deseado.
- No encajan los recursos de la organización con el entorno o no es realizable.

Una estrategia puede ser *implementada de forma pobre* debido a:

- Sobreestimación de los recursos y habilidades.
- Fracaso de coordinación.
- Intento poco efectivo de obtener el soporte de otros.
- Subestimación de los recursos de tiempo, personal o financieros necesarios.
- Fracaso en seguir el plan establecido.

PLANIFICAR, EJECUTAR  
Y EVALUAR = RESULTADO POSITIVO

### VI.5.1 ¿Qué es Administración estratégica?

Es el proceso de planear, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de los miembros de la organización a través de esquemas básicos y prácticos, que permitan la suficiente flexibilidad para adaptarse o anticiparse a los eventos del entorno, con el fin de generar una ventaja competitiva que les garantice permanecer y crecer exitosamente en el mercado.

### *Misión*

Para poder aplicar una administración estratégica, es necesario contar con una misión, ya que sin tener claro lo que una organización quiere brindar a sus clientes y a su mismo personal, es una organización sin rumbo, no tendría la menor idea de lo que en realidad quiere. Se define con la misión, qué es lo que quiere para sus clientes, qué es lo que pretende realizar a largo plazo, así como los objetivos para la organización.

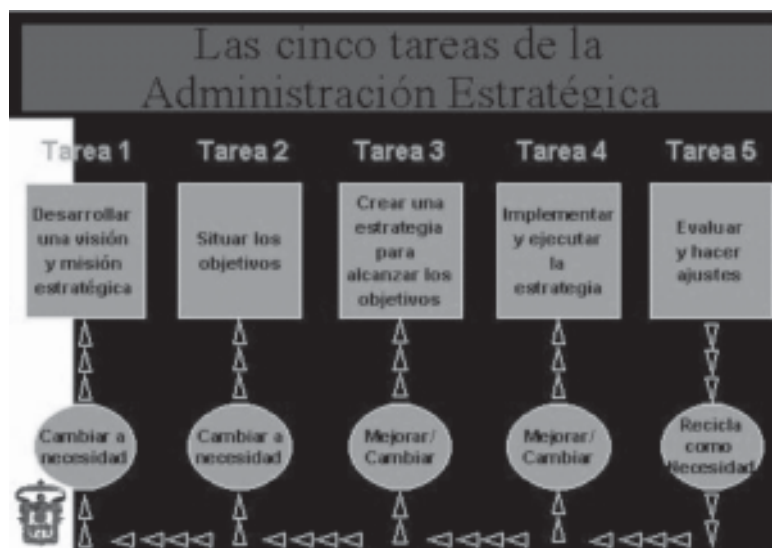


Fig. 10. Las cinco tareas de la administración estratégica.

### *Elementos de la administración estratégica*

- A. La planeación estratégica deberá ser evolutiva más que directiva.
  - Contener unos cuantos objetivos de amplio espectro.
- B. Proveer una estructura organizacional dentro de la cual una amplia variedad de individuos pueden identificar y resolver sus propios problemas.
  - Comunicación efectiva de doble vía entre la autoridad central y las unidades operativas.

- Crea un ambiente que fortalece la confianza y la credibilidad en el personal.
  - Anima al diálogo y la discusión dentro de la organización con el propósito de evitar o minimizar la amenaza externa.
- C. Enfoca la dirección en el desempeño y la mejora continua.
- Adapta un enfoque de: medios-estrategias-fines en vez de fines-estrategias-medios.
  - La cultura de participación y evolución permite a cada quien entender y comprometerse con el logro de las metas.
- D. El plan estratégico debe ser respaldado por una autoridad competente.

*Importancia de la Administración Estratégica*

- Se tiene en cuenta el cómo de la estrategia, no solamente los resultados.
- Concibe que para alcanzar metas propuestas es necesario adelantar ciertas acciones.
- Convierte las partes en un todo.

*Beneficios de la Administración Estratégica*

Desde siempre el mayor beneficio de la administración estratégica ha consistido en que *sirve para que las organizaciones utilicen un enfoque más sistemático, lógico y racional para elegir sus estrategias.*

Los beneficios de la administración estratégica se pueden dividir de la siguiente manera:

- Beneficios financieros.
- Beneficios no financieros.

*Beneficios financieros:* Una serie de investigaciones demuestran que las organizaciones que aplican los conceptos de administración estratégica *son más rentables y exitosas que las que no lo hacen.*

*Beneficios no financieros:* Además de ayudar a las empresas a evitar los problemas financieros, la administración estratégica ofrece beneficios tangibles, por ejemplo: una mayor alerta ante las amenazas externas, mayor comprensión de las estrategias de los externos, etc.

1. Permite detectar oportunidades, clasificarlas por orden de prioridad y explotarlas.
2. Ofrece una visión objetiva de los problemas administrativos.
3. Representa un marco para coordinar y controlar mejor las actividades.
4. Reduce las consecuencias de cambios adversos.
5. Permite tomar decisiones importantes para respaldar mejor los objetivos establecidos.

*En fin, al aplicar la administración estratégica, se debe hacer hincapié en la obtención de un alto grado de provecho por parte de los directores de todos los niveles de la organización.*

## VI.6 Resumen

En resumen, la Planificación Estratégica es un proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de un negocio, al definir los objetivos a largo plazo, identificar metas y objetivos cuantitativos, desarrollar estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizar recursos para llevar a cabo dichas estrategias.

Es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones, para adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones.

De igual modo la Administración Estratégica, como proceso de planear, organizar, dirigir y controlar los esfuerzos de los miembros de la organización a través de esquemas básicos y prácticos, que permitan la suficiente flexibilidad para adaptarse o anticiparse a los eventos del entorno, tiene como fin generar una ventaja competitiva que le garantice permanecer y crecer exitosamente en el mercado. Al aplicar la administración estratégica, se debe hacer hincapié en la obtención de un alto grado de provecho por parte de los directores de todos los niveles de la organización.

## **VI.7 Cuestionario**

1. ¿Cuáles son los niveles de Planificación?
2. ¿Defina qué entiende por Planificación Estratégica?
3. Mencione los pasos para evaluar la Planificación Estratégica.
4. El proceso de gestión es un mecanismo creado para guiar el proceso de cambio. Mencione los cinco principios básicos de la Gestión de Enfoque Estratégico.
5. ¿Por qué fracasa la Planificación Estratégica?
6. Importancia de la Administración Estratégica.
7. ¿Cuáles son los elementos de la Administración Estratégica?



## CAPÍTULO VII. FARMACOECONOMÍA

MSc. María Victoria Perrand Robert

### VII.1 Introducción

En la actualidad, generalmente los medicamentos son productos de alta tecnología y cada vez son más potentes y selectivos. En ocasiones, son caros, por lo que es necesario compararlos con otras alternativas, tanto en términos económicos, como de calidad de vida. La época moderna se caracteriza por el incremento en la escasez de recursos y la demanda sanitaria. Los factores demográficos, la cobertura de los servicios, el envejecimiento de la población que trae aparejado más enfermedades crónicas, la disponibilidad de alta tecnología sanitaria, y otros, hacen que los gastos en salud crezcan en porcentajes dentro del Producto Interno Bruto de muchos países. En el gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que tienen desde los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos, hasta los propios pacientes.

Nuestro país se encuentra inmerso en la implementación de los Lineamientos de la Política Económica y Social aprobados en el VI Congreso del Partido, como norma se ha seguido el principio expresado en el Lineamiento No. 64, que textualmente dice: “Los gastos presupuestarios se enmarcarán en las posibilidades reales de recursos financieros que se generen por la economía del país, y su utilización será de forma racional, a fin de garantizar los niveles de actividad planificados sin afectar la calidad”.

Los medicamentos constituyen una tecnología sanitaria de gran expansión y dentro de estos los fármacos biotecnológicos, que inciden en el aumento de los gastos en asistencia sanitaria, por lo que la industria farmacéutica y la biotecnológica se encuentran bajo la presión de demostrar que sus nuevos productos no solo son mejores que los existentes, sino también más competitivos y costos efectivos, por consiguiente, los decisores de esta industria se encuentran interesados en la evaluación y anticipación de las consecuencias socioeconómicas del cambio tecnológico .

Según lo manifestado por el General de Ejército Raúl Castro de que: *para garantizar el éxito en la implementación de los lineamientos es imprescindible romper la colosal barrera psicológica que resulta de una mentalidad arraigada en hábitos y conceptos del pasado*, es de vital importancia una cultura económica que permita la realización de evaluaciones económicas de tecnologías sanitarias y dentro de estas, los medicamentos.

## **VII.2 Farmacoeconomía, evaluación económica de los medicamentos. Generalidades. Definición**

La Farmacoeconomía es la aplicación del análisis económico en el campo de los medicamentos. Habitualmente se utiliza como sinónimo de Evaluación Económica de Medicamentos. Otras veces se usa en un sentido más extenso, que incluye otras formas de análisis de medicamentos y su estructura, organización y regulación. La Farmacoeconomía se encuentra inmersa dentro de una disciplina más amplia denominada Evaluación de Tecnología Sanitaria. La OMS considera Tecnología Sanitaria a aquellos equipos, medicamentos, técnicas y

procedimientos que intervienen en el campo de la salud, destinados a prevenir, diagnosticar y tratar afecciones específicas, a rehabilitar a quienes las padecen, y a mejorar la calidad de vida del paciente y la comunidad en general.

El principal objetivo de las tecnologías sanitarias es presentar información para contribuir a la toma de decisiones en la práctica clínica y en la política de salud, que incluye planificación de los gastos de los recursos sanitarios con óptima asignación de los mismos, además de contribuir a la selección de aquellas opciones que tengan un impacto sanitario más positivo.

Conceptualmente, la farmacoeconomía no es un juego para adivinar qué medicamento es mejor, sino una estrategia de trabajo que permite conocer y evaluar la eficiencia de los nuevos medicamentos y tecnologías sanitarias. Es la descripción y análisis de los costos del tratamiento con fármacos en un sistema de salud y en una sociedad dada. También puede definirse como la determinación de la eficiencia de un tratamiento farmacológico y su comparación con otras opciones, con el fin de seleccionar aquel con una relación costo/efecto más favorable y aumentar el beneficio en salud de una sociedad.

### **VII.2.1 Objeto de estudio. Importancia**

Por la importancia concedida a estos tipos de estudios, se están convirtiendo en una parte integrante del desarrollo y la comercialización de medicamentos, y en consecuencia, cada día son más frecuentes los protocolos de ensayos clínicos que incluyen la recogida de datos necesarios para el análisis farmacoeconómico.

Los estudios o análisis farmacoeconómicos pretenden medir y explicitar, tanto lo que cuesta una determinada opción terapéutica, como lo que se obtiene de ella, los recursos necesarios para ofrecer determinados servicios y

analizar las distintas alternativas para suministrarlos y así, contribuir a la gestión de los servicios de salud. Valora estos servicios desde una perspectiva macroeconómica, a través del análisis de las funciones de compra, aseguramiento y provisión, así como la planificación, financiación, regulación y supervisión de los servicios sanitarios. Analiza el grado de eficiencia y equidad que alcanza el sistema sanitario a partir de la distribución de recursos (dinero), que por definición son limitados.

El objetivo de la evaluación económica de medicamentos, es determinar qué fármaco es más eficiente, o lo que es lo mismo, cuál produce mejores resultados para la salud en función de los recursos invertidos, una vez identificados, medidos y comparados los costes, riesgos y beneficios de los programas, los servicios o las terapias .

### **VII.3 La farmacoeconomía en la toma de decisiones**

Durante muchos años, a la hora de elegir los medicamentos que se utilizan asiduamente, solamente se han tenido en cuenta los datos de eficacia y/o efectividad, el perfil de seguridad y tolerabilidad y la calidad del medicamento, obtenidos durante un programa de desarrollo clínico. De hecho, la disciplina de la medicina basada en la evidencia ha potenciado esta práctica, sin haber tenido en cuenta otros datos a la hora de elegir el medicamento que se utiliza, tales como efectividad, calidad de vida, satisfacción con el tratamiento y preferencias de los pacientes, eficiencia, etc. Por estas razones, en muchas ocasiones las decisiones terapéuticas tomadas no son las más adecuadas ni para el interés general de la sociedad ni para el SNS.

En estos momentos nadie discute ya que los recursos existentes para destinar a la atención sanitaria, son cada

día más limitados y por lo tanto, es totalmente necesario emplear, en las intervenciones terapéuticas y programas sanitarios, los que consigan mejores beneficios clínicos con un menor consumo de recursos.

Los medicamentos son una de las opciones terapéuticas más empleadas en la práctica médica habitual y, por tanto, el criterio de la eficiencia debería estar siempre presente a la hora de elegir los fármacos de uso rutinario.

Al efectuar una valoración de la calidad asistencial de nuestros hospitales y centros de Atención Primaria, una parte esencial debería ser la evaluación de la calidad de la prescripción farmacológica, donde se contemplaría la valoración y la estimación, tanto de racionalidad medicamentosa (eficacia y seguridad de los fármacos empleados basándonos en la mejor evidencia disponible), como de aspectos de racionalidad farmacoeconómica (eficiencia de los medicamentos usados cuando se comparan con otras posibles opciones terapéuticas).

Una elevada calidad asistencial desde el punto de vista de los medicamentos prescritos, pasaría por emplear siempre aquellos que consiguiesen mejores resultados clínicos para los pacientes, con menores costes asociados, esto es, los que fueran más eficientes.

La eficiencia no va unida necesariamente al costo de adquisición del medicamento y pueden existir algunos con un precio bajo, pero que su uso determine un consumo de más recursos de otras partidas presupuestarias (pruebas complementarias, días de hospitalización, análisis extras, consultas adicionales, administración de fármacos de segunda línea, días de baja laboral, etc.) y que por tanto serán poco eficientes.

Por el contrario, existen medicamentos con un costo de adquisición más elevado, pero que ahorrarán costos globales al SNS, ya que van a consumir menos recursos de esas otras partidas adicionales, bien por ser más eficaces o por presentar un mejor perfil de seguridad y

tolerabilidad o por producir un mejor cumplimiento y/o necesitar menos recursos para su correcta administración.

De cualquier manera, para conocer el grado de eficiencia de un medicamento, será necesario comparar conjuntamente las consecuencias clínicas que produce y los costos generados, con los resultados clínicos y costes asociados del resto de opciones disponibles en el mercado y, por tanto, será imprescindible realizar análisis de evaluación económica de medicamentos (o análisis farmacoeconómico) en los diferentes niveles de la cadena asistencial.

Todos los agentes decisores deberían estar involucrados en un correcto y racional uso de los medicamentos y en lograr maximizar su beneficio para todos los pacientes y la sociedad en general (médicos, farmacéuticos, gerentes, directores, enfermeras, autoridades sanitarias centrales, etc.); tendrían que velar por conseguir y mantener una elevada calidad de prescripción de los medicamentos en la práctica asistencial rutinaria y esta actividad debería formar parte de los programas integrales de mejora continua de la calidad asistencial puestos en marcha en los diferentes centros e instituciones.

La selección de una determinada opción terapéutica, según su eficiencia, es decir, considerando simultáneamente sus costos y sus beneficios, supone un avance considerable con respecto a otro tipo de criterios más parciales.

El criterio de eficiencia es aplicable por diferentes agentes en distintos ámbitos del sector sanitario. Las recientes experiencias internacionales muestran que las técnicas de evaluación económica de medicamentos, están cobrando cada vez una mayor importancia en la toma de decisiones sanitarias, lo que proporciona una inestimable ayuda para lograr que esta esté basada en criterios más racionales, objetivos y transparentes.

La Farmacoeconomía es una herramienta muy útil para tomar decisiones en el campo de la farmacoterapéutica, ya que aporta datos que ayudan a seleccionar la alternativa óptima para cualquier situación que se presente. Sin embargo, no debe sobrevalorarse la Farmacoeconomía. En ningún caso, los datos que aporte deben eliminar la responsabilidad clínica o el juicio necesario a la hora de tomar decisiones. Sencillamente, esos datos van a aportar calidad y consistencia a la decisión.

Se aprecia un incremento en la preocupación de los encargados de la toma de decisiones por incluir el tema económico en su quehacer diario. Otro elemento de interés es la motivación con la estandarización de instrumentos de evaluación económica en aras de ganar transparencia y transferibilidad en las evaluaciones económicas que se realizan.

#### **VII.4 Evaluación económica de medicamentos**

La evaluación económica de medicamentos utiliza los métodos del análisis económico, lo cual significa que todos los profesionales que trabajan en este campo e interpretan información proveniente de este, necesitan unos conocimientos básicos sobre los términos y conceptos que son actualmente el denominador común, tanto de la evaluación económica, como de la economía de la salud. Es por ello, que la farmacoeconomía es una actividad que requiere equipos multidisciplinarios y de hecho muchos de los analistas que realizan estudios en este campo, no son economistas, sino que provienen de las ciencias de la salud, de la estadística, de la investigación operativa, etcétera, y a menudo no han tenido un aprendizaje formal en disciplinas económicas.

Puesto que toda evaluación se basa en la comparación, la evaluación económica de medicamentos podría definirse como la determinación de la eficiencia (relación entre costos y efectos) de un tratamiento farmacológico y su comparación con la de otras opciones, con el fin de seleccionar aquella con una relación costo/efecto más favorable (Sacristán del Castillo, 1995).

Diversos sistemas de evaluación son posibles de aplicar en el campo de los medicamentos, los más comunes son:

- Análisis de minimización de costos.
- Análisis de costo beneficio.
- Análisis de costo efectividad.
- Análisis costo utilidad.

En todo caso, el objetivo de la evaluación económica aplicada al sector salud, tiene que ver con el estudio del impacto, es decir, el efecto de un programa o servicio, medicamento, sobre la salud y/o el desarrollo económico de un grupo poblacional. En otras palabras, se procura analizar los resultados a largo o mediano plazo de las características o condiciones que el programa aspira a mejorar o modificar.

Toda evaluación económica es, en última instancia, una comparación entre opciones y sus consecuencias o efectos, al elegir una de ellas. En el caso de la salud, evaluar una acción o programa significa compararlo con todas las opciones técnicamente posibles.

Buena parte del éxito de la evaluación económica radica en la elección adecuada de la técnica de evaluación que se aplicará, puesto que ello determinará fundamentalmente la forma de medir los efectos sobre la salud.



### **VII.4.1 Etapas de la evaluación de medicamentos**

La ejecución de un estudio del tipo evaluación económica, cualquiera que sea, debe cumplir los siguientes pasos:

1. Definición de la situación objeto de evaluación: debe hacerse claramente y expresar los objetivos del mismo.
2. Creación del equipo de investigación: la composición estará de acuerdo con el problema.
3. Identificación de las opciones: la Evaluación Económica es una técnica comparativa, deben identificarse las opciones comparativas.
4. Identificación de las perspectivas del estudio y horizonte temporal: Es el punto de vista desde el que se va a realizar la investigación, es el parámetro analítico central que determina el periodo durante el cual se miden los efectos de las opciones sobre los recursos y sobre la salud.
5. Estimación de los costos, medición de los efectos y valoración de la efectividad: es el paso más complejo y definitorio de la evaluación.
6. Determinación del método que se utilizará:
  - Costo-Beneficio.
  - Costo-Efectividad.
  - Costo-Utilidad.
  - Minimización de costo.
7. Realización de análisis complementarios, presentación de resultados y discusión:
  - Análisis incremental: se obtiene dividiendo el incremento de los costos por el de los efectos sobre la salud (efectividad, utilidades, etc.), y expresa el costo adicional cuando se compara una alternativa con respecto a la siguiente por unidad extra en términos de salud.

Los resultados deben ser calculados utilizando el análisis incremental, y ser expresados como el costo

de una opción por unidad de eficacia adicional, respecto a la otra alternativa.

$$ACEI = \frac{\Delta C}{\Delta E} \quad \begin{array}{l} \text{Costo adicional/unidad extra en} \\ \text{términos de salud} \end{array}$$

- Análisis de sensibilidad: procedimiento analítico para evaluar la solidez de los resultados de un estudio, cuando las variables para el cálculo de los efectos no son conocidas con certeza (parámetros inciertos).

Se calculan los cambios en los resultados y en las conclusiones que se producen cuando las variables claves del problema, cambian en un rango específico de valores.

Algunas de las variables que habitualmente se incluyen en el análisis de sensibilidad son:

- Los costos más importantes (medicamentos, hospitalización, etc.).
- Los datos de efectividad (utilizando resultados obtenidos de diversas fuentes).
- Explicación de las limitaciones y supuestos del estudio.
- Incluyendo los fundamentos éticos y los criterios de equidad.

#### 8. Conclusiones.

##### 1. *Tipos de estudio*

Se clasifican según el examen simultáneo o no de los costos y las consecuencias.

Análisis parciales:

- Descripción de consecuencias.
- Descripción de costos.
- Descripción de costos y consecuencias.
- Análisis de costos.
- Evaluación de eficacia y efectividad

*Estudios de descripción de consecuencias:* no hay comparación de las alternativas, ni se analizan los costos, en estos estudios es evaluado un servicio o un programa.

*Descripción de costos:* solamente se analiza el comportamiento de los costos, sin tener en cuenta las alternativas ni las consecuencias, por ejemplo, los estudios de costo por patología o por enfermedad.

*Descripción de costos y consecuencias:* no tienen en cuenta las alternativas. En ellos se incluyen solamente los costos y los resultados de una enfermedad.

*Análisis de costos:* Comparan alternativas y tienen en cuenta los costos, pero no incluyen los resultados.

*Análisis de eficacia y efectividad:* se incluyen como evaluaciones económicas parciales, ya que consideran alternativas y resultados, sin embargo, adolecen de estimaciones de costo.

## 2. En función de la comparación de más de una alternativa

Evaluaciones económica completa:

- Análisis de minimización de costos.
- Análisis costo-efectividad.
- Análisis costo-beneficio.
- Análisis costo-utilidad.

### *Análisis de minimización de costos (AMC)*

Esta técnica se limita a comparar los costos de las diferentes alternativas sin analizar los efectos de cada una de ellas. Es la técnica más adecuada cuando se quiere evaluar 2 programas alternativos: por ejemplo, dos fármacos que presentan el mismo resultado; es decir, cuando no presentan diferencias en términos de efectividad. Solamente se comparan los costos de las diferentes opciones para determinar cuál es la más eficiente, o sea, la opción que presenta menor costo. Sin embargo, aunque parece una técnica bastante sencilla, demanda mayores precauciones que las restantes.

### *Ejercicio Práctico No. 1*

En un hospital oncológico se necesita tomar decisiones referidas a la compra de un fármaco para tratar pacientes con cáncer de próstata, la oferta del mercado son dos medicamentos entre los cuales no existen diferencias en su efectividad, pero al ser ambos de importación se precisa calcular los ahorros económicos producidos por la utilización de una u otra alternativa .

Se realizará la evaluación teniendo en cuenta el tratamiento por 3 meses.

- Alternativa A  
Costo de adquisición: \$766.60 /ámpulas
- Alternativa B  
Costo de adquisición: \$ 28.15 / tabletas

#### *Posología*

- Alternativa A. 1 ampula c/ 3 meses  
Costo del tratamiento: \$766.60
- Alternativa B. 1 tableta/ día  
Costo del tratamiento: \$ 2 533.50

#### *Análisis de Minimización de Costos (AMC)*

*Costo Alternativa B – Costo Alternativa A*

$$C_B - C_A = \$ 2 533.5 - \$ 766.60 = \$1 766.9 / paciente$$

El empleo de la alternativa A produciría un ahorro económico trimestral que ascendería \$1 766.9 /caso tratado, en comparación con el medicamento similar, alternativa B.

#### *Análisis costo-beneficio*

Quizás sea esta la técnica de evaluación más conocida. Se basa en valorar tanto los costos como los beneficios en unidades monetarias. En ocasiones no es posible comparar los resultados de 2 programas sanitarios mediante un indicador sanitario homogéneo, ya que los efectos de los programas alternativos no pueden medirse con

las mismas unidades. En ese caso, suele ser oportuno considerar el conjunto de resultados de cada programa mediante la traducción de los efectos en términos de unidades monetarias. La ventaja de este método es su consistencia y fundamentación en la teoría económica del bienestar, en tanto que su mayor limitación se halla en la dificultad de transformar unidades de salud a unidades monetarias.

#### *Análisis costo-efectividad*

Esta técnica se caracteriza por medir los efectos de un programa sanitario en términos de unidades naturales de efectividad. La idea es que cuando los resultados de los programas sanitarios que se evaluarán, comparten los mismos objetivos terapéuticos, es posible establecer una comparación atendiendo a las diferencias en términos de efectividad y costo. En definitiva, se parte de la premisa de que “la efectividad cuesta dinero”, y en esta línea la utilización de una nueva tecnología sanitaria será eficiente, no sólo si es más efectiva, sino si en comparación con una tecnología alternativa presenta una mejora en términos de costo-efectividad. Las unidades de efectividad más utilizadas son principalmente: años de vida ganados, disminución de mortalidad, reducción de los factores de riesgo de la incidencia de una enfermedad.

No cabe duda de que la gran ventaja de este método es poder expresar los resultados en las mismas unidades que los ensayos clínicos, lo que explica que sea el más utilizado en el sector sanitario. Sin embargo, la mayor limitación estriba en el requisito de que las unidades con las que se expresa el resultado, deben ser las mismas, y la elección del indicador de efectividad debe adaptarse a los objetivos de la evaluación.

Los resultados pueden presentarse de dos modos:

1. Si no se compara.

*Costo efectividad medio*: Cociente entre el costo de una alternativa y la cantidad de efecto que produce.

$$\text{ACEM} = \frac{\text{Costo}}{\text{Efectividad}} = \$ \text{ por unidad de efectividad}$$

2. Si se comparan dos o más opciones (solo es posible si persigue un objetivo común, ejemplo dos ramas de un ensayo clínico).

*Costo efectividad incremental:* Es el costo que supone el conseguir una unidad de efecto sobre la salud adicional al cambiar de una alternativa a la siguiente, supone el coste de pasar de la alternativa más eficiente a la alternativa más efectiva.

$$\text{ACEI} = \frac{\text{Costo A} - \text{Costo B}}{\text{Efect. A} - \text{Efect. B}} = \$ \text{ por unidad de efectividad añadida}$$

En este caso lo que se pretende medir es el costo del incremento de efectividad cuando se pasa de una alternativa (b) a otra (a).

### *Ejercicio Práctico No. 2*

Se desea evaluar la relación costo-efectividad de dos anestésicos locales, lidocaína al 5 % y bupivacaína al 0,5 %, considerando su efectividad. En este estudio se utilizó como indicador de efectividad clínica de los anestésicos evaluados, la incidencia de reacción adversa, conocida como síntomas neurológicos transitorios (SNT).

Al analizar la tabla siguiente puede afirmarse que la relación costo-efectividad de la bupivacaína al 0,5 % es más favorable que la de la lidocaína al 5 % en su utilización en anestesia epidural en intervenciones menores de 2 h de duración, pues aunque el medicamento es más caro, la incidencia de SNT es mucho menor. La aplicación de la lidocaína encarece considerablemente los costos totales medios de la intervención, son mayores con este medicamento.

Costo/Efectividad	Medicamentos	
	Lidocaína 5% (A)	Bupivacaína 0,5%(B)
Costo por ampula	\$ 46.00	\$18.00
Costo total de los medicamentos	\$872.00	\$1 746.00
Costo de SNT	\$4 131.30	0
Costo total	\$5 003.30	\$1 746.00
Efectividad anestésica	100%	100%
No. de pacientes con SNT	1	0
Costo medio por paciente	\$ 46.00	\$ 18.00
Efectividad (ausencia de SNT)	99 %	100%
ACEM	\$ 46.4	18.00

Resulta así un caso claro de ventaja económica y sanitaria para la toma de decisiones en la compra de anestésicos locales.

#### *Análisis costo-utilidad*

Es la técnica de evaluación económica más novedosa. Su relevancia y especificidad derivan de que mide los efectos de los programas sanitarios en términos de un indicador de utilidad, que es un índice que integra los años de vida ganados como la calidad de vida, denominado año de vida ajustado por calidad (AVAC), mientras que los costos se miden en términos de unidades monetarias. Su aplicabilidad es especialmente útil para comparar programas con costos y resultados diferentes. Detrás de esta técnica subyace la idea de que “un año de vida en

un estado de buena salud es equivalente a más de un año de vida en un estado de salud inferior”.

Las ventajas inherentes a este método de evaluación, consisten en la incorporación de un indicador de calidad de vida para un conjunto de resultados terapéuticos, y en el hecho de que se ha desarrollado especialmente para el sector sanitario. Sin embargo, este novedoso método aún no tiene una metodología claramente definida.

El objetivo de los métodos enunciados es generar resultados cuantitativos sobre los costos y efectos de un programa sanitario, para contribuir a que las decisiones sanitarias sean más objetivas y eficientes, especialmente aquellas cuya complejidad requiere un razonamiento específico. Las técnicas utilizadas para la evaluación económica, se clasifican por la forma de valorar los efectos de las opciones comparadas, puesto que los costos se miden siempre en unidades monetarias.

La utilización de una técnica u otra dependerá fundamentalmente del objetivo del análisis, así como de los resultados de los programas que se evaluaron. De hecho, al iniciar el estudio, el analista a menudo no puede establecer qué método utilizará, ya que depende de lo que se haya manifestado en la evaluación clínica.

#### **VII.4.2 Evaluación económica en los ensayos clínicos**

##### *Ensayo Clínico (EC)*

Estudio sistemático experimental realizado tanto en sujetos sanos, como en pacientes, con objeto de evaluar la eficacia y/o seguridad de uno o varios procedimientos terapéuticos, así como para conocer los efectos producidos en el organismo humano (farmacodinamia) y/o absorción, distribución, metabolismo y excreción (farmacocinética).



### *Tipos de Ensayos Clínicos (EC)*

- Ensayo Clínico Fase I. Se realiza en sujetos sanos y se obtienen datos preliminares sobre la tolerancia, farmacocinética y farmacodinamia.
- Ensayo Clínico Fase II. Se realiza en un grupo reducido de pacientes que padecen la enfermedad, con criterios de selección estrictos. Su objetivo es obtener información preliminar sobre la eficacia del fármaco y suplementar los datos de seguridad obtenidos en Fase I.
- Ensayo Clínico Fase III. Su objetivo es evaluar la eficacia y seguridad de un fármaco en la indicación estudiada, por comparación con las alternativas disponibles. Deben ser controlados y aleatorizados y de ser posible, de carácter doble ciego, con un número suficiente de pacientes.
- Ensayo Clínico Fase IV. Comprende los que se realizan después de la comercialización de un fármaco, para evaluar un efecto aún no valorado.

Los EC en fase III proporcionan el primer gran conjunto de datos sobre la eficacia de un nuevo fármaco en la I-D, es el mejor método para estudiar el efecto terapéutico del medicamento.

- Es lógico que se considere un instrumento apropiado para incorporar el mismo a la Evaluación fármaco económica (EFE) de las opciones comparadas, aunque los costos y efectos de los fármacos se determinen en condiciones experimentales.
- La inclusión de EFE dentro de los EC previos a la comercialización, permite obtener información para ser utilizada en las decisiones sobre la financiación del producto y a la fijación de su precio.

**DIFERENCIAS ENTRE EFICACIA  
Y EFECTIVIDAD**

<b>Eficacia (condiciones ideales)</b>	<b>Efectividad (condiciones reales)</b>
Criterios de inclusión: edad, enfermedad bien definida.	Grupos heterogéneos de pacientes.
Criterios de exclusión: enfermedades subyacentes, medicación concomitante, incumplimiento terapéutico.	Distintos grados de gravedad.
Periodo de seguimiento corto.	Enfermedades subyacentes.
Dosis bien definida.	Medicación concomitante.
Duración de los tratamientos.	Efectos a largo plazo.
Indicaciones conocidas.	Dosis variables.
	Duración variable del tratamiento.
	Nuevas indicaciones.

**EVALUACIÓN ECONÓMICA DENTRO DE UN  
ENSAYO CLÍNICO: VENTAJAS E INCOVENIENTES**

<b>Ventajas</b>	<b>Inconvenientes</b>
Calidad de los datos.	Información sobre eficacia y no sobre efectividad.
Fiabilidad de los resultados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asignación aleatoria: control del sesgo de selección.</li> <li>• Enmascaramiento: control del sesgo de valoración.</li> </ul>	Utilización de recursos condicionados por el protocolo y el enmascaramiento.
Recogida sencilla de los datos: cuaderno de utilización de recursos.	Falta de representatividad en relación con los costos.
Metodología familiar para el profesional sanitario.	Periodo de seguimiento corto.
Posibilidad de seleccionar la muestra de estudio.	Información incompleta.
Información previa a la comercialización, útil para: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Financiamiento.</li> <li>• Inclusión en formularios.</li> <li>• Negociación del precio.</li> </ul>	Costo elevado.
	Lentitud.

## VII.5 La farmacoeconomía en el hospital

Para alcanzar la eficiencia en la utilización de los recursos hospitalarios disponibles, según la distribución realizada, en un entorno económico cada vez más restrictivo y con cada vez mayores exigencias sanitarias, es necesario considerarlos circunstancias comúnmente enfrentadas: la calidad y el costo de la asistencia sanitaria.

Los fármacos constituyen la principal alternativa terapéutica existente, y su compra, una parte importante y creciente del gasto de los hospitales. Su utilización está condicionada por una información incompleta acerca de sus efectos y de sus costos, que impide definir claramente la política y la práctica farmacoterapéutica hospitalaria.

Por ello, el hospital debe colaborar en la definición del valor económico del uso de los medicamentos, mediante la combinación de los criterios clínicos con los económicos, para incidir directamente sobre los factores endógenos del consumo y modificar adecuadamente la actuación de los agentes exógenos, y lograr así un uso más racional de los medicamentos.

La aplicación por el hospital de la farmacoeconomía supone la realización de evaluaciones económicas de medicamentos y la aplicación de los criterios de eficiencia en la utilización de los mismos, constituyéndose tanto en una ayuda básica para la toma de decisiones, como en una forma de pensar.

La farmacoeconomía hospitalaria estudia cómo influye en el hospital, y cómo el hospital puede influir en la discusión y análisis de los costos de la terapia farmacológica, en los sistemas de salud y la sociedad. Su objetivo básico es identificar el valor económico y terapéutico de las farmacoterapias hospitalarias, para distinguir las diferencias entre las alternativas existentes, y así poder

elegir con criterios de eficiencia y equidad la opción más óptima para el nivel de restricción presupuestaria al que está sometido el hospital.

También debe ser un instrumento de decisión que permita la selección y utilización racional de los medicamentos, y su aplicación debe realizarse tanto por el hospital, como por el resto de los agentes que inciden, directa o indirectamente, sobre el consumo de los mismos. Igualmente, de la información sobre los costos de los tratamientos que se quieren comparar, es preciso obtener información sobre sus efectos. Dicha información se obtiene, con frecuencia, de revisiones de la literatura, pero otras veces debe ser generada por el propio hospital. Esta información es, a menudo, imperfecta y de difícil valoración.

Además, los sistemas de información del hospital deben permitir conocer las características del uso de medicamentos, realizar el análisis de la prescripción para conocer los hábitos, profundizar en los problemas específicos, definir las principales áreas de actuación y evaluar el efecto de los programas implantados. Para la realización de la evaluación farmacoeconómica, pueden utilizarse también, los estudios de empleo de medicamentos y los registros hospitalarios.

Los estudios de utilización de medicamentos permiten conocer las características generales del consumo farmacéutico hospitalario. Pueden ser cuantitativos, cuando hacen referencia al costo total o relacionado con otras variables, como el costo por servicio, cama ocupada, estancia, paciente o facultativo; o cualitativo, cuando se tienen en cuenta factores clínicos, es básica la información sobre las características de la patología tratada y su grado de severidad, para poder determinar el costo por proceso.

## VII.6 Resumen

Debemos señalar que si en Cuba desea utilizarse el criterio de eficiencia en las decisiones de política farmacéutica, debemos aprender de los países que han ido por delante de nosotros y cuentan con una mayor experiencia. Los métodos de evaluación están suficientemente desarrollados, empieza a haber una cultura de evaluación y una mayor conciencia por parte de los gestores y profesionales sanitarios sobre la necesidad de priorizar los recursos disponibles. En ese contexto, el análisis de la eficiencia puede ser un elemento de ayuda muy útil en la selección de intervenciones sanitarias, aunque sería un grave error convertirlo en el único criterio.

Es preciso entender mejor que ser eficientes significa gastar mejor, y no menos, y que para lograr un sistema eficiente hay que evaluar, de manera continuada, los diferentes componentes del sistema sanitario, sin olvidar que una gestión más integral de la salud es el requisito fundamental para que la Evaluación Económica de Medicamentos demuestre todo su potencial.

Es oportuno referir una frase del Presidente de los Consejos de Estado y de Ministros, Raúl Castro Ruz, en el II Periodo Ordinario de Sesiones de esta VII legislatura:

“... son muchas las necesidades y hay que saber priorizar las principales. Su solución dependerá de que trabajemos más y mejor. Lo que sí debemos desterrar definitivamente es la irresponsable actitud de consumir sin que nadie o muy pocos se preocupen de cuánto cuesta al país garantizarlo y sobre todo si puede realmente hacerlo”.

## VII.7 Cuestionario

1. Explique qué se entiende por Farmacoeconomía y argumente su importancia en la toma de decisiones.
2. ¿Cuál es el objetivo fundamental de la evaluación económica en la utilización de los medicamentos?
3. ¿Se deben considerar los costos, cuando se ha de elegir entre un medicamento de producción nacional y uno importado?

## **CAPÍTULO VIII. INTRODUCCIÓN AL MARKETING EN SALUD**

Dra. Mirta Rodríguez Chirino  
Dr. Carlos Valenzuela Rodríguez

### **VIII.1 Introducción**

El marketing o mercadotecnia es el conjunto de técnicas utilizadas para la comercialización y distribución de un producto o un servicio entre diferentes consumidores.

En sus inicios, la actividad de marketing solo se limitaba a intentar vender un producto que ya estaba elaborado o fabricado, lo que implicaba que la mercadotecnia era posterior a la producción de un bien material y solo pretendía fomentar las ventas de un producto final.

En la actualidad, el marketing tiene otras funciones que han de cumplirse antes de iniciarse el proceso de producción; entre estas, cabe destacar:

- La investigación de mercados.
- El diseño y desarrollo de nuevos productos o servicios.
- Y la prueba del producto final.

Dentro de los objetivos primarios de las acciones de marketing siempre han estado:

1. Analizar los gustos de los consumidores.
2. Establecer las necesidades y deseos de usuarios o consumidores.
3. Influir en su comportamiento para que deseen adquirir los bienes ya existentes.
4. Desarrollar distintas técnicas encaminadas a persuadir a los consumidores para que adquieran un determinado producto.

En nuestros días, la actividad del marketing incluye:



- Planificación, organización, dirección y control de la toma de decisiones sobre las líneas de productos o servicios.
- Los precios, la promoción y los servicios postventa.
- El desarrollo de las nuevas líneas de productos o servicios.
- Es responsable de la distribución física de los productos, establece los canales de distribución que se utilizarán y supervisa el transporte de bienes desde la fábrica hasta el almacén, y de ahí, al punto de venta final.

En el caso de los servicios en particular, estos tienen característica *sui géneris*, ya que a diferencia de los productos, son bienes intangibles. Todo servicio incluye la realización de un trabajo para un cliente. Este paga por obtener un servicio de igual forma que por adquirir un artículo o un producto terminado.

Se considera que en los países más industrializados, la mayor parte de la población trabaja en el sector de los servicios y todo apunta a que esta tendencia seguirá así en el futuro. Los servicios, al igual que los productos, utilizan el marketing para aumentar su comercialización, con la salvedad de que no existe una transferencia física, de ahí que estos deban diseñarse y ofrecerse de forma tal que logren satisfacer las necesidades de los usuarios o clientes.

Por ejemplo, cuando se ofertan servicios de salud se deben estudiar con cuidado las necesidades de la población en este sentido. Dado que es más difícil ofertar un bien intangible que un bien material, por regla general las campañas publicitarias en el área de las prestaciones de servicios, suelen ser aún más agresivas que las de los bienes tangibles.

Según se ha descrito, el marketing nace en los primeros años del pasado siglo y es en 1978 que McCarthy propone que esté conformado básicamente por 4 áreas, las llamadas 4 P del marketing, estas son:

- Producto
- Precio

- Posición
- Promoción

En el área de los servicios estas variables podrían ser sustituidas por:

- Servicio para producto.
- Honorarios para precio.
- Localización para posición.
- Comunicación para promoción.

Posteriormente Kotler adicionó dos elementos al esquema del marketing descrito por McCarthy, refiriéndose a los términos de *política y público o consumidores*.

*Política* fue definida como el camino que determinaban los gobiernos, lo cual hacía más o menos favorables las acciones de intercambio de bienes o servicios; y por *consumidores* (clientes o pacientes), describió las características y actitudes de las personas, que determinan sus preferencias al momento de optar por uno u otro proveedor, productor o prestador de servicios.

Después, según el Dr. Jaime Otero Martínez (Presidente del Instituto Panamericano de Gerencia de Servicios de Salud), se fueron añadiendo otros conceptos y elementos que aparecen reflejados en la siguiente tabla.

1.	PLAZA	El lugar donde se presta el servicio (el consultorio, el hospital, la posta médica, etc.).
2.	PRECIO	El honorario profesional. A menor precio, más accesibilidad y mayor equidad.
3.	PRODUCTO	El bien o servicio (profesional) propiamente dicho. A mejor percepción de su calidad, más demanda, más uso, mejores resultados.

4.	PROMOCIÓN	Acciones para hacer llegar el servicio a la gente.
5.	PUBLICIDAD	Acciones para lograr que la gente se acerque al servicio profesional. La publicidad puede ser muy útil para la educación de la población.
6.	PÚBLICO	Personas, pacientes, consumidores o clientes. Para lograr su satisfacción existen todas las empresas.
7.	PRESTACIÓN	Referida a la calidad de la atención (caso de servicios) o del producto. Existe básicamente la calidad técnica o intrínseca al servicio profesional y la “funcional” que es aquella que existe ante los ojos del cliente. Es la forma como él percibió haber sido atendido.
8.	POSICIONAMIENTO	Modo por el cual el público percibe el servicio que se le brinda. Es la opinión que la gente tiene del producto o servicio, expresada en el menor número de palabras. Es como ellos nos ven o nos identifican.
9.	PROYECCIÓN COMUNITARIA	Modo como la empresa desea influir en la comunidad en la que se desenvuelve. Depende mayormente del estilo de la cultura organizacional que se disponga dentro de la empresa.

10.	<b>PRODUCTIVIDAD</b>	Capacidad de prestar el mayor número de unidades de servicio posibles, en igualdad de tiempos, manteniendo la calidad. A mayor productividad, menores honorarios y más acceso. En nuestros países, mayor equidad.
11.	<b>PERSONAL ASISTENTE</b>	Recurso humano (profesional o de soporte) que potencializa la acción del profesional de la salud o de la empresa a la cual pertenece.
12.	<b>RELACIONES HUMANAS</b>	Maneras de relacionarse con las personas como ser, enfermos, usuarios o clientes (internos y externos). Cliente interno suyo es su secretaria o sus proveedores de insumos. Los externos son los pacientes.
13.	<b>RELACIONES PÚBLICAS</b>	Relaciones de los profesionales de la salud con la comunidad en la que se encuentran insertados.
14.	<b>PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA</b>	Conjunto de acciones de mercadeo, ejecutadas de manera integrada, interrelacionadas que tienden al éxito de la empresa de salud. Constituyen el llamado Plan de marketing que se debe ejecutar para aprovechar al máximo los recursos disponibles, que coordina las acciones necesarias, de acuerdo con el presupuesto y a la conveniencia social y logro de los objetivos.

Como puede apreciarse en algunos de los conceptos anteriormente referidos, no existen dudas de que el marketing surge bajo las condiciones del sistema capitalista, donde se presentan complejidades tales como, un aumento sustancial de la competencia, crisis de superproducción y escasez de consumo. De ahí que sea una necesidad real para la circulación de mercancías, la subsistencia y enriquecimiento de las empresas capitalistas, pero el hecho de que las técnicas del marketing sean válidas en la economía mercantil capitalistas, no debe negar su posible utilidad en las condiciones del socialismo.

En la economía socialista predomina la propiedad social sobre los medios de producción, y la planificación se subordina a los intereses generales de la sociedad, por lo que en la medida que la empresa socialista conciba al cliente como el centro de su actividad y la determinación de sus necesidades y deseos, constituya el eje prioritario de su política empresarial, se fortalecerá la correspondencia entre el objetivo de la producción y su destino natural.

En Cuba, a inicios de los años 90, la utilización del marketing prácticamente se reducía a aquellas empresas vinculadas al sector exportable y la mayoría de los profesionales (en especial los de la salud) no se sienten cómodos con respecto al marketing y su relación con los profesionales del sector.

Sin embargo, es necesario diferenciar al marketing de la mera publicidad y venta; el *Marketing de la salud* tiende a lograr y mantener relaciones más personalizadas y duraderas con los pacientes, orientadas a brindar un servicio que satisfaga sus necesidades. Hoy ya no es suficiente con ser un profesional altamente calificado, también es necesario dominar técnicas para la promoción y la prevención en salud, se necesita un *plan de marketing*: programas con alto grado de éxito sustentados en herramientas de mayor precisión en la ubicación de los

pacientes según sus características demográficas, geográficas y epidemiológicas, saber cómo tratar con las quejas, dar servicios personalizados, y manejar técnicas de comunicación eficientes, así lo comprenden un número cada vez mayor de profesionales. Se trata de contribuir a la salud de la población con todos los recursos y medios a nuestro alcance y el marketing es uno de ellos.

Los profesionales que consideran el marketing como un conjunto de conceptos empíricos que no son necesarios dominar, ni darle cabida en su formación, quienes no aprovechen las ventajas del marketing en bien del ejercicio de su profesión, con el objetivo de hacer el bien a las personas, tratando de obtener mejores resultados, desperdician herramientas de muchísima utilidad que tienen a su alcance.

El marketing hace más eficiente la prestación de servicios de salud, ya que contribuye a satisfacer las expectativas que la gente tiene sobre estos. Un servicio de salud de calidad, intenta lograr que las personas lo perciban como algo de provecho para ellas mismas y para quienes las rodean, con horarios accesibles, con buen trato personal, humano, en ambientes agradables, donde las personas se sientan tratadas con afecto, respeto y eficiencia.

El fundamento más frecuente que se esgrime en contra del uso habitual del marketing en el ámbito de las profesiones de la salud, es que está reñido o es antagónico con la *ética* del sector, esto no es cierto. La *ética* es llamada ciencia de la conducta y fundamentalmente sus postulados analizan lo que se puede considerar como “correcto” o “incorrecto”. El otro elemento por el cual también se le cuestiona y rechaza, es que se cree que es sinónimo de “publicidad” o de “ventas” y que los profesionales de la salud no deben estar haciendo propaganda o comportarse como vendedores.

### VIII.1.1 Beneficios del servicio de marketing de la salud

Es necesario conocer las ventajas que se obtienen con el marketing:

- Diferenciar el servicio profesional del ofrecido por la competencia.
- Aumentar la productividad y el rendimiento de la consulta profesional.
- Comprender de qué manera los pacientes deciden acerca de su atención.
- Identificar segmentos insatisfechos con la prestación actual.
- Satisfacer al paciente en cuanto a *todas* sus necesidades.
- Fidelidad de los pacientes.
- Lograr que todo el personal comprenda la importancia de la atención al cliente.
- Comunicarse con los pacientes de una manera dinámica y efectiva.
- Posicionar su nombre o marca.
- Aumentar la visibilidad del profesional o su consultorio, sin recurrir a la publicidad.
- Medir los resultados de las acciones de marketing.

El factor venta es parte resultante del marketing, y la publicidad es uno de los elementos constitutivos del proceso, pero no es de ninguna manera uno de sus pilares conceptuales de mayor valor. El marketing es la expresión de la ejecución integral de todos los elementos que lo constituyen. En el caso de Cuba, las campañas publicitarias en función de la deshabituación tabáquica o alcohólica no promueven ventas, más bien intentan disminuir el consumo y disminuir las ventas, es habitual incluso que las propias cajetillas de cigarros asuman mensajes elaborados por el MINSAP donde se alerta del riesgo

para la salud. Por otro lado, no se estimulan campañas para el consumo de medicamentos, por el contrario, se utilizan los medios masivos de difusión para evitar la automedicación y el uso indiscriminado de estos; para que los mensajes sean cada día más efectivos, los profesionales deben aprender a utilizar las herramientas del marketing.

En la actualidad, las aplicaciones de la mercadotecnia al ámbito de los servicios de salud, son amplias y en constante crecimiento. Sin embargo, aún persisten variados mitos que nos alejan de la realidad. Es conveniente señalar algunos de estos con el objeto de erradicarlos y sensibilizar a los prestadores sanitarios de las ventajas y conveniencias que tiene el uso del Marketing.

*Primer mito. Los servicios de salud no deben mercadearse*

La mercadotecnia es una poderosa herramienta en la orientación social de los servicios; en su uso interno, ayuda a la sensibilización de los empleados con la problemática social de los usuarios y, sin duda, colabora al logro de una filosofía de calidad y al compromiso con ella. También ayuda al conocimiento de las necesidades sanitarias de la población a través de la realización de investigaciones de mercado, y a la reorientación de los servicios para satisfacer dichos estados carenciales por medio del marketing mix adecuado. Por consiguiente, la mercadotecnia en salud o sanitaria (Health Care Marketing), es en sí misma una valiosa aliada que, como campo de conocimiento y de aplicación tiene dos acepciones: por un lado, un aspecto social, al ser una especialidad dentro del estudio del Marketing dedicada a la descripción, investigación, métodos de medición y sistemas de análisis de la demanda sanitaria, así como a la satisfacción de los pacientes; y por otra parte, una función administrativa, al ser entendida como un proceso responsable de identifi-



car, anticipar y satisfacer los requerimientos de los usuarios de forma adecuada y provechosa (Rubio Cebrán, 1995).

*Segundo mito. El marketing sanitario es sólo aplicable a los servicios privados*

Uno de los mitos comúnmente generalizados es que la mercadotecnia es sólo aplicable a la comercialización de los servicios privados, por su carácter de negocio y por la búsqueda de una utilidad lucrativa. Sin embargo, el concepto de institución sanitaria pública cambió en los últimos años, considerándosele actualmente dentro de la llamada Nueva Gerencia en Salud (Yepés, 1988) como empresas productoras de servicios y/o procesos de atención, que requieren de una gerencia adecuada y un manejo empresarial para lograr sus objetivos con efectividad, eficiencia, calidad y equidad, sin menoscabo en la racionalidad de sus recursos.

Es en este marco donde la mercadotecnia en salud o sanitaria, entendida como la “orientación administrativa que procura un proceso de intercambio entre clientes y profesionales, con el objeto de solventar necesidades y satisfacer deseos y expectativas en materia de salud” (Priego-Álvarez, 1995), adquiere vital importancia para la mejor prestación de los servicios. Como herramienta de gestión, la mercadotecnia habrá de detectar las necesidades de salud no satisfechas buscando suplirlas con servicios pertinentes.

*Tercer mito Es antiético el uso de la mercadotecnia en la promoción de los servicios*

La errónea consideración de la mercadotecnia como sinónimo de publicidad, está ampliamente difundida entre los profesionales sanitarios, en especial, entre los médicos.

## VIII.2 Necesidad del marketing en salud

En la práctica médica de hoy, es evidente que:

1. *Los pacientes ya no son cautivos, están más informados y son más exigentes:* En nuestros días, con el uso masivo de los medios de información, es evidente que los pacientes cada vez son más exigentes en cuanto a la calidad del servicio recibido. Los pacientes de hoy conocen mucho sobre la salud, tanto de aspectos clínicos como legales y ello los hace demandar la atención adecuada, no son tan dependientes como en otros tiempos. Por ello la organización y el profesional de la salud, deben brindar la mejor calidad del servicio y lograr la comprensión del usuario, así como dominar técnicas para una comunicación eficiente.
2. *Las campañas de educación sanitaria* ofertan mayor cantidad y calidad de información a la población, las personas saben que deben hacer ejercicios físicos, o comer saludable, ahora usted deberá convencerlos de ¿por qué? No es suficiente con afirmar o indicar algo que ellos conocen, esto no hace la diferencia.
3. *La oferta de servicios de salud* crece de manera constante, con nuevos y mejores servicios disponibles para los enfermos: un paciente puede decidir entre utilizar técnicas de la Medicina natural y tradicional y no someterse a los tratamientos farmacológicos habituales o preferir una técnica quirúrgica tradicional a una cirugía video endoscópica, o un proceso de rehabilitación y fisioterapia ante una técnica ortopédica más radical.
4. *Tecnologías rápidamente cambiantes:* Se calcula que en la ciencia médica se da una transformación tecnológica más o menos sustancial cada cinco años, lo que obliga a aquellas entidades que manejan tecnologías

de mediana y alta complejidad a explicar a sus usuarios sus ventajas, utilidades, incluso sus efectos indeseables; en la actualidad, en ocasiones es necesario convencer a un paciente o familiar que un determinado tipo de estudio no es necesario ya que este lo solicita y se trata de estudios muy costosos (tomografía axial computarizada, resonancia magnética nuclear, estudios con isótopos radioactivos, etc.). Pudiéndose llegar al diagnóstico de certeza sin necesidad del uso y abuso de la llamada tecnología sanitaria.

5. *El componente humano en la prestación del servicio ocupa un altísimo porcentaje.* No podemos olvidar además, que el paciente con su comportamiento y actitud, hace parte del resultado final de la calidad del servicio. Si el paciente es responsable en su tratamiento, sigue las recomendaciones terapéuticas, las consultas y exámenes de control, el resultado final de su proceso de recuperación o mantenimiento de la salud, será de una buena calidad. Sin embargo, sabemos que muchas veces esto no es así. De manera que al paciente será necesario involucrarlo en procesos de educación y prevención de la salud, es necesario aprender a lograr que las personas se hagan responsables de su salud. El primero que debe tomar responsabilidad ante su estado de salud es el propio paciente, lograr este grado de compromiso es difícil.

Los estudios de marketing en salud han permitido identificar elementos tan importantes como *las principales causas de insatisfacción de los pacientes y familiares* lo que se conoce como: LOS PECADOS DEL SERVICIO, estos son una serie de elementos que se han investigado en usuarios de estos servicios. Por la importancia de los mismos en la educación de los profesionales del sector, son enunciados brevemente a continuación.

1. *Apatía:* Se refiere a la falta de interés del personal administrativo o clínico, por el problema del paciente. No se le presta la debida atención a la persona.

2. *Desaire*: Se entiende cuando quienes atienden al público tratan con desgano el problema que plantea el usuario, o rápidamente y de cualquier manera. No se es ágil ante la solución de un determinado síntoma (dolor, fiebre, etc.). O se burlan de las cosas que hace o dice el paciente.
3. *Frialdad*: Los usuarios manifiestan que se sienten como “cosas”, y “objetos” que están examinando. Se oye decir: “El cáncer de la cama 28”; “El número 30 de consulta”, etcétera. No hay ni la más mínima norma de educación con el paciente.
4. *Aire de superioridad*: Se refiere al poder de información que maneja el personal de salud o el personal administrativo. El usuario se siente inferiorizado por la persona que lo atiende y en muchos casos hasta humillado como ser humano.
5. *Robotismo*: Todo trabajo tiene el riesgo de rutinizarse y cuando esto ocurre, el usuario lo percibe y nota que quien lo atiende, ríe mecánicamente o realiza los procedimientos de manera rutinaria, sin generar expresión de individualidad hacia la persona que atiende.
6. *Reglamentitis*: Es cuando la norma pesa más que el servicio del paciente. Por ejemplo, es más importante tener el papel de autorización en la mano para una cirugía, que operar al paciente, así sea esta una cirugía relativamente urgente. No quiere decir tampoco que se trate de violar todas las normas administrativas o legales establecidas, pero hay situaciones en las cuales ellas se podrían obviar, aplazar o agilizar su consecución, para lograr la prestación del servicio al paciente y solucionarlas después.
7. *Evasivas*: Se interpreta por los pacientes cuando se ofrece cualquier disculpa ante la imposibilidad de prestar el servicio. A veces, estas disculpas son difíciles de creer por estos.

Las profesiones médicas se encuentran ubicadas en el área de los servicios de salud. Su ejercicio o práctica consiste en ofrecerlos a las personas (enfermas o no), buscando una mejora en su calidad de vida y lograr que adquieran o reciban aquello que se les ofrece, porque sin pacientes o enfermos, no hay ejercicio de la medicina.

Todo, o casi todo es marketing en la actualidad, porque las sociedades sobreviven del intercambio de conocimientos, productos y servicios. Se podría pensar también que la Gerencia y las Políticas de Salud no tienen puntos de encuentro con el marketing o mercadeo de servicios, ya que ambos tienen distintos objetivos generales y específicos, pero eso tampoco es cierto: al contrario, son absolutamente complementarios.

Gerenciar es solucionar problemas, es desarrollar programas y proyectos, es alcanzar objetivos y lograr que la salud sea un bien para las grandes mayorías. Ahí está el secreto del buen uso del marketing, ayuda a aumentar la cobertura, la equidad, la solidaridad y hace posible la eficiencia en salud. La gerencia es un ámbito en el que todos los profesionales trabajamos cada día. Nadie podrá brindar salud y nadie podrá ponerla a disposición de terceros, si no tiene los conocimientos y la habilidad para lograr que las personas se beneficien de ella, que la conozcan, que la posean, que puedan gozar de sus ventajas.

### **VIII.3 Oferta en servicios de salud: Un enfoque mercadológico**

El mayor aporte que ha hecho la mercadotecnia a los servicios de salud, es la generación de una prestación de servicios más cercana al usuario, más amable. Hoy, la oferta de servicios de salud, como la oferta de cualquier otro servicio, requiere una buena presentación y la principal

característica de esa presentación está dada por la calidad del servicio que se presta. Los directivos, profesionales y los trabajadores de los servicios de salud, deben plantearse y responder preguntas que permitan determinar los elementos más importantes para brindar servicio de calidad:

- ¿Cómo se informan los potenciales usuarios de nuestro servicio?
- ¿Cómo lo encuentran?
- ¿Es nuestro horario el más adecuado?
- ¿Es fácil para las personas encontrar nuestro servicio?
- ¿Si vienen en vehículo encuentran sitio de parqueo? ¿Es seguro?
- ¿Es el acceso a nuestras instalaciones fácil?
- ¿Existen otros servicios para el usuario: sillas, baños, agua, algún entretenimiento que haga más llevadera la espera?
- ¿El personal (recepción, porteros, ascensoristas, etc.), es amable, sabe dar indicaciones acerca de nosotros?
- ¿Este personal auxiliar tiene vocación de servicio? ¿Guarda la necesaria confidencialidad nuestra y de los pacientes?

Se podrían generar muchas interrogantes en que las respuestas permitirían acercar el servicio al usuario, hacerle más agradable el desagradable hecho de sentirse enfermo. Solo la oferta de un servicio de salud completa en lo asistencial y en lo social podrá ser atractiva. Los temas de servicio al cliente en salud (servicio al paciente), sin lugar a dudas recogen en un concepto único los aspectos terapéuticos, técnicos, humanísticos, éticos y de calidad que deben rodear la relación médico-paciente. Hablamos de eficiencia en el servicio cuando se ofrece un servicio excelente en sus resultados físicos, psíquicos y sociales, es decir, cuando se ofrece bienestar. Cuando una persona requiere un servicio de salud, su prioridad es recuperar la salud perdida, pero eso no significa que

deba soportar maltratos o incomodidades. Por eso se considera que todas las personas de una institución prestadora deben participar en la oferta de ese servicio y son responsables por la calidad del mismo.

### VIII.3.1 ¿Qué es un plan de marketing?

Entre las varias acepciones que el DRAE concede a la palabra *plan*, figura la de ser un proyecto, un extracto o escrito en el que se describe estructuralmente algo o alguna cosa. Para hacer un plan o llevar a cabo el proyecto de una acción (esto es, hacia un futuro deseado), hay que arbitrar los medios necesarios que faciliten su consecución y a ese arbitrio es a lo que se llama planificar.

Planificar, por tanto, es un proceso continuo y flexible, que tiene por objeto seleccionar objetivos, determinar estrategias y políticas, y determinar cursos de acción.

Pues bien, si el marketing es un enfoque de la gestión empresarial, el plan de marketing es un instrumento de gestión que consiste en un documento donde se recoge de manera detallada, ordenada y fácilmente comprensible, el conjunto de acciones de marketing que se pretenden llevar a cabo para alcanzar unos objetivos deseados, en un ambiente de mercado.

Alguna de las técnicas utilizadas en la actualidad son:

#### *Geomarketing*

Técnica basada en el conocimiento del *marketing* y el sistema de *información geográfica*; esta disciplina es de gran utilidad, ya que aporta información para la toma de decisiones, porque permite analizar la situación de un negocio mediante la localización exacta de variables. Entre sus principales beneficios, destacan un mayor conocimiento de mercados y habilidad para focalizar *estrategias* y esfuerzos en determinados *segmentos del mercado*, identificar puntos de ventas, oficinas, sucursales, distribuidores, *competencia*, entre otros.

*Programas de sensibilidad*

La importancia de estos modelos es el valor agregado, la eficacia y la eficiencia al momento de implementar programas de promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

*Producto de enganche*

Engloba ofertas a determinados pacientes que buscan realizar *tratamientos largos*. Muestras y programas especiales a personas que no cuentan con el dinero suficiente para tratarse.

*El turismo de salud*

Actúa como *producto* de enganche. Mediante esta técnica los extranjeros viajan para someterse a tratamientos médicos por la calidad de los servicios prestados y el costo de este, mientras, al mismo tiempo, conocen los *atractivos turísticos* de la ciudad visitada.

**FASES, CONTENIDO Y EFECTOS  
DEL PLAN DE MARKETING**

<b>Fases</b>	<b>Contenido</b>	<b>Efectos</b>
1. Detectar necesidades en el mercado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Investigación</li><li>• Recopilación de la información</li><li>• Análisis de la información</li><li>• Localización de puntos fuertes y puntos débiles</li><li>• Análisis de oportunidades y de amenazas</li></ul>	Desarrollar conceptos y productos para atender las necesidades.



2. Planificar estrategias (de productos, de precios, de comunicación, de distribución)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fijación de objetivos</li> <li>• Asignación de recursos</li> </ul>	Organizar las actividades de la empresa dentro del ámbito del marketing.
3. Formular y poner en marcha tácticas para el desarrollo de las estrategias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Programación de acciones</li> <li>• Diseño de sistemas de control</li> <li>• Evaluación y proyección de los resultados</li> </ul>	Dirigir cualquier actividad conexionándola con el flujo de intercambios en el mercado para asegurar la eficiencia entre la oferta y la demanda.

### VIII.3.2 Etapas del plan de marketing

El plan de marketing exige una metodología que se debe llevar con cierta precisión si no queremos caer en el desorden. Es importante seguir todas y cada una de las etapas siguientes en el orden descrito.

#### 1. *Análisis de la situación*

En este apartado deberemos identificar:

- Competidores existentes.
- DAFO (Debilidades, Amenazas, Fuerzas y Oportunidades).
- Productos, precios, descuentos, ubicación, facturación, diseño, fabricación, finanzas, etc., de cada uno.
- Políticas de venta, canales de distribución empleados, publicidad y promoción.
- Entorno y situación del mercado, situación económica, política (legal, tecnológica), etc.
- Comportamiento del consumidor, costumbres del sector, de la industria o del mercado.

- Tendencias y evolución posible del mercado.
- Situación de nuestra empresa respecto a políticas de productos, finanzas, capacidad productiva, tecnológica de I+D, costos, personal, medios.
- ¿Quiénes son nuestros clientes?

## 2. *Objetivos*

- Objetivos generales del plan de marketing.
- Objetivos por producto o servicio.
- Objetivos por cuota de mercado.
- Objetivos por participación, canales de distribución empleados, publicidad y promoción.
- Objetivos de calidad.
- Objetivos sobre plazos y tiempos.
- Objetivos de precios.
- Objetivos de márgenes y costes.
- Objetivos de publicidad y promoción.
- Determinación del público objetivo (Target).
- Cuotas de venta por vendedor, delegación, equipo...

## 3. *Estrategia*

Entendemos por estrategia la forma de alcanzar los objetivos. O lo que es lo mismo ¿qué vamos a hacer para llegar a la meta propuesta? La estrategia es una labor creativa. Aquí entraríamos en detalle en estos cuatro apartados:

### *Políticas de producto o servicio*

- ¿Qué producto o servicio deseamos comercializar?
- Características del producto o servicio.
- Diseño del envase.
- Marcas.
- Etiquetas.
- Target o mercado objetivo.
- Calidades.
- Presentaciones.

### *Políticas de precios*

- Tarifas.
- Condiciones de venta.

- Descuentos.
- Márgenes.
- Punto de equilibrio.

#### *Políticas de distribución*

- Distribución física de la mercancía.
- Canales de distribución que se emplearán.
- Organización de la red de ventas.

#### *Políticas de Publicidad y Promoción*

- Promociones.
- Merchandising.
- Plan de medios.
- Desarrollo de la campaña publicitaria.
- Análisis de la eficacia de los anuncios.

#### *4. Tácticas que se utilizarán*

Las tácticas son las acciones para lograr objetivos más pequeños en periodos menores de tiempo. Tareas más específicas y no tan globales como serían las estrategias.

- ¿Qué debe hacer cada persona en concreto?
- ¿Cuándo lo debe hacer?
- ¿Cómo lo debe hacer?
- ¿Quién lo debe hacer?
- ¿Con qué recursos cuenta?
- Planificación del trabajo y tareas.
- Recursos técnicos, económicos y humanos.
- Organización.

#### *5. Controles que se emplearán*

Se deberán establecer procedimientos de control que nos permitan medir la eficacia de cada una de las acciones, así como determinar que las tareas programadas se realizan de forma, método y tiempo previsto.

Existen tres tipos de control:

- Preventivos: Son aquellos que determinamos con antelación como posibles causas de error o retardo. Permiten tener una acción correctora establecida en el caso de producirse.

- Correctivos: Se realizan cuando el problema ha sucedido.
- Tardíos: Cuando ya es demasiado tarde para corregir lo sucedido.

#### 6. *Feed Back*

Retroalimentación. A medida que vamos implantando el plan de marketing, puede darse la circunstancia de que algunas condiciones iniciales cambien. Por ejemplo, alguna reacción de la competencia, entrada al mercado de nuevos productos, etc.

Esto implica que debemos corregir el Plan de Marketing según convenga. Este no debe ser rígido e inamovible. Por el contrario, debe mostrar cierta flexibilidad en su aplicación.

Es importante establecer un plan de contingencias para cada posible situación nueva.

#### 7. *Planificación financiera*

El objetivo de este apartado se centra en la necesidad de planificar los costos y presupuestos relacionados con el Plan de Marketing. Es necesario prever con antelación todo y cada uno de los costos, así como los diferentes presupuestos que asignaremos a cada departamento.

- Costos de publicidad y promoción.
- Costos e ingresos de ventas.
- Costos de investigación.
- Costos de desarrollo de producto.
- Costos logísticos y de distribución.
- Márgenes y punto de equilibrio.
- Determinación de presupuesto para cada departamento/área.

## **VIII.4 Resumen**

Resulta entonces evidente que la confección de un Plan de Marketing debe ser realizada por profesionales de la economía que se dediquen de manera particular al área de la mercadotecnia, sin embargo, no está demás para los profesionales de salud comprender que estos no pueden ser elaborados empíricamente y que en caso de las acciones de marketing más eficaces en el campo de la salud, estos profesionales deben ser consultados.

## **VIII.5 Cuestionario**

1. ¿Qué es el Marketing y cuáles son las 4 aéreas básicas que lo componen?
2. ¿Por qué considera usted que es importante para los profesionales de la salud tener conocimientos básicos sobre la mercadotecnia sanitaria?
3. ¿En qué consisten los llamados Pecados de los servicios de salud?
4. ¿Qué es un plan de marketing? ¿Qué utilidad considera que puede tener?

## **CAPÍTULO IX. GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS**

Dr. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez  
MSc. Isabel Montoya Sánchez

### **IX.1 Introducción**

El principal recurso con que cuenta toda organización es el capital humano, con sus conocimientos científico técnicos, intelectuales, habilidades, destrezas y capacidades, que emplea en su desempeño laboral para impulsar a su organización en el cumplimiento de la misión, visión, metas, para el logro de eficacia, efectividad, eficiencia, competitividad, la obtención de la calidad necesaria y el cumplimiento de los objetivos estratégicos.

La estrategia que se desarrolla en Cuba para la gestión de los recursos humanos, responde a las características de la Universidad Cubana: científica, tecnológica y humanista, con un fuerte compromiso social.

La estrategia propuesta en el SNS prevé los procesos capacitantes o de habilitación en los servicios, la formación básica o de pregrado y define diferentes figuras educativas para el perfeccionamiento, la especialización y la maestría de estos profesionales; es integral y pertinente y contribuye a obtener un graduado de perfil amplio, competente en las disciplinas de informática, estadísticas sanitarias, información científica y otras. Esta estrategia educativa se aplica en el marco del desarrollo del sector de la salud y de la sociedad cubana con amplio apoyo y voluntad política, y finalmente garantiza el recurso humano requerido en cada puesto de trabajo, así como sistemas informáticos integrados para una adecuada gestión de la información en el sector.

En la formación del capital humano hay que tener en cuenta los conocimientos, experiencias, habilidades, sentimientos, actitudes, motivaciones, valores, capacidad para crear riquezas con eficiencia. Tener, además, conciencia, ética, solidaridad, espíritu de sacrificio y heroísmo.

El capital intelectual significa la posesión de todo lo anterior comprendido en la competencia laboral, junto a la experiencia aplicada, la tecnología organizacional, la relación con los clientes y documentos.

La Gestión de Recursos Humanos no es lo que generalmente se conoce en la mayoría de las empresas cubanas bajo la denominación de dirección de personal o administración de personal. En la actualidad se ha pasado de la clásica regulación del trabajo, a los objetivos estratégicos y de la administración del personal, a la gestión activa de las personas desde un punto de vista operativo, jurídico, normativo y psicosocial. La gestión de recurso humanos es mucho más que analizar la plantilla, las nóminas y el fondo de tiempo.

De acuerdo con la Norma Cubana ISO 3000:2007 del Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano (SGICH), la selección e integración es la capacidad del sistema para captar, seleccionar, capacitar, promover, evaluar y estimular a las personas de acuerdo con los valores de la organización laboral, para su integración.

En la Resolución No. 60 de marzo de 2011, de la Contraloría General de la República, se establecen las “Normas del sistema de control interno en el país”; en el componente Ambiente de Control se definen dos normas que se relacionan con el proceso de selección e integración: la idoneidad demostrada y las políticas y prácticas en la gestión de recursos humanos.

La Gestión de Recursos Humanos, según Batista Jiménez (1996), es la actividad que se realiza en las empresas, instituciones, etc., para:

- Obtener, formar, motivar, retribuir y desarrollar los recursos humanos que la organización requiere para lograr sus objetivos.

- Diseñar e implantar las estructuras, sistemas y mecanismos organizativos que coordinen los esfuerzos de dichos recursos, para que los objetivos se consigan de la forma más eficaz posible.
- Crear una cultura de empresa que integre a todas las personas que la componen en una comunidad de intereses y relaciones, con unas metas y valores compartidos que den sentido, coherencia y motivación trascendente a su dedicación y trabajo.

Por otra parte, los principales rasgos de la concepción moderna de la GRH, señalados por Ordoñez (1995), son:

- Los recursos humanos se convertirán en el recurso más importante.
- Los recursos humanos son una inversión, no un costo.
- La GRH no se hace desde un área, departamento o parcela de la organización, sino como función integral de toda la organización.
- La GRH demanda hoy concebirla con carácter técnico especializado, con bases en el análisis y diseño de puestos y áreas de trabajo.
- La GRH eficiente ha superado al “taylorismo”, y demanda el enriquecimiento del trabajo y la participación e implicación de los empleados en todas las actividades.
- El aumento de la productividad del trabajo y la satisfacción laboral, son objetivos fundamentales e inmediatos de la GRH.
- El desafío fundamental de la GRH es lograr eficiencia y eficacia en las organizaciones.



## **IX.2 Sistema, proceso o ciclo de la gestión de recursos humanos**

- Planeación.
- Promoción, democión y reclutamiento.
- Retribución, reconocimiento y selección.
- Evaluación del desempeño y preparación inicial.
- Condiciones de trabajo, formación y desarrollo.
- Organización del trabajo.

## **IX.3 Modelos de gestión de recursos humanos**

- El modelo propuesto por Chiavenato (1988), considera que la administración de recursos humanos está constituida por subsistemas interdependientes.
- El modelo de Werther & Davis (1992) concibe la administración de personas como un sistema de muchas actividades interdependientes, pero a diferencia del modelo propuesto por Chiavenato, estas actividades tienen, a su vez, una marcada relación con el entorno.
- El modelo del Grupo Consultor Harper & Lynch (1992) parte de que la organización requiere de recursos humanos en determinada cantidad y calidad.
- El Centro de Investigación y Documentación sobre Problemas de la Economía, el Empleo y las Calificaciones Profesionales de Donostía-San Sebastián, España (CIDEC, 1994), plantea que las políticas y los objetivos de la GRH se establecen sobre la base del plan estratégico y de la cultura o filosofía de la empresa.
- El Modelo de Bustillo (1994) se propone lograr una eficiente administración de los recursos humanos y la

motivación de las personas, centrándose en el puesto de trabajo.

- Existen otros modelos como los de la Corporación Andina de Fomento (1991), el modelo citado por Ruiz González (1994) y el planteado por Ivancevich & Lorenzi (1996), centrados en el desarrollo humano.
- El modelo de Beer (1992) de la Harvard Business School, considera la estrategia y la filosofía empresarial como rectoras del sistema. Le confiere importancia al diagnóstico, las políticas de trabajo, el entorno, el sistema de trabajo con las formas de organización del trabajo, los métodos de trabajo y el diseño de puestos, las características ergonómicas para garantizar la seguridad e higiene y las condiciones de trabajo.
- En el Modelo de gestión integrada en la formación de los recursos humanos, se tiene en cuentas los siguientes aspectos:
  - La competencia laboral, desempeño laboral superior y el incremento de la productividad del trabajo.
  - El autor define a las competencias laborales como: El conjunto sinérgico de conocimientos, habilidades, experiencias, sentimientos, actitudes, motivaciones, características personales y valores, basados en la idoneidad demostrada, asociado a un desempeño superior del trabajador y de la entidad, en correspondencia con las exigencias técnicas, productivas y de servicios. Es requerimiento esencial que esas competencias sean observables, medibles y que contribuyan al logro de los objetivos de la entidad (Maily Andrea Santos Sánchez).

Este modelo contribuye a alcanzar los objetivos siguientes:

- Atraer, mantener y desarrollar permanentemente en los trabajadores la validez de los criterios de la idoneidad demostrada y las competencias laborales.
- Promover el rol protagónico de los trabajadores en el análisis y solución de los problemas y la toma de las decisiones.

- Desarrollar continuamente en los trabajadores la importancia de poseer valores éticos y revolucionarios, educación económica, creatividad e innovación, espíritu de superación para su desempeño y solidaridad.
- Garantizar el cumplimiento de la legislación aplicable a la gestión integrada de los recursos humanos.

La tecnología de diagnóstico se basa en la medición del estado de los procesos de gestión de los recursos humanos en la empresa y su nivel de integración interna y externa. Las premisas establecidas que se deben comprobar, son las siguientes:

- La formulación de la estrategia, consensuada con los trabajadores y en fase de aplicación para hacer realidad los objetivos.
- La alta dirección lidera la formulación, implantación e integración de los procesos de la gestión de los recursos humanos.
- La participación efectiva de los trabajadores en la solución de los problemas y en la toma de decisiones.
- El clima laboral satisfactorio.
- Las competencias básicas en los dirigentes y técnicos encargados de los procesos de recursos humanos.

Se tienen en cuenta:

- Calificadores de amplio perfil.
- Capacitación y desarrollo.
- Proceso de idoneidad demostrada.
- Organización del trabajo.
- Selección e integración de los recursos humanos.
- Estimulación material y moral.
- Evaluación del desempeño.
- Comunicación institucional.
- Autocontrol.

Casi todas las actividades claves de GRH (Gestión de Recursos Humanos), se basan en informaciones proporcionadas

por el análisis y descripción de puestos de trabajo y constituyen la base fundamental para establecer cualquier programa de recursos humanos. Entre los objetivos o posibles usos del análisis y descripción de puestos, se pueden citar los siguientes:

- Reclutamiento.
- Selección de personal.
- Formación.
- Evaluación del rendimiento.
- Valoración del puesto de trabajo.
- Seguridad e higiene.
- Planes de carrera.

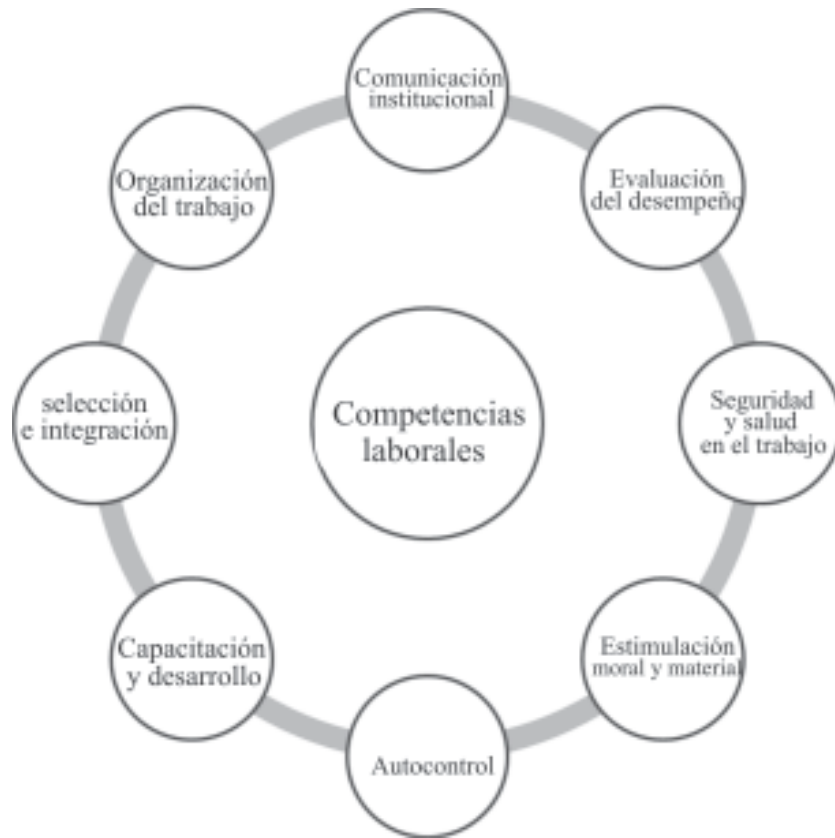
Un artículo sobre Servicio Personalizado (*Gaceta Laboral*, v.16, n.1, Maracaibo, abr. 2010), hace referencia de las técnicas de gestión de recursos humanos destacadas, que permiten desarrollar un sistema más eficiente teniendo en cuenta: la descripción de puestos, planificación de recursos humanos, reclutamiento y selección de personal, capacitación, evaluación del desempeño y la gestión de las compensaciones (Chiavenato, 2000; Maristany, 2000; Villoria, 2000; Dessler, 2001; Gómez, 2001; Dolan, 2003; Mathis, 2003; De la Calle, 2004; Ivancevich, 2004; Valle, 2004; Delgado, 2005; Mondy, 2005). El documento referido se resume en el cuadro de la p. 277.

Los métodos más ampliamente utilizados para el análisis y descripción de puestos de trabajo, suelen ser los siguientes:

- Método de la observación directa.
- Cuestionario.
- Entrevista.
- Métodos mixtos.
- Método de expertos.
- Diario de actividades.

<b>Subsistema RR.HH.</b>	<b>Técnicas de gestión de RR.HH.</b>
Alimentación de RR.HH.	Investigación de mercado de RR.HH. Identificación de fuentes de reclutamiento.
	Reclutamiento. Técnicas, prioridad del reclutamiento interno sobre el externo.
	Selección. Criterios de selección y patrones de calidad, técnicas.
	Integración. Planes y mecanismos para los nuevos integrantes en el ambiente interno de la organización.
Aplicación de RR.HH.	Análisis y descripción de cargos. Establecimiento requisitos básicos de cada puesto.
	Planeación y distribución de RR.HH. Determinación de la cantidad necesaria de RR.HH.
	Plan de Carreras. Secuencia óptima y definición de oportunidades laborales.
	Evaluación del Desempeño.
Mantenimiento de RR.HH.	Administración de Salarios. Investigación Salarial. Política salarial.
	Plan de beneficios sociales. Adecuación a la diversidad de necesidades de los miembros de la organización.
	Higiene y Seguridad en el trabajo. Creación y desarrollo de las condiciones físicas ambientales de higiene y seguridad.
	Relaciones Laborales. Criterios y normas de procedimientos sobre las relaciones con los empleados y con los sindicatos.
Desarrollo de RR.HH.	Capacitación.
	Desarrollo de RR.HH. Mejoramiento de los RR.HH. disponibles teniendo en cuenta la realización continua del potencial existente.
	Desarrollo Organizacional. Aplicaciones de estrategias de cambio con miras a la salud y excelencia organizacional.
Control de RR.HH.	Base de Datos.
	Sistema de Información.
	Auditoría de RR.HH.

Se utiliza para el análisis del puesto de trabajo el profesiograma, que no es más que la representación de las características que debe tener el candidato ideal para un puesto de trabajo específico, con la determinación en niveles de dichas exigencias.



- Se pueden considerar dos clases de profesiogramas:
- Profesiogramas de segundo grado. Tratan de plasmar en un impreso las condiciones que el puesto de trabajo exige, considerando a estas condiciones como factores integrantes del puesto, más que como aptitudes exige-

das. Estos factores, que no siempre son aptitudes, vienen dados en forma gradual.

- Profesiogramas de primer grado. Tienen la finalidad de plasmar las características auténticamente exigidas por el puesto de trabajo (conocimientos, habilidades y aptitudes), eliminan los factores que verdaderamente no son requeridos e indican el nivel imprescindible. Estos profesiogramas son los que se utilizan habitualmente en el proceso de selección.

El modelo cubano para el diseño e implementación de un Sistema de Gestión Integrada de los Recursos Humanos, se resume en el esquema siguiente:

## **IX.4 Resumen**

La adopción de un Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano deberá ser una decisión estratégica de la alta dirección de la organización, en su implementación y aplicación, que incluye la búsqueda de soluciones a los problemas y la toma de decisiones, tienen que participar activamente los trabajadores y la organización sindical correspondiente.

De ahí la necesidad del conocimiento, adquisición de habilidades, competencia y desempeño de la alta dirección a diferentes niveles, por lograr elementos necesarios para hacer realidad la eficacia, la efectividad y la eficiencia en la organización de la empresa o entidad.

## **IX.5 Cuestionario**

1. Partiendo de las normas Cubanas del Sistema de Gestión Integral del Capital Humano, diga:
  - a. ¿Cuáles son los componentes del Sistema de Gestión del Capital Humano?

- b. ¿Qué principio sustenta los requisitos que deben cumplir las organizaciones en la implementación del Sistema de Gestión Integral del Capital Humano?
  - c. ¿Qué papel desempeña la alta dirección y los trabajadores en la implementación del SGICH?
2. ¿Qué importancia considera que tiene la aplicación del sistema y su valoración sobre la eficiencia que se desea obtener en la unidad presupuestaria o empresarial?



## **CAPÍTULO X. LA MEDICINA TRADICIONAL Y NATURAL, APORTE A LA SALUD Y A LA ECONOMÍA**

Dra. Felipa Nerys López Veranes  
Dr. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez

### **X.1 Introducción**

La Resolución sobre los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución, se aprobó en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, y en su capítulo VI. Política Social, en el acápite de Salud, se aprueba el lineamiento No. 158, y este dice: “Prestar la máxima atención al desarrollo de la medicina natural y tradicional”. En los objetivos de trabajo del Ministerio de Salud Pública se expresa: “Incrementar la racionalidad y la eficiencia económica en el Sector”.

Lo cual persigue el uso de esta medicina para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población, al ser menos costosa.

La medicina tradicional y natural conocida internacionalmente como alternativa, energética, naturalista o complementaria, forma parte del acervo de la cultura universal, es decir, conceptos y prácticas que se han heredado de generación en generación. Dentro de ella, la Medicina Tradicional China es la más antigua todavía en uso, y es constantemente renovada, lo que la convierte en el sistema de salud más experto de la historia. Desarrollado a través de la reflexión y la observación durante miles de años, hoy en día todavía se usa extensamente para tratar una amplia gama de enfermedades. En China, hace unos 5 000 años, se conocían formas de tratamiento por medio de puntos de presión y son

consideradas la base de toda la cultura sobre las zonas reflejas.

Su desarrollo no se ha limitado a la acumulación de conocimientos derivados de la práctica, sino también al diseño de un cuerpo teórico completo, sobre el arte de curar, integrado a los sistemas de salud modernos; lo que ha determinado que los gobiernos de varios países se responsabilicen con elaborar legislaciones al respecto.

## **X.2 Aspectos teóricos**

La Medicina China tiene un punto de vista diferente al de la medicina convencional, esta considera que el cuerpo mantiene un equilibrio permanente y dinámico entre los sistemas de estímulo y de contención (caracterizados como Yin y Yang) y entre las sustancias que lo vitalizan, el Qi (energía vital) y la sangre, y que ambos viajan por el cuerpo por unos canales específicos y bien definidos, los meridianos y los colaterales.

Los principales fundamentos teóricos médicos de la Medicina Tradicional China (MTC), se basan en esta larga experiencia, y queda reflejada en la teoría del Yin-Yang y otras, como la Teoría de los “cinco elementos”. Los tratamientos se hacen con referencia a este marco filosófico, para todas las patologías de forma general. Sin embargo, se abre un futuro en el campo de salud que ayudará a mejorar el enfoque diagnóstico o terapéutico.

De esta concepción se desprenden varias teorías que devienen básicas en la medicina tradicional:

1. La teoría Yin-Yang.
2. La teoría de los cinco elementos.
3. La teoría de los Zang-Fu.
4. La teoría Jing-Lo (meridianos).

Las modalidades de estímulos aplicados en la medicina naturalista, son:

- Estímulos mecánicos: Acupuntura, Digitopuntura, Masaje Tuiná.
- Estímulos térmicos: Moxibustión, Ventosas.
- Estímulos químicos: Farmacopuntura.
- Estímulos eléctricos: Electroacupuntura.
- Estímulos magnéticos: Magnetoterapia.
- Estímulos luminosos: Láserpuntura.
- Otras terapias naturales: Homeopatía, Terapia Floral, Terapia Su-Jok, etc.

### **X.2.1 Efectividad y economía**

La evaluación de la atención hospitalaria y el comportamiento de los gastos incurridos, convierten al nivel secundario en la actividad más costosa del Sistema Nacional de Salud, por la atención especializada brindada, que genera cuantiosos y novedosos recursos. Por lo tanto, toda modalidad de servicio que se va a prestar, independiente de su impacto y beneficio, ha de contar con una combinación técnica de recursos al menor costo posible, para alcanzar los mayores beneficios y eficiencia.

Con la aplicación de las diferentes modalidades de la medicina tradicional y natural, se logra que el paciente permanezca un menor tiempo en las instituciones de salud, con una disminución de la estadía, rápido alivio de los síntomas; además, se obtiene impacto social, político y económico ya que aporta logros en todos estos aspectos, al ser una alternativa para el tratamiento de las diferentes enfermedades, sus procedimientos son de fácil aceptación por los pacientes, inocuos y no invasivos en su mayoría, carentes de contraindicaciones y de reacciones adversas demostradas, además, permiten un uso racional de los recursos disponibles, y se logra una mejor atención

a un costo menor, y al alcanzar estos objetivos, el impacto deseado dará una mayor satisfacción a pacientes y familiares por el servicio recibido.

La utilización del Sistema de Costos es una herramienta que facilita la toma de decisiones por parte de directivos, siempre que vaya acompañado por un análisis de la efectividad, beneficios y eficiencia en los servicios prestados. El sistema de costos hospitalarios se empleó por primera vez en la Provincia de Santiago de Cuba, en el año 1978 en los hospitales Provincial “Saturnino Lora” y Pediátrico Norte.

Teniendo en cuenta la importancia que tiene la aplicación de la medicina natural y tradicional, por las ventajas que reporta, se han realizado estudios que demuestran lo económico del proceder, sin dejar de reconocer la fácil aplicación de algunas modalidades, con una mínima utilización de recursos.

En un estudio en el servicio de urgencias del Hospital Provincial Docente “Saturnino Lora Torres” de Santiago de Cuba, se realizó intervención terapéutica con el objetivo de evaluar la aplicación y utilidad de la terapia Su-Jok como una alternativa en el tratamiento de las patologías urgentes, en que el dolor es el síntoma principal.

#### **EFFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO CON LA TERAPIA SU-JOK**

<b>Efectividad del tratamiento</b>	<b>Pacientes</b>	<b>tratados</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Efectivo	248	95,8
No efectivo	11	4,2
<b>TOTAL</b>	<b>259</b>	<b>100</b>

Al valorar la efectividad del tratamiento, se puso de manifiesto que este resultó efectivo en 248 pacientes tratados para un 95,8 %, ya que la mayoría modificó su sintomatología entre mejorados y asintomáticos. La Prueba Normal estándar para comparación de proporciones, reveló una diferencia altamente significativa ( $p < 0,01$ ).

En el estudio también se estimó el consumo de recursos en caso de que se hubiera aplicado el tratamiento habitual, comparándolo con lo utilizado en el tratamiento tradicional, se pudo detectar que en el primero existe un mayor consumo de medicamentos, de material gastable de uso médico, jeringuillas, complementarios de laboratorio clínico e imagenológicos, con una estadía en el servicio de 2 – 3 horas como promedio, mientras que con el tratamiento de medicina tradicional, el consumo fue mínimo; los complementarios y estudios radiológicos fueron indicados antes de aplicar la terapia Su-Jok, sin un consumo de otros materiales de uso médico, que llevaron a un uso racional de los mismos; también se demostró que la estadía en el servicio de urgencias se reduce un promedio de 20 minutos. Al aplicar el test t-Student para la comparación de medias, hubo diferencias altamente significativas ( $p < 0,01$ ).

Al analizar el gasto unitario de medicamentos, y comparar el tratamiento habitual con el tradicional, según el consumo de medicamentos —en caso de que a estos pacientes se les hubiera aplicado el tratamiento habitual establecido para los servicios de urgencias—, se encontraron diferencias altamente significativas ( $P < 0,01$ ): se demostró que con el tratamiento habitual el gasto fue más elevado, con un valor estimado de \$506.05, mientras que los gastos en el tratamiento tradicional se produjeron por pacientes medicados antes de aplicarles la terapia Su-Jok, con un total de \$22.80; que al no mostrar alivio, fueron enviados a la consulta creada para utilizar la técnica, que de ser enviados antes del consumo de estos

medicamentos, el gasto sería prácticamente nulo, por el rápido alivio de los síntomas dolorosos; esto se traduce en un ahorro de materiales de uso médico, medicamentos, reactivos utilizados en laboratorios y departamento de rayos x, que en ocasiones están deficitarios.

**CONSUMO ESTIMADO DE RECURSOS AL  
APLICAR EL TRATAMIENTO HABITUAL,  
COMPARADO CON EL TRATAMIENTO  
TRADICIONAL**

	<b>Tto. Habitual</b>	<b>Tto. Tradicional</b>
<i>1. Medicamentos</i>		
Analgésicos (ámpulas)	563	18
Sueros	97	3
<i>2. Materiales</i>		
Torundas (paquetes)	403	-
Jeringuillas	829	-
Agujas	586	-
<i>3. Complementarios</i>	77	-
<i>4. Est. Radiológicos</i>	91	11
<i>5. Ultrasonidos</i>	26	2
<i>6. Estadía en urgencias</i>	Prom. 2 - 3 h	Prom. 10 - 20 min

Fuente: Registros Médicos.

p< 0,01

**GASTO UNITARIO DE MEDICAMENTOS  
ESTIMADO, COMPARADO CON EL  
TRATAMIENTO HABITUAL Y EL INCURRIDO  
CON EL TRATAMIENTO TRADICIONAL**

<b>Diagnóstico</b>	<b>Tto. Habitual</b>	<b>Tto. Tradicional</b>
IV Sist. Endocrino	-	-
VI Sist. Nervioso	\$52.55	\$ 0.90
VIII Enf. Del oído	\$ 0.75	
IX Sist. Circulatorio	\$ 0.50	\$1.00
X Sist. Respiratorio	\$ 4.15	-
XI Sist. Digestivo	\$ 29.35	-
XIII Sist. Osteomuscular	\$ 371.50	\$14.00
XIV Genitourinario	\$ 29.55	\$6.90
XIX Traumatismos	\$ 17.70	-
<b>TOTAL</b>	<b>\$ 506.05</b>	<b>\$ 22.80</b>

Fuente: Ficha de costos.

p< 0,01

En otro estudio en que se realizó evaluación económica de costo-efectividad en la aplicación de la terapia Su-Jok, en pacientes con diagnóstico de sacrolumbalgia aguda, atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Provincial “Saturnino Lora” de la provincia de Santiago de Cuba, durante los meses noviembre - diciembre del 2012, se obtuvieron los siguientes resultados: la terapia Su-Jok resultó ser menos costosa que el tratamiento medicamentoso (\$ 1 465,29 la primera y \$ 4 412,81 el

segundo) y la respuesta terapéutica se obtuvo en menor tiempo (30 min como promedio) con la técnica oriental, en contraste con la farmacoterapia (67 min como promedio); finalmente sobresalió que la acupuntura fue efectiva en el 87,4 % de los pacientes y el uso de medicamentos en el 63,2 %.

Al analizar en la ficha de costos los totales de ambas alternativas terapéuticas, puede apreciarse que en el tratamiento de la sacrolumbalgia aguda con terapéutica convencional, el costo total fue \$ 4 412,81; mientras que en la aplicación de la terapia Su-Jok, fue de \$ 1 465,29, para una diferencia de \$ 2 947,52; es de señalar que esta diferencia es más marcada en relación con los costos directos. Las diferencias favorecen a la terapia Su- Jok en los acápites de medicamentos, materiales y salario. En los costos indirectos también fue favorable al tratamiento alternativo en relación con los exámenes complementarios (estudios imagenológicos).

Al evaluar el índice costo efectividad y razón C/E incremental, según tiempo de mejoría, el cálculo nos permitió afirmar que la terapia Su-Jok evitó, en 3 255 minutos, la permanencia de pacientes en el servicio de urgencias, con respecto al tratamiento convencional, y demostró que por cada minuto evitado se reporta un ahorro de \$ 0,90 con respecto a la aplicación del tratamiento convencional.

En la evaluación del índice costo efectividad y razón C/E incremental, según respuesta efectiva al tratamiento en ambas alternativas, podemos observar que en la razón C/E incremental con la terapia Su-Jok, 21 pacientes menos presentaron evolución no efectiva, con un ahorro de \$2 947,52 por la aplicación de esta técnica y por cada caso no efectivo implicaría un costo de \$140,35.



**COSTOS TOTAL DE AMBAS ALTERNATIVAS DE TRATAMIENTO, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SACROLUMBALGIA AGUDA**

Elemento de costo	Tto. convencional		Terapia Su-Jok	
	Total	%	Total	%
Directos				
Medicamentos	274,95	6,23		
Materiales	338,86	7,67	4,29	0,3
Salarios	2 349,00	53,23	1 461,00	99,7
Total directos	2 962,81	67,13	1 465,29	100,00
Indirectos				
Imagenología	1 450,00	32,87		

**ÍNDICE DE COSTO EFECTIVIDAD Y RAZÓN C/E INCREMENTAL, SEGÚN TIEMPO DE MEJORÍA EN AMBAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SACROLUMBALGIA AGUDA**

Tipo de tratamiento	Costo Total	Tiempo de mejoría	Índice Costo/Efectividad
Convencional	4 412,81	5 850'	0,75
Su-Jok	1 465,29	2 595'	0,56
Razón C/E incremental	2 947,52	3 255'	0,90

**ÍNDICE DE COSTO EFECTIVIDAD Y RAZÓN C/E INCREMENTAL, SEGÚN RESPUESTA EFECTIVA AL TRATAMIENTO, EN AMBAS ALTERNATIVAS DE TERAPÉUTICAS, EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE SACROLUMBALGIA AGUDA**

<b>Tipo de tratamiento</b>	<b>Costo total</b>	<b>Tiempo de mejoría</b>	<b>Índice Costo/Efectividad</b>
Convencional	4 412,81	55	80,23
Su-Jok	1 465,29	76	19,28
Razón C/E Incremental	2 947,52	21	140,35

En Cuba, el Estado ha asumido la responsabilidad en la atención de la salud de la población, para lo cual se destinan recursos materiales, financieros, humanos y tecnológicos. Una adecuada contabilidad de los mismos es un factor decisivo en la medición de eficiencia; de hecho, se desprende que la economía es tan importante en este sector como en cualquier actividad humana.

## **X.6 Perspectiva de desarrollo en Cuba**

Según lo expuesto en el artículo “La medicina tradicional y natural en Cuba”, las perspectivas de desarrollo de este proceder, contempla los siguientes aspectos:

- Garantizar la formación y la educación permanentes de los profesionales y técnicos de la salud en medicina verde, acupuntura y otras técnicas de la medicina tradicional, a través de la red de Centros de Educación Médica y los servicios de salud.
- Incorporar progresivamente los contenidos de la medicina tradicional y natural en los curriculum de los es-

tudios de pregrado y posgrado de las carreras de Ciencias de la Salud.

- Continuar el perfeccionamiento de la maestría en Medicina Tradicional y Natural.
- Revisar el Programa de la especialidad de Medicina Tradicional y Natural.
- Promover el intercambio y la superación de los profesionales de la salud en Centros de Excelencia Internacional de Medicina Tradicional y Natural.
- Asegurar la superación técnica de los integrantes de los Comités Fármaco-terapéuticos de las áreas de salud y hospitales.
- Adiestrar en forma sistemática a todos los especialistas, técnicos y trabajadores de la industria médico farmacéutica, a los responsables de medicamentos de las áreas de salud y municipios, así como a los dispensadores de la red de farmacias del país.
- Ampliar el desarrollo de las investigaciones relacionadas con la medicina tradicional y natural y continuar el perfeccionamiento científico-técnico requerido. Propiciar la realización de seminarios, encuentros, jornadas y congresos.
- Contribuir al desarrollo del trabajo de la nueva Sociedad Nacional de Medicina Bioenergética y naturalista.

Existen suficientes razones para desarrollar la medicina tradicional y natural, por la integralidad binomio salud-enfermedad, la relación médico paciente, el enriquecimiento de los recursos terapéuticos, la disminución de respuestas adversas y un menor costo en su empleo, para lograr así su generalización armónica en todo el país.

## **X.7 Resumen**

La integración de la Medicina Tradicional y Natural al Sistema Nacional de Salud, puede reportar el beneficio adicional de contribuir a conciliar la diversidad de criterios existentes acerca de cómo abordar el proceso salud enfermedad, ya que puede emplear estrategias y modelos de atención que unen, dos tendencias contrapuestas en muchos lugares del mundo: la medicina a partir de las tecnologías, junto con los conocimientos sobre fórmulas de tratamiento de culturas tradicionales. Además, propicia el encuentro de las escuelas que contemplan los servicios de salud desde modalidades curativas y preventivas, y la unificación de estos conceptos es una de sus ventajas principales. De hecho, propicia mayor calidad en los Servicios de Salud, porque amplía la gama de posibilidades terapéuticas que un especialista tiene a mano para resolver los problemas a los que se enfrenta, además de que resuelve o contribuye a la solución de los problemas de la población de una forma menos costosa y prepara al individuo para auto-solucionar algunas de sus dolencias, así como para practicar estilos de vida integradores en el camino hacia la salud y al Sector de la Salud lo hace más eficiente.

## **X.8 Cuestionario**

1. ¿Cuáles son las principales teorías que engloban los fundamentos filosóficos de la MTN (Medicina Tradicional y Natural)?
2. Señale algunas de las modalidades de aplicación de la MTN.
3. ¿En qué consiste la relación entre la economía y la aplicación de la MTN?
4. Fundamente las perspectivas y política cubanas en la búsqueda de eficiencia con la aplicación de esta alternativa terapéutica.

## GLOSARIO

**ACCIONES:** Títulos de participación del capital, denominados títulos de valor, que representan partes alícuotas del capital social autorizado.

**ACTIVIDAD ECONÓMICA:** son actividades económicas todos los procesos que ocurren de manera organizada con el fin de generar productos, bienes y/o servicios destinados a cubrir necesidades y deseos en una sociedad. La actividad económica tiene como objetivo general la satisfacción de las necesidades de los hombres y en el proceso se distinguen tres fases: producción, distribución y consumo.

**ACTIVIDADES DE FINANCIACIÓN:** Transacciones tales como préstamos, cancelación de préstamos, obtención de capital, o distribución a los propietarios. Los efectos en el efectivo de estas transacciones se presentan en la sección actividades de financiación de un estado de flujo de efectivo.

**ACTIVO:** Representa el valor de medios de producción y demás recursos financieros con que cuenta una entidad económica para realizar sus operaciones.

**ACTIVOS FIJOS TANGIBLES:** Están conformados por maquinaria, equipos, herramientas, muebles y enseres, que necesita una empresa para fabricar un producto o la prestación de un servicio. También incluyen los medios de transporte y la construcción de un área o la adecuación de un lugar o vivienda para realizar la labor empresarial.

**ACTIVOS FINANCIEROS:** Comprende los adeudos que dan derecho a la entidad a percibir recursos monetarios de terceros. Pueden corresponder a operaciones corrientes, inversiones y estar respaldados por efectos o títulos de crédito o no.

**ACTIVO INTANGIBLE:** Activo que no es de carácter físico ni financiero, sino un valor adicional que tiene una empresa por tener un nombre reconocido o una marca famosa de un producto de prestigio internacional. También puede adoptar la forma de pagaré.

**AHORRO:** Es la diferencia entre el ingreso disponible y el consumo efectuado por una persona, una empresa, una administración pública, entre otros. Igualmente el ahorro es la parte de la renta que no se destina al consumo, o parte complementaria del gasto.

**AHORRO PÚBLICO:** Lo realiza el Estado, el cual también recibe ingresos a través de impuestos y otras actividades, a la vez que gasta en inversión social, en infraestructura (carreteras, puentes, escuelas, hospitales, etc.), en justicia, en seguridad nacional, etc. Cuando el Estado ahorra quiere decir que sus ingresos son mayores que sus gastos y se presenta un superávit fiscal, el caso contrario conduciría a un déficit fiscal.

**AMORTIZACIÓN:** Proceso de transferencia gradual del valor de los activos fijos tangibles, a medida que se desgasta al producto que se crea, proceso en el que el valor adquiere la forma monetaria y se acumulan recursos pecuniarios con fines de sucesiva reposición de fondos fijos.

**ANÁLISIS DE COSTOS:** Forma de evaluación económica donde se analizan y comparan los costos de varias alternativas, pero al no tomar en cuenta los resultados no rebasan el marco de una evaluación parcial.

**ANÁLISIS DE DECISIONES (A.D.):** Es una metodología que trata de identificar todas las opciones disponibles que se presentan ante un curso de acción de cualquier naturaleza, consistente en un conjunto de técnicas y procedimientos

orientados a reducir el margen de error en las decisiones adoptadas en el marco de la administración de negocios.

**ANÁLISIS DE REGRESIÓN:** Una técnica estadística que se puede usar para estimar la relación entre el costo y la producción.

**ANÁLISIS DE SENSIBILIDAD:** Es un procedimiento analítico a través del cual se evalúa la solidez de los resultados de un estudio, por medio del cálculo de los cambios en los resultados y en las conclusiones que se producen cuando las variables claves del problema cambian en un rango específico de valores.

**ANÁLISIS HORIZONTAL:** Comparación del cambio en una partida del estado financiero, tal como inventario, durante dos o más períodos contables.

**ANÁLISIS INCREMENTAL:** Forma de presentar los resultados de un análisis costo-efectividad o costo-utilidad. Las opciones que se comparan se ordenan de acuerdo con su efectividad neta absoluta, a continuación se eliminan las opciones dominadas y finalmente, se calcula la efectividad incremental, el costo incremental y la razón costo-efectividad incremental de cada opción respecto a la inmediatamente anterior.

**ANÁLISIS VERTICAL:** Comparación de una partida específica del estado financiero con un total que incluye esta partida, tal como el inventario como porcentaje del activo corriente, o gastos de operación en relación con las ventas netas.

**ANTIGÜEDAD DE LAS CUENTAS POR COBRAR:** Proceso de clasificación de las cuentas por cobrar por grupos de vencimiento tales como corrientes, vencidas entre 1 y 30 días, entre 31 y 60 días, etc. Es un paso en la estimación de la porción incobrable de las Cuentas por Cobrar.

**AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A LA CALIDAD (A.V.A.C):** Indicador utilizado en evaluación económica completa en salud, que significa Años de Vida Ajustados a la Calidad. Mide tanto la morbilidad como la mortalidad en ese único

indicador. Considera que un año de vida en buena salud equivale a más de un año en peor salud.

**AÑOS DE VIDA GANADOS (A.V.G.):** Indicador utilizado en Evaluación Económica en Salud para medir el resultado de determinada acción de salud, expresada en un mayor tiempo de supervivencia de los individuos.

**AÑO FISCAL:** Cualquier periodo contable de 12 meses adoptado por una empresa.

**ARANCEL:** Tabla o catálogo oficial en el que se determinan las cantidades que se han de pagar por la prestación de determinado servicio o para la liquidación de alguna tasa o impuesto. Se identifica con lo que en la técnica financiera se denomina tarifa y responde al deseo de evitar la arbitrariedad en el cobro o exacción y de lograr la certeza en el pago. Se emplea generalmente para proteger a las industrias locales de la competencia extranjera. En la legislación cubana aparece por lo general aplicado a una tarifa impositiva: la referente al impuesto de aduana.

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS:** Consiste en la asignación por el Estado de las cifras de ingresos y gastos presupuestados a los diferentes órganos y organismos del Estado y las organizaciones y asociaciones vinculadas al presupuesto central. Los ingresos se consideran límites mínimos y los gastos límites máximos.

**ASIGNACIÓN DE RECURSOS MATERIALES:** Son las cantidades de recursos materiales expresadas en unidades físicas y/o valor asignadas para el año planificado; constituye la parte de la necesidad asegurada con cargo a las asignaciones del año planificado.

**ASOCIACIÓN DE LIBRE COMERCIO DE LAS AMÉRICAS (A.L.C.A.):** Es un proyecto que pretendió expandir el Tratado de Libre Comercio de América del Norte (México, Canadá y Estados Unidos) a 34 países del continente americano excluyendo a Cuba. Su objetivo era eliminar barreras al libre comercio entre sus países miembros. Actualmente



ha tenido mucha oposición por parte de los demás países de América Latina y como contra respuesta surgió y ha tomado un mayor auge la Alternativa Bolivariana para los pueblos de América.

**AUDITORÍA:** Es la verificación sistemática y técnica de los libros y registros de contabilidad, financieros y legales, con el fin de determinar la exactitud e integridad de la contabilidad y el de mostrar las operaciones y la verdadera situación financiera de la empresa o unidad presupuestada. La auditoría completa abarca todos los aspectos susceptibles de verificación en una entidad, por ejemplo, cuentas de balance general, del estado de ganancias y pérdidas; comprobación de ingresos y gastos, cobros, pagos, revisión de pases y sumas; chequeos de los libros de entradas original; chequeos de compras; de nóminas de sueldos y jornales, etc.

**AUDITORÍA DE SISTEMA:** Consiste en la verificación del estado de implantación de los sistemas contables y de control interno, que permite evaluar el cumplimiento de los principios y procedimientos de control interno y de contabilidad generalmente aceptados, el grado de actualización de la contabilidad, el empleo correcto de las cuentas contables y la elaboración y aplicación de los sistemas de costos.

**AUDITORÍA ESPECIAL:** Consiste en la verificación de los asuntos y temas específicos de una parte de las operaciones financieras o administrativas, de determinados hechos o de situaciones especiales y responden a una solicitud determinada.

**AUDITORÍA ESTATAL (GENERAL):** La externa que realiza el Ministerio de Finanzas y Precios como Entidad de Fiscalización Superior, sus dependencias y las demás unidades de auditoría, en los casos en que expresamente sean facultados por el primero, a cualquier persona natural o jurídica que tenga vínculos con el Presupuesto del Estado.

**AUDITORÍA ESTATAL (FISCAL):** La externa que se efectúa por el Ministerio de Finanzas y Precios, sus dependencias u otras entidades facultadas por este, con el objetivo de determinar si los tributos al fisco se efectúan en la cuantía debida y dentro de los plazos y formas establecidas, operaciones con los tributos al fisco a las que está obligada cualquier persona natural o jurídica; con el objetivo de determinar si se efectúan en la cuantía que corresponda, dentro de los plazos y formas establecidos y, proceder conforme a derecho.

**AUDITORÍA TEMÁTICA:** Consiste en la verificación y evaluación exhaustiva de una cuenta contable, un objetivo determinado, o cuestiones de repercusión económica que respondan a necesidades específicas.

**AVANCE EN EFECTIVO:** Dinero entregado en calidad de préstamo que hace una entidad emisora de tarjeta de crédito a su tarjeta habiente.

**BALANCE:** Documento contable que refleja la situación patrimonial de una empresa en un momento dado. Se divide en dos partes: activo y pasivo, en el primero se muestran los diferentes elementos del patrimonio, mientras que el segundo detalla el origen financiero de los mismos.

**BALANZA COMERCIAL:** Es el resultado de las exportaciones e importaciones de una nación en forma de mercancías o servicios. Cuando las exportaciones son mayores que las importaciones se obtiene superávit y cuando las importaciones son mayores que las exportaciones ocurre un déficit.

**BANCA CENTRAL:** Se encarga de realizar operaciones fundamentales como el manejo de las reservas, la representación del gobierno ante organismos externos, emitir y controlar la cantidad de dinero en circulación, proporcionar fondo al sistema financiero, fijar tasas de interés y regular el tipo de cambio.

**BALANZA DE PAGOS:** Balance que refleja la relación entre las entradas monetarias a un país del extranjero y todos sus pagos al exterior en un periodo de tiempo dado (trimestre, semestre, año, etc.)

**BANCO:** Institución crediticio-financiera, cuyas funciones fundamentales consisten en acumular medios monetarios temporalmente ociosos y concederlos en calidad de préstamos a las empresas y personas naturales, que con carácter transitorio están necesitados de dinero.

**BASE DE DISTRIBUCIÓN:** Es el fundamento o razón en que se apoya la acción de repartir o distribuir las cuantías de los gastos registrados en el Centro de Costo, pudiendo utilizarse con cantidades en forma física o en valor. Se define que el primer nivel de actividad que declare el Centro de Costo, constituirá la base de distribución y se utilice para la elaboración de los costos indirectos de los Centros de servicios generales y administrativos y auxiliares.

**BASE MONETARIA:** También es llamada dinero primario o dinero de alto poder. Es la base a partir de la cual los bancos comerciales pueden crear dinero bancario e influir sobre el medio circulante, está compuesta por el numerario en poder del público más las reservas bancarias.

**BENEFICIO MARGINAL:** Para el productor es el beneficio de producir una unidad adicional de un bien o servicio. Para el consumidor es el beneficio de consumir una unidad adicional de un bien o servicio.

**BENEFICIO MARGINAL SOCIAL:** Es el beneficio marginal disfrutado por la sociedad entera, por el consumidor y por cualquier otro sobre el que el beneficio recaiga, y es la suma del beneficio marginal privado y el beneficio marginal externo.

**BIEN:** Es todo aquello que las personas usan para satisfacer sus necesidades.

**BIEN NO EXCLUYENTE:** Bien de cuyo consumo no es posible excluir a ninguna persona y por cuyo uso es difícil cobrar.

**BIEN NO RIVAL:** Bien cuyo costo marginal de provisión a un consumidor adicional es cero.

**BIEN PÚBLICO:** Bien que no es excluyente ni rival.

**BIENES DE CAPITAL:** Son bienes terminados que se emplean en la producción de otros bienes.

**BIENES DE CONSUMO:** Bienes y servicios producidos para su uso final por parte del consumidor.

**BIENES ECONÓMICOS:** Aquellos producidos por el hombre, que son escasos respecto a las demandas sociales y tienen un costo económico para su producción.

**BIENES INTERMEDIOS:** Son aquellos bienes económicos destinados al consumo productivo para obtener, mediante su transformación, nuevos productos para la satisfacción de las necesidades, independientemente del carácter de estas.

**BIENES LIBRES:** Aquellos que están en cantidades muy superiores a la demanda, y cuyo costo es nulo.

**BIENESTAR ECONÓMICO NETO (B.E.N):** Medida de la vida económica que resta del Producto Nacional Bruto (P.N.B.) aquellos efectos nocivos para la salud, como la contaminación ambiental y congestión; así como suma actividades que no implican un costo contable, pero contribuyen al bienestar económico tales como el ocio y el trabajo doméstico.

**BIENESTAR SOCIAL:** Este no se puede medir directamente, sino que se expresa a través de un conjunto de factores que participan en la calidad de la vida de la persona y que hacen que su existencia posea todos aquellos elementos que den lugar a la tranquilidad y satisfacción humana.

**BONO:** Título de valor expedido por una empresa con el objeto de financiarse. Se obliga a pagar el capital junto con los intereses, en el plazo acordado.

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (C.V.R.S):** Es el valor asignado a la duración de la vida que se modifica por la deficiencia, estado funcional, la percepción y la oportunidad social debido a una enfermedad, accidente, tratamiento o decisión política.

**CAMBIO:** En el medio financiero corresponde a operaciones efectuadas en monedas extranjeras.

**CAPACIDAD PRODUCTIVA POTENCIAL:** Posibilidad teórica de producción medida por talleres, departamentos, secciones, grupos homogéneos o equipos fundamentales de la empresa industrial con la utilización al máximo posible del tiempo de trabajo. Se indica mediante el volumen de producción expresado en unidades físicas que pudiera obtenerse por la empresa a partir de la plena utilización del fondo de tiempo productivo potencial, tomando en cuenta los posibles incrementos y/o disminuciones de capacidad en el periodo planificado por motivo de variaciones en los medios de producción y superficies productivas de la empresa.

**CAPITAL:** Recursos monetarios que aporta el socio a fin de adquirir activos o sufragar gastos y costos propios de la empresa. En economía política es un valor que se valoriza, o sea, que se dedica a incrementar su cuantía mediante la explotación de mano de obra asalariada.

**CAPITAL DE CORRIENTE:** Activos corrientes menos pasivos corrientes. Una medida de la capacidad de pago de las deudas en el corto plazo.

**CAPITAL DE TRABAJO:** Parte del capital de trabajo, las materias primas, la financiación de las ventas, el efectivo para el pago de nómina y gastos de transporte de productos, gastos de ventas y de administración.

**CAPITAL GOLONDRINA:** Término utilizado para referirse a la inversión financiera especulativa, que compra títulos financieros de un país para especular con ellos y obtener altas rentabilidades en el corto plazo, pero creando gran

volatilidad en la cantidad de divisas con que cuenta dicho país.

**CAPITAL HUMANO:** Capacidad productiva e intelectual que tiene un individuo que puede mejorarse mediante el consumo de asistencia sanitaria y educación. La idea subyacente al concepto de capital humano, es que las inversiones en recursos humanos se hacen para mejorar su productividad. En evaluación económica en salud es una teoría que permite dar valor monetario a la vida humana a través de efectos indirectos como la productividad laboral aportada o dejada de aportar por muerte prematura de una persona.

**CAPTACIÓN:** Canalización de recursos para aplicarlos en inversiones de corto, mediano o largo plazo.

**CARGOS DIFERIDOS (A LARGO PLAZO):** Representa el monto de aquellos gastos de operaciones corrientes, que por su ascendencia extraordinaria se autoriza a diferir en más de un periodo económico (un año) a partir del mes en que incurren. Comprende asimismo, el saldo de los importes de transferir de los gastos de proyectos, investigaciones y otros de naturaleza similar que, financiados por el plan de inversiones, no están destinados a incorporarse al valor de un medio básico específico.

**CARTEL:** Grupo de empresas que llega a un acuerdo de colusión para establecer una producción y así aumentar los precios

**CAUSALIDAD INVERTIDA:** Pretender que los efectos de ciertas acciones o fenómenos, son las causas de los mismos. Error muy frecuente en el análisis económico y en la modelización econométrica, cuando se cambia la verdadera dirección en la que se relacionan dos variables. Ej. Si a donde hay más enfermedades se envía más médicos, concluir que más médicos producen más enfermedades.

**CENTRO DE COSTO:** Es la unidad lógica de trabajo de costo, caracterizada por representar una actividad relativamente homogénea por la cual se acumulan gastos.

**CENTROS DE COSTOS AUXILIARES EN SALUD:** Constituyen los Centros de Costos cuya función consiste en brindar apoyo a la actividad fundamental de la entidad, constituyendo el soporte técnico o de control que requiera.

**CENTROS DE COSTOS FINALES EN SALUD:** Constituyen los Centros de Costos que conforman la médula fundamental del organigrama de la entidad, por estar encargados de ejecutar las principales acciones del perfil y función de trabajo de la institución.

**CENTROS DE COSTOS DE SERVICIOS GENERALES Y ADMINISTRATIVOS EN SALUD:** Agrupa a los Centros de Costos que cumplen con funciones de dirección, administración, aseguramiento material y de servicios básicos.

**CENTRO DE RESPONSABILIDAD:** Es una unidad en la cual el gerente tiene la responsabilidad y la autoridad de tomar las decisiones de una unidad.

**CENTRO DE UTILIDAD:** Una unidad en la cual la realización se mide en términos de ingresos y costos presupuestados y cuyo gerente tiene la responsabilidad sobre la incurrencia de ambos elementos.

**CICLOS ECONÓMICOS:** Fluctuaciones recurrentes pero no periódicas en el nivel de actividad económica, ligadas generalmente a cambios tecnológicos, formación de expectativas, entre otros.

**CIRCULACIÓN MONETARIA:** Este término es utilizado en la práctica para caracterizar el movimiento que, en las actividades que interviene la población, realiza el dinero en efectivo. El movimiento, que va desde la extracción del efectivo hasta su retorno al banco, es lo que se denomina circulación monetaria.

**CLASIFICACIÓN DE COSTO:** La agrupación de todos los costos en varias categorías con el fin de satisfacer las necesidades de la gerencia.

**COBROS Y PAGOS:** Es la actividad que realizan las empresas y unidades, encaminada a la compra y venta de mercancías y servicios como reflejo de las relaciones

monetario-mercantiles. Cuando las empresas o entidades venden productos o servicios, realizan su correspondiente cobro y cuando compran mercancías o servicios realizan pagos. Cuando esto no se cumple se produce un desequilibrio financiero a nivel de la economía.

**COEFICIENTE DE EFICIENCIA:** En general se puede llamar así al coeficiente que se obtiene al comparar los resultados del proceso de producción y los gastos o recursos aplicados en este, expresados ambos en la misma unidad de medida (pesos), en la actividad económica.

**COEFICIENTE DE ELASTICIDAD PRECIO DE LA DEMANDA:** Es el que muestra la variación relativa o porcentual que se daría en la cantidad demandada ante una variación de un 1 % en el precio.

**COEFICIENTE DE LIQUIDEZ DOMÉSTICO:** Es la proporción de liquidez que una institución financiera debe tener dentro del país con respecto a su liquidez total.

**COMERCIO MAYORISTA:** Actividad con la que se realiza la distribución de los bienes de consumo, tanto de los productores como de importación, a través de las empresas comercializadoras nacionales y territoriales, entregando los productos a las empresas o unidades minoristas.

**COMERCIO MINORISTA:** Actividad con la que se realiza la comercialización de los bienes de consumo a través de las empresas comerciales minoristas directamente a la población.

**COMPETENCIA PERFECTA:** Estructura de mercado que se caracteriza por un gran número de compradores y productores, producto homogéneo, información perfecta, producto divisible y la inexistencia de barreras de entrada o salida del mercado.

**COMPETITIVIDAD:** Es la capacidad que tiene una empresa o un país para ofrecer bienes y servicios con costo de oportunidad menor que el de sus competidores.

**CONCESIÓN:** Cuando el Estado otorga a una persona o institución, por periodo de tiempo determinado, el derecho de explotación o administración de bienes o servicios.



**CONCILIACIÓN BANCARIA:** Análisis que explica la diferencia entre el saldo de efectivo que aparece en el extracto bancario y el saldo de efectivo que aparece en los registros del depositante.

**CONFIANZA:** Es la creencia que se tiene sobre el Sistema Financiero acerca de su correcto, serio y ético manejo del dinero recibido del público. Sin confianza un Sistema Financiero es inconcebible.

**CONSENSO DE WASHINGTON:** Se sintetiza por primera vez en 1990 por iniciativa del economista inglés John Williamson. Se plantearon 10 instrumentos de política económica neoliberal para países en vías de desarrollo con el fin de alcanzar un sistema capitalista mundial. Su nombre se adoptó porque fueron medidas consensuadas por instituciones financieras y organismos del gobierno de Estados Unidos con sede en Washington.

**CONSUMO PRIVADO:** Son los gastos en bienes y servicios realizados por las familias (entes de consumo privado) para satisfacer sus necesidades.

**CONSUMO SOCIAL:** Abarca los bienes materiales y servicios que se originan en la esfera productiva y que se adquieren para consumirlos en las funciones y servicios o actividades de las organizaciones que sirven a la población (servicios comunales y personales, educación y cultura, salud pública, asistencia social, deportes, etc.) y las organizaciones que satisfacen necesidades colectivas como: ciencia y técnica, administración, finanzas y otras actividades no productivas.

**CONTABILIDAD:** Técnica destinada a captar, clasificar, registrar, resumir, comunicar e interpretar la actividad económica, financiera, administrativa, patrimonial y presupuestaria del Estado. Registro sistematizado de operaciones derivadas de recursos financieros asignados a instituciones de la administración pública, se orienta a la obtención e interpretación de los resultados y sus respectivos estados financieros, que muestran la situación

patrimonial de la administración pública. Funciona como un sistema conocido por Sistema Nacional de Contabilidad, que incluye cuatro subsistemas entre ellos: el de Medios de Rotación, el de Activos Fijos Tangibles, el de Nómina y el de Costos.

**CONTABILIDAD GUBERNAMENTAL:** Constituye el conjunto de normas, procedimientos y principios contables establecidos para registrar las operaciones económicas, financieras, administrativas y parlamentares de las entidades del sector público.

**CONTAMINACIÓN NETA EVITADA:** Es la contaminación total evitada que se reduce o deja de producir por la acción u omisión de algún agente.

**CONTRAVALOR:** Concepto utilizado en las operaciones en el territorio nacional entre entidades 100 % cubanas, en las que intervienen monedas extranjeras consideradas divisas, y requieren, por tanto, de una contrapartida que puede ser en moneda nacional y /o producto al cambio oficial.

**CONTRIBUCIÓN:** Pago obligatorio al presupuesto. Obligación dispuesta por una norma jurídica de ingresar recursos monetarios al presupuesto.

**CONTROL:** Conjunto de acciones que se ejecutan para comprobar la aplicación de las políticas del Estado, así como del cumplimiento del plan de la economía y su presupuesto.

**CONTROL INTERNO:** Comprende el plan de organización y todos los métodos coordinados y medidas adoptadas dentro de una empresa para salvaguardar sus medios, verificar la exactitud y veracidad de sus datos contables, promover la eficiencia de operación y fomentar la adhesión a las políticas administrativas prescritas.

**CONVERTIBILIDAD:** Sistema cambiario que fija irreversiblemente el valor de la moneda nacional en término de otra más estable como dólar o el euro (tipo de cambio fijo extremo).

**COOPERATIVA:** Entidad sin ánimo de lucro que reúne personas, esfuerzos, recursos y tecnologías con el fin exclusivo de servir a sus asociados.

**CORRELACIÓN SALARIO MEDIO-PRODUCTIVIDAD:** Significa la relación entre la productividad del trabajo y el salario medio pagado. Para la economía es favorable que el crecimiento de la productividad del trabajo sea superior respecto al crecimiento del salario medio. Esto asegura una disminución del costo por unidad de producción y el aumento consecuente de la ganancia de la empresa, a la vez que garantiza el equilibrio entre el poder adquisitivo y la disponibilidad para el consumo.

**COSTEABILIDAD:** Elemento fundamental del importantísimo principio de la rentabilidad en el cálculo económico, que implica la condición del reembolso por la empresa de todos los gastos incurridos en la producción y la venta de los productos con el ingreso obtenido en su realización. Si los ingresos de la empresa no son suficientes para rembolsar los gastos, entonces dicha empresa resulta incosteable.

**COSTEO DE ABSORCIÓN:** Es el método de costeo bajo el cual todos los costos directos e indirectos, incluyendo los costos de fabricación fijos, se cargan a los costos del producto.

**COSTEO DIRECTO:** Es el método de costeo bajo el cual sólo los costos que tienden a variar con el volumen de producción, se cargan a los costos del producto.

**COSTEO ESTÁNDAR:** Todos los costos fijos a los productos, que se basan en cifras estándar o predeterminadas.

**COSTEO POR ÓRDENES DE TRABAJO:** Es un método de acumulación y distribución de costos por órdenes de trabajo manufacturadas.

**COSTEO POR PROCESOS:** El sistema de acumulación de costos de producto de acuerdo con el departamento, centro de costos o procedimiento utilizado cuando un producto se

fabrica mediante un proceso de producción masiva o un proceso continuo.

**COSTO:** Es la suma de erogaciones en las que incurre una persona natural o jurídica para adquirir un servicio. Los recursos utilizados para producir o alcanzar algo. Conjunto de recursos que se debe movilizar para producir un bien o prestar un servicio. Expresión monetaria de una parte del valor para la producción de un bien o la prestación de un servicio.

**COSTO-BENEFICIO:** Método de evaluación económica completa en salud, donde tanto los costos como los resultados de una acción o programa de salud, se miden en términos monetarios.

**COSTO DECREMENTAL:** La disminución en un costo, de una alternativa a otra.

**COSTO DE OPORTUNIDAD:** Es el sacrificio de los recursos en la mejor opción de utilización, para dedicarlo a otra opción. Es importante tenerlo en cuenta para la toma de decisiones. Es un costo que no se registra en los libros contables, pero sí está presente en la toma de decisión.

**COSTO DIFERENCIAL:** La diferencia entre los costos de cursos alternos de acción sobre la base de artículo por artículo.

**COSTO-EFECTIVIDAD:** Método de evaluación económica completa en salud donde los costos se miden en unidades monetarias y los resultados en términos físicos o naturales que depende de lo que se esté evaluando.

**COSTO ESCALONADO:** Costos que cambian abruptamente a diferentes niveles de actividad porque se adquieren en porciones indivisibles.

**COSTO ESTÁNDAR:** El costo por unidad en que debería incurrirse en un proceso particular de producción.

**COSTO INCREMENTAL:** El aumento en un costo, de una alternativa a otra.

**COSTO MARGINAL:** Aumento del costo derivado de la producción de una unidad de producto adicional.

**COSTO MARGINAL EXTERNO:** Es el costo de producir una unidad más de un bien o servicio que cae en otros que no son el productor.

**COSTO MARGINAL SOCIAL:** Es el costo marginal incurrido por la sociedad entera, por el productor y todo aquel sobre quien el costo recaiga, y es la suma del costo marginal privado y el costo marginal externo.

**COSTO MEDIO:** Costo de producción por unidad de producto.

**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.

**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, por lo cual, de acuerdo con el tipo de análisis que se esté efectuando, 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.

**COSTO UNITARIO:** Se obtiene de la relación del total de gastos acumulados en un Centro de Costo entre la cantidad de determinado número de acciones que se haya definido como su base de distribución.

**COSTO-UTILIDAD:** Método de evaluación económica completa en salud que tiene en cuenta en un indicador único, tanto la mortalidad como la morbilidad. Los costos se miden en unidades monetarias y los resultados en años de vida ajustados a la calidad. Parte del principio de que un año de vida de buena salud equivale a más de un año en peor salud.

**COSTOS ADMINISTRATIVOS:** Los que se incurren en la dirección, el control y la operación de una empresa.

**COSTOS CONTROLABLES:** Costos sobre los cuales pueden ejercer influencia directa los gerentes en un periodo dado.

**COSTOS DE CAPITAL:** Son aquellos recursos de larga duración conocidos también como Activos Fijos. Ejemplo: edificios, muebles, equipos, computadoras, vehículos.

**COSTOS DE OPERACIÓN O RECURRENTES:** Son aquellos que se consumen o gastan durante la producción de un bien o servicio y por lo tanto, se adquieren regularmente. Ejemplo salarios, medicamentos, combustible, electricidad, alimentos, papelería.

**COSTOS DEL PERIODO:** Costos no relacionados con la manufactura de un producto, son gastos que afectan la operación del periodo.

**COSTOS DEL PRODUCTO:** Expresión monetaria de los gastos en la elaboración de un producto.

**COSTOS DIRECTOS:** Se pueden identificar plenamente o asociar a servicios que se están ejecutando, así como también puede decirse de aquellos que permiten establecer su correspondiente relación con un área organizativa determinada, la cual tiene la responsabilidad de decidir su empleo o utilización. 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 ECONÓMICOS:** Los costos económicos incluyen no sólo los costos explícitos (contables o desembolsos en efectivo), sino también los costos implícitos, es decir, todos los costos de oportunidad vinculados en una actividad productiva.

**COSTOS EVITABLES:** Costos que se pueden eliminar si se cambia o suspende alguna actividad económica.

**COSTOS EXPLÍCITOS:** Son costos desembolsables o contables, ejemplo: compra de una herramienta, mano de obra directa, materias primas, etc.

**COSTOS EXTERNOS:** Es el costo que la producción les genera a otros que no son el productor. Por ejemplo, una

empresa que contamina el aire, genera un costo para las demás personas que respiran ese aire.

**COSTOS FIJOS:** Son aquellos cuyas cuantías no varían en relación con el nivel de actividad realizado, o sea, que se mantienen constantes, aunque hasta cierto límite, independientemente del volumen alcanzado en dichos niveles.

**COSTOS FINANCIEROS:** Se relacionan con la obtención de fondos para la operación de la empresa.

**COSTOS IMPLÍCITOS:** Se relacionan con los costos de oportunidad que conlleva la toma de una decisión.

**COSTOS INDIRECTOS:** Constituyen gastos o partes de gastos que no pueden asociarse de manera directa a la ejecución de las actividades y por regla general, se originan en otras áreas organizativas que apoyan las acciones de los que lo reciben.

**COSTOS MIXTOS:** Contienen características tanto fijas como variables.

**COSTOS PRESUPUESTADOS:** El total de costos que se espera incurran durante un determinado periodo.

**COSTOS PRIVADOS:** Son los costos que enfrenta una empresa por su producción y que son incurridos únicamente por el productor.

**COSTOS SOCIALES:** Se refieren a lo que la sociedad debe pagar por mantener funcionando las empresas. El costo social es la suma de los costos privados más los costos externos, que tiene que ver con el impacto de esta producción en la sociedad.

**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.

**COTIZACIÓN DE DIVISA:** Precio de la unidad monetaria de un país expresado en unidades monetarias de otros países.

**CRECIMIENTO ECONÓMICO:** Es la capacidad de un país para generar un elevado y rápido crecimiento de la producción de bienes y servicios económicos, o sea, una mayor cantidad de alimentos, ropa, artículos duraderos, educación, salud, etc. Es el aumento del ingreso como producto de la mayor producción de bienes y servicios, el mayor consumo de energía y altas tasas de ahorro e inversión.

**CRECIMIENTO ECONÓMICO EXTENSIVO:** Incremento del producto social neto (renta nacional) a expensa de aumento de volumen de recursos productivos que se incorporan al ciclo económico, por ejemplo, del aumento del número de trabajadores ocupados en la producción material, de la puesta en explotación de nuevos fondos productivos, de la ampliación del área de siembra, etc.

**CRECIMIENTO ECONÓMICO INTENSIVO:** Incremento de la producción del producto social (renta nacional) utilizando más eficazmente los recursos productivos, es decir, elevando la productividad del trabajo, el rendimiento de los fondos básicos, etc.

**CRÉDITO AGROPECUARIO:** Crédito de redescuento que se otorga a una persona (natural o jurídica) para ser utilizado en las distintas fases del proceso de producción y transformación primaria de bienes de origen agrícola, pecuario, acuícola, pesquero y forestal.

**CUASI DINERO:** Activos financieros que se distinguen del dinero porque poseen una cierta rentabilidad, menor liquidez y mayor riesgo que el dinero. Generalmente se dice que consiste en la suma total de los depósitos de ahorro, los bonos con pacto del Gobierno y los depósitos a plazo.

**CUOTAS A LAS IMPORTACIONES:** Son restricciones impuestas por el gobierno sobre la cantidad a importar anualmente de un producto.

**CURVA DE DEMANDA:** Curva que muestra las cantidades de un bien que un consumidor está dispuesto a comprar



a diferentes niveles de precios, manteniendo constantes todos los demás factores que afecten las decisiones del consumidor.

**CURVA DE TRANSFORMACIÓN:** Modelo que muestra las diferentes combinaciones alternativas máximas en la producción de dos bienes, que se podrían producir en un periodo determinado cuando se tiene disponibilidad de factores y tecnología limitados.

**CURVA DEL COSTO MEDIO A LARGO PLAZO (CCMLP):** se compone por el límite más bajo de todas las curvas a corto plazo. Muestra la forma menos costosa de producir cualquier nivel determinado de producción.

**CHEQUES SIN FONDOS:** El cheque de un cliente que se depositó, pero que fue devuelto debido a la falta de fondos (Fondos Insuficientes) en la cuenta sobre la cual fue girado.

**CHOQUES EXÓGENOS:** Eventos que tienen un impacto positivo o negativo en la economía, pero que no son determinados por el sistema económico. Ejemplo, un desastre natural.

**DÉFICIT:** Es la escasez de dinero. Se presenta cuando los gastos y los costos son superiores a los ingresos.

**DÉFICIT COMERCIAL:** Situación en que las importaciones de un país son mayores que sus exportaciones.

**DÉFICIT FISCAL:** Situación en que los gastos del Estado son mayores que sus ingresos.

**DEFLACIÓN:** Retirada de la circulación de una parte del papel moneda sobrante con la finalidad de establecer mayor correspondencia entre este y la cantidad de oro necesaria en la circulación.

**DEFLACTOR:** Se utiliza para evaluar el crecimiento económico, es decir, el valor de los bienes y servicios producidos por una economía a lo largo del tiempo. El principal escollo para medir esto, es la distorsión que genera el incremento de los precios y su repercusión sobre el valor de lo producido, conocido como inflación.

DEMANDA: (Ver concepto de curva de demanda.)

DEMANDA AGREGADA (DA): Son aquellos bienes o servicios que los agentes desean o han planeado consumir, invertir o gastar, es decir, sería la sumatoria de las demandas de una nación. Ejemplos: alimentos, vestuarios, artículos electrodomésticos, medios para la producción, transporte, etc, a nivel social.

DEMANDA DE DINERO: Es la cantidad de dinero que los distintos agentes económicos desean mantener en un momento dado. En general la sociedad demanda dinero con tres motivos distintos: 1. Realizar transacciones, 2. Precaución, y 3. Especulación.

DEMANDA EN SALUD: A diferencia de la demanda de un mercado normal, la demanda en salud la determina el facultativo, dada la ignorancia del consumidor en cuanto a qué le permite recobrar su salud, además, no se demanda para obtener beneficios en sí, sino por el resultado posterior que se obtiene, por lo que es una demanda derivada. La cantidad de recursos sanitarios demandado lo determina también el facultativo.

DEMANDA PERFECTAMENTE ELÁSTICA: Ante cualquier variación en el precio la cantidad demandada será cero. El coeficiente de elasticidad precio de la demanda es infinito. Este es el caso de bienes que tienen sustitutos perfectos.

DEMANDA PERFECTAMENTE INELÁSTICA: Ante una variación en el precio la cantidad sigue igual. El coeficiente de elasticidad precio de la demanda es cero. Este es el caso de bienes que no tienen sustitutos o bienes muy básicos.

DEMANDA RELATIVAMENTE ELÁSTICA: Ante una variación en el precio la cantidad disminuye en una proporción mayor. El coeficiente de elasticidad precio de la demanda, es mayor que uno. Este es el caso de bienes que tienen muchos sustitutos o algunos bienes suntuarios (bienes de lujo).

**DEMANDA RELATIVAMENTE INELÁSTICA:** Ante una variación en el precio la cantidad disminuye en una proporción menor. El coeficiente de elasticidad precio de la demanda es menor que uno. Este es el caso de bienes que tienen pocos sustitutos o algunos bienes básicos.

**DEPÓSITO DE VALORES:** Son sociedades que facilitan el desarrollo bursátil cumpliendo estas funciones: custodia de títulos y valores, cobro de derechos, registro electrónico de transferencias de títulos, registro de gravámenes, teneduría de libros y liquidación de operaciones.

**DEPRECIACIÓN:** Reducción del valor de un activo fijo tangible. Puede ocurrir a través del desgaste físico, el cual se da por el uso o por la acción del tiempo y el desgaste moral u obsolescencia, el cual viene dado por la producción de los mismos equipos, a un menor costo o equipos con igual costo, pero con una mayor capacidad productiva. En contabilidad, la distribución sistemática del costo de un activo como gasto durante los años de su vida útil estimada.

**DERECHOS DE PROPIEDAD:** Son títulos legalmente establecidos sobre la propiedad, uso, y distribución de los factores de producción y los bienes y servicios que son reclamables legalmente.

**DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL:** La forma de establecer los derechos de propiedad intelectual, son las patentes y los derechos de autor, por medio de los cuales se otorga derechos de exclusividad al inventor de un bien, servicio o proceso productivo para usar, producir o vender su invención por un número dado de años.

**DESARROLLO ECONÓMICO:** Es un proceso dinámico, balanceado y autosostenible de la economía, que asegura las transformaciones de la estructura económica y social, capaces de garantizar la satisfacción creciente y estable de las necesidades materiales y espirituales de la sociedad.

**DESCAPITALIZACIÓN:** Pérdida de valor de las capacidades productivas e infraestructura instaladas en una nación,

que puede ocurrir debido al uso intensivo e inclemencia del tiempo (depreciación física), o por baja capacidad productiva o encarecimiento en relación con la nueva tecnología imperante (depreciación moral). Ocurre también cuando los resultados negativos de una empresa van consumiendo paulatinamente su capital social, hasta que llega el momento en el que su neto patrimonial se vuelve negativo (el valor de las deudas supera el valor de los activos) y la empresa alcanza, por tanto, el estado de quiebra técnica.

**DESCRIPCIÓN DE COSTOS:** Forma de evaluación parcial que describe los costos de una enfermedad o la carga de la enfermedad.

**DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS:** Forma parcial de evaluación sanitaria que describe las consecuencias o resultados de una opción en salud. Los ensayos clínicos donde se mide la eficacia o la efectividad de un programa, o acción de salud.

**DESCUENTO COMERCIAL:** Representa el monto o cuantía que se otorga a todas aquellas empresas que participan de forma directa en la comercialización de bienes de consumo dentro del territorio nacional. Esto tiene por objeto compensar económicamente a los participantes en la gestión comercial. Existen descuentos comerciales mayoristas, pueden ser nacionales y territoriales y los minoristas, urbanos y rurales; en el caso de estos últimos se aplican uno u otro, ya que son excluyentes. Los descuentos comerciales desde el punto de vista social, representan los gastos necesarios en que se incurre en la comercialización de los bienes de consumo más un determinado margen de ganancia.

**DESEMPLEO, DESOCUPACIÓN O PARO:** Hace referencia a la situación del trabajador que carece de empleo y, por tanto, de salario. Por extensión, es la parte de la población que estando en edad, condiciones y disposición de traba-

jar —población activa— carece de un puesto de trabajo. Para referirse al número de parados de la población, se utiliza la tasa de desempleo por país u otro territorio.

**DETERIORO ANORMAL:** Es cualquier deterioro más allá de lo que se considera normal en un proceso de producción particular. El deterioro anormal se considera que es controlable por el personal de línea o de producción y por lo general es el resultado de operaciones ineficientes.

**DETERIORO NORMAL:** Es deterioro que se puede esperar en un proceso de producción en condiciones de eficiencia.

**DEUDA:** Cantidad de dinero o bienes que una persona, empresa o país, debe a otra y que constituye obligación que se debe saldar en un plazo determinado. Por su origen, puede clasificarse en interna y por su destino, puede ser pública o privada.

**DEUDA ECOLÓGICA:** Es la obligación que debería tener frente a la comunidad internacional una nación o industria por el daño ambiental de su responsabilidad.

**DEUDA PÚBLICA O DEUDA SOBERANA:** Se entiende al conjunto de deudas que mantiene un Estado frente a los particulares u otro país. Constituye una forma de obtener recursos financieros por el Estado o cualquier poder público, materializados normalmente mediante emisiones de títulos de valores. Es además un instrumento que usan los Estados para resolver el problema de la falta puntual de dinero.

**DEVALUACIÓN:** Reducción en forma legislativa del contenido oro de la moneda nacional, disminuyendo respectivamente su cotización oficial en relación con las monedas de otros países.

**DINERO:** Mercancía especial, cuya esencia radica en servir de equivalente universal de las demás mercancías. La esencia del dinero la realiza a través de sus funciones: medida de valor, medio de circulación, medio de pago, medio de atesoramiento y dinero mundial.

**DISPONIBILIDAD A PAGAR:** La cantidad máxima de dinero que una persona está dispuesta a pagar para recibir beneficios o evitar costos. Es una técnica utilizada en el análisis costo beneficio en evaluación económica en salud, para asignar un valor monetario a los efectos intangibles de una decisión. Se asocia como técnica de valoración contingente, pues esta es una técnica utilizada para la obtención de los valores monetarios que los individuos asignan a cambios en el estado de salud, basada en la respuesta de los entrevistados a situaciones de elección hipotéticas.

**DISPOSICIÓN DE LAS VARIACIONES:** El tratamiento dado al final del periodo a las variaciones resultantes de un sistema de costos estándar.

**DIVISA:** Unidad monetaria de cualquier país que pueda utilizarse en las transacciones económicas internacionales. Existen unidades monetarias que dado su respaldo en el patrón oro y el poderío económico de su país, tienen aceptación más universal.

**DOCUMENTO FINANCIERO:** Instrumento expedido en representación de un crédito aceptado por un banco a favor de su cliente.

**DOLARIZACIÓN:** Sistema donde la moneda nacional es reemplazada por el dólar, en sus tres funciones: reserva de valor, unidad de cuenta y como medio de pago. Constituye también un sistema de tipo de cambio fijo externo, puesto que implícitamente se estableció de manera irreversible el valor de la moneda nacional en término del dólar.

**ECONOMÍA:** Es el estudio de la manera en que los individuos y la sociedad deciden emplear los recursos escasos, que podrían tener usos, alternativos, para producir diversos bienes y distribuirlos para su consumo presente o futuro entre los diferentes miembros de la sociedad.

**ECONOMÍA ABIERTA:** Es aquella que posee relaciones con el resto del mundo, lo cual implica la existencia de una

demanda por exportaciones y una demanda por importaciones.

**ECONOMÍAS DE ESCALA:** Situación en la cual el costo unitario de producción, disminuye conforme se incrementa el volumen de producción.

**ECONOMÍA DE LA SALUD:** El estudio de la forma en que se distribuyen los escasos recursos entre los usos alternativos para la atención de las enfermedades y la promoción, manutención y mejora de la salud, lo que incluye el estudio de cómo la atención de salud y los servicios relacionados con ésta, sus costos y beneficios y la salud misma, se distribuyen entre los individuos y los grupos de la sociedad.

**ECONOMÍA SUBTERRÁNEA:** Sector de la economía en el que ocurren transacciones que generan ingresos no declarados, y por tanto, no contabilizados en el PIB.

**EFFECTIVIDAD:** Considera el resultado final de la aplicación de un procedimiento o acción de salud identificado como eficaz, se mide en condiciones reales.

**EFFECTO DIRECTO:** Son aquellos efectos que según su relación con el proceso evaluado, forman parte integrante del proceso. Por ejemplo, recursos sanitarios utilizados en una terapia o el tratamiento de los efectos adversos de la terapia, en fin, se consideran efectos directos todos aquellos asociados causalmente con el proceso evaluado, aunque ocurran alejados de la aplicación del tratamiento.

**EFFECTO INDIRECTO:** Son aquellos que no están asociados al proceso evaluado, sino a uno de sus efectos, por ejemplo, gastos sanitarios derivados de la esperanza de vida a una persona cuya acción de salud le haya evitado la muerte, también los cambios en la productividad derivados de la morbilidad o mortalidad de un individuo.

**EFFECTO INTANGIBLE:** Es el que no puede medirse o cuantificarse, se asocia a entidades inmateriales (salud, dolor, ansiedad, placer, etc.).

**EFEECTO TANGIBLE:** Efecto que, según su naturaleza, puede identificarse con la utilización o el ahorro de recursos materiales (trabajo, medicamentos, servicios sanitarios, etc).

**EFICACIA EN SALUD:** Se refiere a las potencialidades de un método o acción de salud que, aplicado en condiciones ideales, produce los resultados deseados. Se mide en condiciones ideales.

**EFICIENCIA:** Es la mejor relación realmente obtenida como resultado efectivo de la aplicación de cierta cantidad de medios, medida como gastos y la obtención de un efecto medido como resultado. La eficiencia siempre es una magnitud relativa, o sea, una opción es eficiente en relación con las demás opciones, no es correcto afirmar que algo es eficiente si no lo hemos comparado con todas las opciones efectivas, identificadas para solucionar un problema.

**EFICIENCIA ASIGNATIVA:** Es el envío de los recursos a sus usos socialmente más valiosos.

**EFICIENCIA PRODUCTIVA:** Es la utilización de los recursos de la mejor manera posible en los usos asignados, dado un nivel de precios, preferencias y tecnología.

**EJECUCIÓN DE CAJA:** comprende los cobros y los pagos del presupuesto efectuados a través del Banco Nacional de Cuba. También incluye la distribución de las autorizaciones de créditos presupuestos.

**EJECUCIÓN DE PRESUPUESTO:** Es el resultado que muestra el presupuesto en cada periodo analizado a los distintos niveles, producto del cumplimiento de los ingresos y la realización de los gastos, aunque la totalidad de unos y otros no haya sido recaudada o pagada por el presupuesto.

**ELASTICIDAD DE OFERTA:** Es el grado de sensibilidad de la cantidad ofrecida ante una variación en el precio del bien.

**ELASTICIDAD PRECIO DE LA DEMANDA:** Es el grado de sensibilidad de la cantidad demandada ante una variación en el precio del bien.



**EMISIÓN MONETARIA:** Acción de lanzar a la circulación dinero y título de valor.

**EMPRESAS:** Unidades económicas de producción. Realizan la función de invertir en la economía, o sea, adquieren bienes de producción e insumos para producir nuevos bienes.

**ENTIDAD:** Organización con personalidad jurídica propia, constituida conforme a las leyes cubanas, con fines económicos, administrativos, sociales, culturales, u otros definidos en su objeto social.

**EQUIDAD:** Igualdad de acceso a los servicios de salud según necesidades. Puede considerarse horizontal cuando se refiere a la cobertura de los servicios básicos de salud para toda la población, y vertical cuando según las necesidades de salud se puede acceder a los diferentes niveles de atención del sector salud.

**EQUILIBRIO DEL MERCADO:** Situación del mercado que ocurre en el precio al cual la cantidad demandada es igual a la cantidad ofrecida. En Precio de equilibrio todos los vendedores dispuestos a vender, podrán vender y todos los compradores dispuestos a comprar, podrán comprar.

**ESCASEZ:** Exceso de demanda de un bien o servicio que no puede ser satisfecha a los precios de mercado. Indica que la cantidad demandada es superior a la oferta. Un bien escaso, por tanto, es aquel cuya abundancia o disponibilidad es limitada.

**ESTADO FINANCIERO:** Documento contable que refleja la situación financiera de una entidad económica, ya sea de una organización pública o privada, a una fecha determinada y que permite efectuar un análisis comparativo de la misma; incluye el activo, el pasivo y el capital contable.

**ESTANFLACIÓN:** Término surgido en la década del 70 que expresa la combinación de elementos de diferentes fases del ciclo económico del capitalismo, tales como desempleo, recesión e inflación. La estanflación trae alto costo social cuando no es avizorada.

**ESTRUCTURA ECONÓMICA:** Interrelación de los diferentes tipos de economía existentes en una nación en un momento dado. Según el sistema de producción imperante, habrá un tipo de economía que predomina. En la sociedad capitalista, es la economía capitalista basada en la propiedad privada sobre los medios de producción, conjuntamente con vestigios de otras formas de economías. En el Socialismo, es la economía socialista planificada basada en la propiedad social sobre los medios de producción la predominante junto a otras formas de producción.

**ESTUDIO DE FACTIBILIDAD:** Conjunto de informaciones e indicadores que fundamentan la conveniencia técnico-económica y financiera de la realización de un proyecto de inversión o un negocio.

**EVALUACIÓN ECONÓMICA COMPLETA:** Forma de evaluación económica en salud que toma en consideración, tanto los costos como las consecuencias (resultados) de diferentes opciones comparadas, permite determinar la eficiencia económica de las acciones sanitarias o programas.

**EVALUACIÓN ECONÓMICA EN SALUD:** Nombre genérico que se da a un conjunto de procedimientos o técnicas de análisis, dirigidos a evaluar el impacto de opciones o cursos de acción alternativos sobre el bienestar de la sociedad. Ayuda al decisor a hacer elecciones racionales, es decir, a decidir de forma coherente, con determinados objetivos y restricciones de recursos. También otros autores la definen como el análisis comparativo de las acciones alternativas en términos de sus costos y consecuencias.

**EVALUACIÓN PARCIAL:** Forma de evaluación de los servicios sanitarios en los que se examina un aspecto de la evaluación económica, los costos o los resultados. Puede analizar ambos términos, pero al no compararlo con otras opciones, lo categorizan como análisis parciales, lo cual imposibilita determinar la eficiencia. Estos estudios son

importantes, pues constituyen parte integrante de la evaluación económica completa.

**EVASIÓN FISCAL:** Omisión de la obligación de pago de los impuestos.

**EXCEDENTE:** Diferencia entre ingresos y egresos, recursos y desembolsos. Es la parte del dinero que sobra una vez que se restan los gastos y costos.

**EXTERNALIDAD:** Acción de un productor o de un consumidor que afecta a otro productor o consumidor y, sin embargo, no se tiene en cuenta en el precio de mercado.

**FACTOR DE CONVERSIÓN NORMAL:** Relación entre el precio del mercado mundial (en frontera) de una cesta media de bienes y su precio en el mercado interno convertido en dólar, según la tasa oficial. Es posible reducirlo de acuerdo con el contenido de la cesta de bienes.

**FALLO DE MERCADO:** También llamado imperfecciones de mercado, situación en la que el mercado no usa los recursos de manera eficiente por sí solo. Se los puede resumir en la ausencia de competencia perfecta, carencia de información completa para todos los agentes, existencia de otra clase de bienes, además de los bienes privados puros, y mercados incompletos.

**FAMILIAS:** Unidades económicas de consumo. Su función es consumir, o sea, satisfacer sus necesidades a través de la compra de bienes y servicios, y si su ingreso lo permite, ahorran.

**FARMACOECONOMÍA:** Aplicación del análisis económico al campo de los medicamentos. Habitualmente se utiliza como sinónimo de evaluación económica de medicamentos. Otras veces se usa en un sentido más amplio, que incluye otras formas de análisis económico del mercado de medicamentos y de su estructura, organización y regulación.

**FASE RECESIVA:** Fase del ciclo económico que se caracteriza por un relativo estancamiento de la producción, el ingreso, el empleo, el consumo y la inversión privados. La menor demanda genera menores alzas en los precios.

FELICIDAD NACIONAL BRUTA (FNB) O FELICIDAD INTERIOR BRUTA (FIB): Es un indicador que mide la calidad de vida en términos más holísticos y psicológicos que el producto interno bruto (PIB). Mientras que los modelos económicos convencionales observan el crecimiento económico como objetivo principal, el concepto de FNB se basa en la premisa que el verdadero desarrollo de la sociedad humana se encuentra en la complementación y refuerzo mutuo del desarrollo material y espiritual. Los cuatro pilares de la FNB son: la promoción del desarrollo socioeconómico sostenible e igualitario, la preservación y promoción de valores culturales, la conservación del medio ambiente y el establecimiento de un buen gobierno.

FIDEICOMISO: Organización para la inversión de fondos.

FIDUCIA: Es un contrato flexible que permite realizar cualquier tipo de negocio.

FINANCIAMIENTO: Concesión de recursos financieros para la ejecución de un proyecto.

FINANZAS: El término finanzas proviene del latín «finis» que significa acabar o terminar. Son una rama de la economía que se dedica de forma general al estudio del dinero, y particularmente está relacionado con las transacciones y la administración del dinero. Las finanzas no son el dinero, sino las relaciones que se establecen a partir del dinero.

FISCO: Sistema de leyes, normativas y tasas que organiza la recepción de pagos por impuestos que engrosan los fondos del presupuesto del Estado.

FLUJOS DE EFECTIVO: Término que describe tanto los ingresos (entradas) como los pagos (desembolsos) de efectivo.

FOB: Significa *Free on board*: Se refiere al valor de las mercancías en el puerto de salida.

FONDO: Recursos monetarios de propiedad colectiva destinados a una aplicación específica.

FONDO DE LIQUIDEZ: Figura que actúa como prestamista de última instancia y otorga créditos de liquidez a las

instituciones financieras, quienes aportan un porcentaje de sus depósitos al fondo.

**FONDOS SOCIALES DE CONSUMO:** Constituyen la suma total de las asignaciones que recibe la población por encima de la remuneración del trabajo (pensiones, subsidios, estipendios) y los gastos que corren a cuenta de la sociedad para prestarle servicios gratuitos, como los servicios de salud, la enseñanza en todos los niveles, la superación profesional y general, el desarrollo de la cultura física y el deporte, círculos infantiles, las bibliotecas, los círculos sociales, etc.

**FÓRMULA DE RETORNO SOBRE LA INVERSIÓN:** Utilidad controlable dividido entre activo controlable.

**FÓRMULA DEL INGRESO RESIDUAL:** Ingreso controlable menos (activo controlable por tasa de retorno de la compañía), es igual a ingreso residual.

**FRAUDE FISCAL:** Evasión del pago de parte o totalidad de un impuesto.

**FRONTERA DE POSIBILIDADES DE PRODUCCIÓN:** Curva que describe las distintas combinaciones que pueden producirse de dos bienes, dada una cantidad fija de factores. Una economía es eficiente cuando se encuentra en la frontera de posibilidades de producción, o sea, cuando al asignar un recurso a un individuo o una entidad, afecta en la misma proporción a otro.

**FUENTES DEL PRESUPUESTO:** Se define como las fuentes de donde provienen los ingresos al presupuesto, que se corresponden con los capítulos del clasificador de ingresos, tales como: el estatal de la economía, el sector no estatal incluyendo los impuestos a la población.

**FUERZA DE TRABAJO:** Capacidad física, nerviosa y muscular que se da en la personalidad viviente del hombre y que este pone en acción al producir bienes materiales de cualquier clase o realizar un servicio.

**FUERZAS PRODUCTIVAS:** Están constituida por la interrelación entre los medios de producción y la fuerza de trabajo,

es el elemento más dinámico dentro del modo de producción de una sociedad.

**FUNCION DE PRODUCCION:** Es una relación técnica entre producto físico y los factores de producción, también en términos físicos. Se puede expresar como  $Q = f(K, L)$  donde Q: nivel de producción, en unidades de producto por unidad de tiempo, K: stock de capital, por unidad de tiempo, y L: cantidad de mano de obra (trabajo).

**GANANCIA:** Remanente que queda después de deducidos del precio de venta los costos totales. Objetivo fundamental de una empresa de interés lucrativo, en la sociedad socialista es un indicador de eficiencia en la utilización de los fondos productivos, posibilidad de ampliación de la producción y mejoramiento del bienestar de los trabajadores.

**GARANTÍA:** Compromiso que adquiere una entidad para con terceros en la convicción de que no incumplirá los acuerdos pactados.

**GASTO:** La cantidad de dinero pagada por un agente económico por los bienes y servicios adquiridos durante un periodo definido de tiempo. Es un costo que ha rendido sus beneficios y ya ha expirado. El gasto es la suma de las cantidades adquiridas por sus correspondientes precios.

**GASTO AGREGADO:** Monto total que la economía planea gastar en un determinado periodo.

**GASTO CORRIENTE:** Erogación de dinero que, de acuerdo con la definición tradicional, no tiene como contrapartida la generación de un activo, se efectúa todos los años para garantizar el funcionamiento de las unidades presupuestadas. Ejemplo: gastos en salarios, efectos de escritorios, materiales etc. También se consideran gastos corrientes las asignaciones a las empresas para sufragar pérdidas, subsidio por rebaja de precios, etc.

**GASTOS DE ALMACENAJES:** Son los referidos a la recepción, clasificación, conservación, preparación, carga, descarga, control, entrega de mercancías, productos terminados, en proceso, etc.

**GASTOS DE CIRCULACIÓN:** Gastos de conservación, transportación y venta de producción expresados en forma monetaria.

**GASTOS DEFICITARIOS:** Gastos públicos en bienes y servicios y transferencias, superior a los ingresos procedentes de los impuestos y otras fuentes.

**GASTO DEL GOBIERNO:** Se refiere a las compras de bienes y servicios que el gobierno realiza para producir bienes públicos.

**GASTO DE INVERSIÓN:** Erogación de dinero que tiene como contrapartida la generación de un activo. Ejemplo: gasto en infraestructura.

**GASTO MARGINAL:** Costo adicional generado por la compra de una unidad adicional de un bien.

**GASTOS PRESUPUESTARIOS:** Comprende el importe de los gastos por consumo de material, salarios, servicios recibidos y otros gastos en que incurra la unidad presupuestada en el desenvolvimiento de su actividad.

**GASTOS PÚBLICOS:** Término que comprende los gastos en bienes y servicios de cualquier clase que realice el Estado de una nación.

**GLOBALIZACIÓN:** Es un proceso económico, tecnológico, social y cultural a gran escala, que consiste en la creciente comunicación e interdependencia entre los distintos países del mundo unificando sus mercados, sociedades y culturas, a través de una serie de transformaciones sociales, económicas y políticas que les dan un carácter global. El fenómeno globalizador ha despertado gran entusiasmo en algunos sectores, mientras en otros ha despertado un profundo rechazo (antiglobalización), hay también posturas eclécticas y moderadas.

**HABER:** Nombre que se da a la columna de cifras en la que se anotan las partidas de abono de una cuenta contable. Lado contrario al “debe” de una cuenta.

**HIPERINFLACIÓN:** Proceso sostenido y generalizado de aumentos extraordinarios en los precios de los bienes y

servicios en una nación en un momento dado; inflación excesiva.

**HIPOTECA:** Se corresponde con un contrato de préstamo a largo plazo, cuya garantía prendaria lo constituye un bien inmueble y sirve por tanto, como aval del cumplimiento de una obligación principal.

**HOJA DE COSTOS POR ÓRDENES DE TRABAJO:** Es un resumen de los costos (materiales directos, mano de obra directa y costos indirectos de fabricación) que se cargan a una orden de trabajo.

**HORIZONTE TEMPORAL:** El límite fijado a la dimensión de tiempo cuando se establecen las fronteras analíticas del proceso estudiado. El horizonte temporal es un parámetro analítico central en la evaluación económica, porque determina el periodo durante el cual se miden los efectos de las opciones sobre los recursos y sobre la salud.

**IMPORTACIONES:** Compras de bienes y servicios del exterior realizadas por residentes del país, es decir, los gastos en bienes y servicios realizados por los consumidores de un país, pero en bienes y servicios no producidos internamente.

**IMPUESTO:** Pago al presupuesto del Estado a que vienen obligados por imperio de la ley, las empresas, unidades presupuestadas, sector privado y población, con el objetivo de contribuir al financiamiento de los gastos para el desarrollo económico y social del país.

**IMPUESTO A LA RENTA:** Impuesto en función del ingreso que recibe una persona (impuesto a la renta personal) o de las utilidades de una empresa (impuesto a la renta corporativa).

**IMPUESTO DE CIRCULACIÓN:** Representa una parte del valor agregado que se crea en las empresas como consecuencia de la diferencia entre el precio mayorista y precio minorista, lo que hace que una empresa tenga una mayor rentabili-



dad que otra en dependencia de su objeto social en el socialismo. El impuesto de circulación es una fuente importante y estable de ingreso al presupuesto del Estado.

**IMPUESTOS DIRECTOS:** Son los impuestos que se pagan por quienes previamente han sido designados para tal efecto, por su disponibilidad de riqueza o ingreso, no contándose con la posibilidad de repercutirlos en los precios.

**IMPUESTOS INDIRECTOS:** Son impuestos que se pagan sin necesidad de identificar al contribuyente, simplemente al adquirir un producto o retribuir un servicio, repercutiéndose después en los consumidores, así las empresas actúan como recaudadores del gobierno

**IMPUESTOS NETOS:** Impuestos totales menos las transferencias que las familias reciben del Estado (pensiones, etc.)

**IMPUESTO PROGRESIVO:** Impuesto en el cual la tasa impositiva implícita se eleva a medida que se incrementa el ingreso del contribuyente. De esta manera, el que más gana es el que más paga en proporción a sus ingresos.

**IMPUESTO REGRESIVO:** Impuesto en el cual la tasa impositiva implícita disminuye a medida que se incrementa el ingreso del contribuyente. De esta manera, el que más gana es el que menos paga en proporción a sus ingresos. Todo impuesto que se establece como un porcentaje fijo sobre el precio de los bienes, es regresivo.

**INCERTIDUMBRE:** Posibilidad de que se produzca diferentes resultados cuando se desconoce la probabilidad de cada uno.

**ÍNDICE DE PRECIO DEL CONSUMO:** Este mide el costo de una cesta fija de bienes y servicios (alimentos, vestuario, alojamiento, asistencia médica educación, etc.) comprados por el consumidor urbano típico (racional). Puede medirse a precios corrientes o a precios de un año tomado como base, con lo cual pueden establecerse comparaciones de su comportamiento.

**INFLACIÓN:** Exceso de dinero en la circulación respecto a los volúmenes de producción y servicios y el número de

rotaciones del dinero. Se manifiesta a través del crecimiento sostenido de los precios de toda la economía, durante un periodo determinado. En una relación causa-efecto, la inflación es la causa del incremento de los precios y esta última su efecto. La inflación conlleva a una pérdida del poder adquisitivo de la moneda.

**INFORME DEL COSTO DE PRODUCCIÓN:** Es un registro detallado de las unidades y costos durante un periodo. Se divide en cuatro secciones: (1) cantidades, (2) producción equivalente, (3) costos para contabilizar y (4) costos contabilizados.

**INGRESO:** Son todos aquellos recursos que obtienen los individuos, sociedades o gobiernos por el uso de riqueza, trabajo humano, o cualquier otro motivo que incremente su patrimonio. En el caso del sector público, son los provenientes de los impuestos, derechos, productos, aprovechamientos, financiamiento, internos y externos; así como de las ventas de bienes y servicios del sector Paraestatal.

**INGRESO DEL PRODUCTO MARGINAL:** Ingreso adicional generado por la venta de la producción obtenida utilizando una unidad adicional de un factor.

**INGRESO MARGINAL:** Variación del ingreso provocada por un aumento de la producción en una unidad.

**INGRESO NACIONAL:** Es el ingreso total obtenido por los factores de producción propiedad de los ciudadanos de un país. Indica el volumen de los ingresos de una economía en un periodo dado.

**INGRESO NO TRIBUTARIO:** Expresión utilizada en macroeconomía, a nivel de los agregados económicos y monetarios. Ingresos percibidos por el Estado provenientes del cobro de tasas, contribuciones, rentas contractuales, multas y por la venta de los bienes producidos por las empresas públicas. Los ingresos no tributarios también hacen parte de los ingresos corrientes del Estado.

**INGRESOS PRESUPUESTARIOS:** Comprende el importe de los ingresos que efectúa la unidad presupuestada, en el desarrollo de su actividad.

**INGRESO TRIBUTARIO:** Son las percepciones que obtiene el gobierno por las imposiciones fiscales que en forma unilateral y obligatoria fija el Estado a las personas físicas y morales, conforme a la ley para el financiamiento del gasto público. Su carácter tributario atiende a la naturaleza unilateral y coercitiva de los impuestos, gravando las diversas fuentes generadoras de ingresos: la compra-venta, el consumo y las transferencias.

**INSUMO:** Es el consumo de materiales requerido para realizar una producción o servicio.

**INTERCAMBIO DESIGUAL:** Supuesto de que los países periféricos se ven perjudicados en el comercio internacional a través del deterioro de sus términos de intercambio. Se debe básicamente a los diferentes niveles de desarrollo económico, donde una hora de trabajo de los países más desarrollados equivale a varias horas de trabajo en los países menos desarrollados.

**INTERÉS:** Es el costo del dinero. Es el pago que se hace por el dinero prestado.

**INVERSIÓN:** Es la aplicación de recursos con el fin de obtener beneficios en un periodo determinado.

**INVERSIÓN BRUTA FIJA:** Consiste en la inversión neta más la inversión de reposición. También se conoce como formación bruta de capital.

**INVERSIÓN DE REPOSICIÓN:** Consiste en que las empresas reponen los bienes de capital ya depreciados. Su finalidad es reponer los bienes de capital que se desgastan durante el proceso de producción.

**INVERSIÓN NETA:** Es la adquisición de nuevos bienes de capital por parte de las empresas.

**INVERSIÓN PLANEADA:** Consiste en las adiciones de bienes de capital e inventarios planeadas por las empresas.

**INVERSIÓN PRIVADA:** Está compuesta por las compras de bienes finales que adquieren las empresas para realizar la producción (bienes de capital) y las variaciones en las existencias de mercaderías.

**INVERSIÓN REALIZADA:** Es el monto real invertido, incluye los cambios en inventarios no planeados.

**KNOW-HOW:** Conjunto de conocimientos científico-técnicos, experiencias técnica y productiva, secretos de la producción e inventivas no patentados por distintas causas.

**LAVADO DE ACTIVOS:** Es el proceso en virtud del cual, dinero, bienes y valores de origen ilícito se integran al sistema financiero con apariencia de haber sido obtenidos de forma lícita.

**LEY DE LA DISTRIBUCIÓN CON ARREGLO AL TRABAJO:** Es una ley propia del Socialismo, significa que los bienes materiales para el consumo personal se distribuyen entre los trabajadores atendiendo a la cantidad y calidad del trabajo aportado por cada uno. En el Socialismo existe igualdad de oportunidades, pero en el aspecto económico en virtud de esta ley el consumo es desigual.

**LEY DE LA UTILIDAD MARGINAL DECRECIENTE:** La satisfacción adicional del consumidor con la última utilidad de consumo, disminuye a medida que se consume mayor cantidad del bien.

**LEY DE LOS RENDIMIENTOS MARGINALES DECRECIENTES:** Cuando por lo menos un factor es fijo, una empresa experimentará un producto físico marginal decreciente conforme emplea una mayor cantidad de un factor variable (por ejemplo, mano de obra), esto a partir de un cierto punto (punto de inflexión).

**LEY ECONÓMICA FUNDAMENTAL DEL SOCIALISMO:** Ley que ocupa el lugar central en el sistema de leyes que rigen el funcionamiento y desarrollo de la economía de toda La Formación Económico Social Comunista, que pone de manifiesto la finalidad de la producción en las fases de esta, satisfacer cada vez más plenamente las necesida-

des materiales y espirituales, siempre crecientes, de todos los miembros de la sociedad mediante el crecimiento y perfeccionamiento de la producción social.

**LIBRO MAYOR:** Libro de hojas sueltas, archivo u otro registro que contiene todas las cuentas de una empresa.

**LÍNEA DE CRÉDITO:** Crédito especial con destinación específica.

**LIQUIDEZ:** Con referencia a un activo patrimonial, capacidad de ser convertido rápidamente en dinero a un valor relativamente cierto y con un costo de negociación reducido. Con referencia a una empresa, y en particular a una empresa de crédito, capacidad de hacer frente rápida y económicamente a los propios compromisos monetarios. Con referencia a un sistema económico, agregado de los activos líquidos mantenidos por la economía, constituido por el circulante y los depósitos a la vista (liquidez primaria), así como por los depósitos de ahorro y otros activos altamente líquidos, como bonos de tesorería (liquidez secundaria), todo ello con respecto al producto nacional.

**MACROECONOMÍA:** Se ocupa de la economía en su conjunto, es decir, de los amplios agregados de la vida económica de una nación.

**MAGNITUD DE VALOR:** Se determina por el tiempo de trabajo socialmente necesario que requiere la sociedad en producir un bien en las condiciones medias de intensidad del trabajo y nivel de desarrollo de la ciencia y la técnica.

**MANO DE OBRA DIRECTA:** Toda la mano de obra relacionada con la producción de un artículo terminado que se puede identificar fácilmente con el producto, y que representa el principal costo de mano de obra en la fabricación del producto.

**MANO DE OBRA INDIRECTA:** En la fabricación de un producto, la mano de obra que participa y que no se puede considerar mano de obra directa.

**MARGEN COMERCIAL:** Lo constituyen los ingresos que deben percibir las empresas que realizan la actividad de circulación y realización de los productos en la economía nacional, es la base de los ingresos de estas empresas. El margen comercial incluye los gastos de circulación necesarios y la ganancia normada. Se expresa a través del recargo comercial, según sea la clasificación y destino de los productos objeto de la actividad de las empresas.

**MARGEN DE CONTRIBUCIÓN:** Diferencia entre las ventas y los costos variables, son las ventas menos el costo de los artículos vendidos bajo el costo de absorción.

**MARGEN DE INTERMEDIACIÓN:** Es la diferencia entre el interés que pagan las entidades financieras a los ahorradores y el interés que cobran a los usuarios del crédito.

**MARGEN DE SEGURIDAD:** El porcentaje máximo en el cual las ventas esperadas pueden disminuir y aún se puede generar una utilidad.

**MATERIALES DIRECTOS:** Todos los materiales directamente utilizados en la fabricación de un producto terminado, que se pueden identificar fácilmente con el producto, y que representan el principal costo de la materia prima en la fabricación del producto.

**MATERIALES INDIRECTOS:** Todos los materiales involucrados en la fabricación de un producto, que no se consideran materiales directos.

**MEDIOS DE PRODUCCIÓN:** Están constituido por los elementos materiales de la producción, edificios, instalaciones, instrumentos de trabajo, materias primas y materiales. O sea, son los medios de trabajo y los objetos de trabajo.

**MEDIOS DE ROTACIÓN:** Son medios que participan en el proceso de producción una sola vez o sea, hay que reponerlos en cada proceso. Ejemplo: combustible, energía eléctrica, materias primas, materiales, etc. así como los que se hallan en forma de existencia en los almacenes del pro-

ductor (productos terminados) o en los del consumidor (materias primas para la fabricación de productos).

**MEDIOS DE TRABAJO:** Son todos los elementos de que se vale el hombre para transformar los objetos de trabajo en bienes o para la prestación de un servicio. Dentro de ellos se destacan los instrumentos de trabajo como el elemento más importante.

**MERCADO:** La palabra mercado significa literalmente lugar en que se compran y venden bienes. Es un conjunto de compradores y vendedores que por medio de sus interacciones reales o potenciales determinan el precio de un producto o de un conjunto de productos. Por ejemplo, el mercado de cereales donde se comercia trigo, maíz u otras mercancías básicas o el mercado de bolsa de valores, donde se compran y venden acciones de las grandes empresas.

**MERCADO DE FUTUROS:** Es un acuerdo obligatorio de entregar un activo en una fecha establecida y a un precio acordado.

**MERCADOS FINANCIEROS:** Son mercados en los que se negocia la compra y venta de dinero y otros activos financieros.

**MICROECONOMÍA:** Es el estudio de los mercados parciales, o sea, las decisiones óptimas de las empresas, entidades o consumidores para actuar racionalmente.

**MINIMIZACIÓN DEL COSTO:** Método de evaluación económica completa en salud, donde los costos se expresan en unidades monetarias y los resultados en unidades físicas o naturales cuantitativamente iguales.

**MODELO ECONÓMICO:** Conjunto de supuestos y de datos que utilizan los economistas para estudiar un aspecto de la economía y realizar predicciones sobre el futuro o sobre consecuencias de los distintos cambios de política.

**MONOPOLIO:** Industria que produce un bien o servicio para el que no existe un sustituto cercano y en la que hay un solo oferente, razón por la cual puede imponer

altos precios y obtener altas ganancias en forma continuada.

**NECESIDAD:** Sensación de carencia de algo (físico y psíquico) común a todos los seres humanos, con independencia de los factores culturales.

**NEOLIBERALISMO:** Es una política económica con énfasis tecnocrático y macroeconómico que pretende reducir al mínimo la intervención estatal en materia económica y social, defendiendo el libre mercado capitalista como mejor garante del equilibrio institucional y el crecimiento económico de un país, salvo ante la presencia de los denominados fallos del mercado.

**NÓMINA:** Un registro que relaciona los nombres de los empleados durante un periodo dado de pago, los valores de pago, tiempo trabajado, salarios brutos, deducciones y cualquier otro valor retenido y el pago neto.

**NORMAS DE AUDITORÍA:** Constituyen el conjunto de reglas que deben cumplirse para realizar una auditoría con la calidad y la eficiencia indispensables.

**OBJETOS DE TRABAJO:** Es todo aquello sobre lo que recae el trabajo del hombre,

**OFERTA:** Cantidad de un bien que están dispuestos a ofertar voluntariamente a un precio dado los oferentes, lo cual depende de: costo de producción, capacidad productiva instalada y nivel de precios.

**OFERTA AGREGADA (OA):** Se refiere al volumen de producción que fabricarán y venderán las empresas y unidades, dados los precios vigentes, la capacidad productiva instalada y los costos.

**OFERTA EN SALUD:** Se refiere al consumo de servicios de salud, medio ambiente, educación, factores socioeconómicos, etc., que permite dar respuesta a la demanda en salud; constituyen insumos o medios para llegar al fin, recobrar la salud quebrantada.

**ORGANISMOS GLOBALES:** Son organismos rectores de determinados aspectos por disposición del Estado y cuyas



decisiones al respecto, son de obligatorio cumplimiento por todos los otros organismos estatales. Ejemplo: Ministerio de Economía y Planificación, Ministerio de Finanzas y Precios, etc.

**ORGANISMOS RAMALES:** Son los que por autorización expresa del Estado, rigen la política a seguir por todas las empresas y unidades presupuestadas que le están subordinadas, como ejemplo podemos citar: Ministerio de la Agricultura, Ministerio de Cultura, Ministerio de Salud Pública, etc. Estos organismos ramales están obligados a cumplir las disposiciones, que se emiten por los organismos globales, pero están autorizados a adecuarlas a las características de las empresas y unidades presupuestadas de la rama que es rectora y además, dicta sus propias políticas y disposiciones interiores.

**OTC (OVER THE COUNTER):** Es un mercado bursátil paralelo al desarrollado en La Bolsa de Valores de Colombia, que permite transar títulos o valores y que no cumple los requisitos legalmente establecidos.

**PAGARÉ:** Forma de activo intangible que da derecho patrimonial, consistente en la obligación de dar una suma determinada de dinero, o una cantidad determinable de éste, conforme a los sistemas de actualización o reajuste de capital legalmente admitido.

**PAPEL MONEDA:** Dinero representativo, es un documento que ampara una promesa legal de pago en un metal precioso por la cantidad especificada en dicho documento.

**PARIDAD MONETARIA:** Correlación entre las unidades monetarias de distintos países por la cantidad de oro o plata pura, que contienen las monedas confrontadas (paridad monetaria), o por el contenido de oro, oficialmente establecido, en la unidad monetaria nacional (paridad oro).

**PASIVO:** En contabilidad abarca todas las fuentes de los medios recibidos con expresión de su destino. Se incluyen tanto las obligaciones con los proveedores de

productos y servicios, con los obreros y empleados por los salarios devengados y no pagados, con los bancos por los préstamos otorgados, como los que surgen por las inversiones efectuadas por la empresa, así como la ganancia o ingreso neto generado por la propia entidad.

**PATENTE:** Derecho exclusivo concedido a un inventor para controlar el uso de un invento durante un periodo de años dado.

**PATRIMONIO:** El exceso de los activos sobre los pasivos. El valor de la inversión neta del propietario en una empresa más las utilidades provenientes de operaciones exitosas que se han retenido

**PATRIMONIO PÚBLICO:** El conjunto de bienes, derechos y obligaciones cuya titularidad pertenece al Estado.

**PATRÓN DE PRECIOS:** Determinado peso de un metal (oro o plata) adoptado en un país como unidad monetaria. Actualmente la unidad monetaria se ha fijado definitivamente en el oro.

**PATRÓN DÓLAR:** Tipo de cambio fijo extremo, similar al patrón oro, donde prácticamente se elimina la política monetaria, ya que la cantidad de dinero depende en una proporción fija de la cantidad de dólares que exista en la economía.

**PATRÓN ORO:** En el sentido económico, sistema monetario bajo el cual el papel de equivalente general lo desempeña el oro; en el sentido jurídico, forma de organización de la circulación monetaria establecida por la ley, en la cual se hallan en circulación monedas de oro (patrón moneda oro), se mantiene, bajo determinada circunstancia, el cambio libre de los billetes de banco por lingotes de oro (patrón lingote oro) o se efectúa el canje de los billetes de banco por divisas extranjeras, convertibles, a su vez, en oro.

**PLANEACIÓN:** La formulación de objetivos por la gerencia de la organización, como también de sus programas de operación para el logro de las metas de la administración.

**PLENO EMPLEO:** Se denomina así cuando una nación se encuentra en la tasa natural de desempleo, o sea, no significa que el ciento por ciento de sus ciudadanos aptos para el trabajo, lo estén realizando en cada momento, sino cuando está en correspondencia con la capacidad potencial de producción y servicios instalada en el país.

**PLUS PRODUCTO:** Es el excedente de valor que crea la fuerza de trabajo por encima de su valor. Matemáticamente sería la diferencia entre el valor total de lo producido y los costos de producción. El plus producto es determinante para el desarrollo social.

**PLUSVALÍA:** Es la forma socioeconómica que adopta el plus producto en las condiciones del capitalismo. Es el trabajo no retribuido al obrero asalariado del cual se apropia gratuitamente el patrono.

**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA:** Los que están ocupados y los desempleados en una sociedad, constituyen la población económicamente activa. Se excluyen de ellos los estudiantes, las amas de casa, los jubilados y las personas demasiado enfermas, así como todos aquellos que no están empleados, pero no han hecho gestiones para buscar empleo.

**POLÍTICA COMERCIAL:** Política que tiene instrumentos como aranceles, contingentes y otros mecanismos que estimulen las exportaciones netas.

**POLÍTICA ECONÓMICA:** Conjunto de acciones planificadas por el gobierno para alcanzar ciertos objetivos en el ámbito económico, a partir de una estrategia previamente concebida. Una nación puede ejercer gran influencia en sus resultados económicos a través de su política económica: mediante el control de gastos, los impuestos, política de empleo y la modificación de la oferta monetaria, entre otras. Los Lineamientos Económicos y Sociales aprobados en el VI Congreso del P.C.C. van encaminados a actualizar el modelo económico cubano según las nuevas circunstancias nacionales e internacionales.

**POLÍTICA FISCAL:** Componente importante de la política económica que se refiere, en lo fundamental, al conjunto de acciones propias de las finanzas públicas del gobierno relacionadas con los gastos y los ingresos públicos. Los instrumentos principales de la política fiscal, son el control del gasto público, el presupuesto y el Sistema Tributario (impuesto, tasa y contribuciones).

**POLÍTICA FISCAL CONTRACTIVA:** Es la que hace disminuir la demanda agregada, a fin de generar un exceso de oferta agregada de bienes, lo que finalmente hará reducir el nivel de ingreso.

**POLÍTICA FISCAL EXPANSIVA:** Es aquella que se desarrolla en dos direcciones: Aumentar el gasto público, para aumentar la producción y reducir el paro y bajar los impuestos, para aumentar la renta disponible de las personas físicas, lo que provocará un mayor consumo y una mayor inversión de las empresas, en conclusión, un desplazamiento de la demanda agregada en sentido expansivo.

**POLÍTICA FISCAL RESTRICTIVA:** Es aquella dirigida a reducir el gasto público, para bajar la producción o subir los impuestos, para que la gente no gaste tanto y las empresas puedan invertir menos, así la demanda agregada se desplaza hacia la izquierda.

**POLÍTICA MONETARIA:** Política del Banco Central en su función de controlar el dinero, los tipos de interés y las condiciones crediticias. Sus instrumentos son principalmente las operaciones del mercado abierto, los requisitos de reserva y la tasa de descuento.

**PRECIO:** Expresión monetaria del valor. En una economía de mercado, su magnitud está determinada por la relación oferta y demanda.

**PRECIO AL POR MAYOR:** Incluye el costo de producción más la ganancia fabril. Es el precio al cual la industria le vende al comercio.

**PRECIO AL POR MENOR:** Incluye el costo de producción más la ganancia fabril más los gastos de circulación y almacenamiento y la ganancia del comercio. Es el precio al que obtiene el producto el consumidor final.

**PRECIO CONSTANTE:** Precio del que se han eliminado los efectos de la inflación, precio que se ha deflactado a términos reales mediante índices de precios apropiados, basados en los precios que prevalecían en determinada fecha y en los aumentos de precios desde ese momento.

**PRECIO CORRIENTE:** Precios que incluyen efectos de la inflación y deflación. Es el precio que efectivamente se observa.

**PRECIO DE RESERVA:** Cantidad máxima que está dispuesto a pagar un cliente por un bien.

**PRECIO SOMBRA:** Valor monetario que se asigna a un bien, activo, costo o beneficio para el cual no existe un precio de mercado observable, o bien se supone que el precio de mercado es un reflejo imperfecto del costo de oportunidad. Es una técnica muy utilizada en evaluación económica, por ejemplo para valorar el trabajo de un voluntario no retribuido, se puede tomar el salario que recibiría un trabajador que tuviese que reemplazar al voluntario.

**PRÉSTAMO:** Crédito o cantidad de dinero que se entrega por un determinado tiempo y que debe reembolsarse junto con unos intereses convenidos.

**PRESUPUESTO:** Es la expresión cuantitativa de los objetivos de la gerencia y un medio de control del avance hacia esos objetivos. Lo integran la planificación de los ingresos y egresos de una entidad en un periodo de tiempo dado, generalmente un año.

**PRESUPUESTO AUTORITARIO O TOTALITARIO:** Todas y cada una de las partidas del presupuesto maestro, es determinada por la alta administración como un medio de planear y controlar las actividades de los niveles medios y bajos de la administración.

**PRESUPUESTO BASE CERO:** Cada actividad es planeada y su costo total estimado debe ser justificado como si fuera la primera vez que se realiza.

**PRESUPUESTO CONTINUO:** Es el llamado algunas veces presupuesto móvil, en él se agrega el mes del año en curso, de modo que el presupuesto de 12 meses esté siempre disponible.

**PRESUPUESTO DE GASTO:** Constituye el límite total autorizado para ejecutar gastos en un ejercicio fiscal.

**PRESUPUESTO DE OPERACIÓN:** Es el plan de operaciones a corto plazo, comúnmente a un año, por trimestres o meses, o solo del primer trimestre por meses, de ingresos esperados, costos y utilidades.

**PRESUPUESTOS ESTÁTICOS:** Una forma de planeación que muestra anticipadamente los costos en un solo nivel de actividad.

**PRESUPUESTO FLEXIBLE:** Una forma de presupuesto que muestra anticipadamente los costos a diferentes niveles de actividad.

**PRESUPUESTO MAESTRO:** Es el resumen de los objetivos de todas las funciones de una organización, que incluye ventas, producción, distribución y finanzas.

**PRIVATIZACIÓN:** Proceso por el cual el Estado traspasa al sector privado empresas públicas o funciones que antes desempeñaba el sector público.

**PROBLEMA ECONÓMICO:** Es el problema básico de la economía. Consiste en ¿cómo emplear recursos escasos para producir bienes y servicios suficientes para satisfacer necesidades ilimitadas?

**PRODUCCIÓN:** Proceso de creación de los bienes necesarios para la existencia y desarrollo de la sociedad. La producción material constituye la base de la subsistencia de la sociedad humana.

**PRODUCCIÓN EQUIVALENTE:** Es la suma de las unidades aún en proceso establecidas en término de unidades terminadas, más las unidades totales realmente terminadas.

**PRODUCTIVIDAD DEL TRABAJO:** Rendimiento o efectividad del trabajo específico, se mide por la cantidad de valores de uso creado en una unidad de tiempo, o por la cuantía de tiempo invertida en una unidad de producto.

**PRODUCTO INTERNO BRUTO (PIB):** Es el resultado final de la producción o servicios expresado en valores producidos por las empresas nacionales y extranjeras radicadas en el país durante un periodo dado, generalmente un año. Se expresa a través de gastos incurridos.

**PRODUCTO INTERNO BRUTO PERCÁPITA POR HABITANTE:** Valor de todos los bienes y servicios producidos en la economía dividido entre toda la población de un país.

**PRODUCTO NACIONAL BRUTO (PNB):** Es el resultado final de la producción o servicios expresado en valores producidos por las empresas nacionales independientemente del país de ubicación durante un periodo de tiempo dado, generalmente un año.

**PRODUCTO NACIONAL BRUTO NOMINAL (P.N.B.N.):** Es aquel que mide la producción y los servicios del año dado por los precios de ese año, o sea, donde  $P_i$  es el precio actual y  $Q_i$  es la producción y servicios del año actual.

**PRODUCTO NACIONAL BRUTO REAL (P.N.B.R.):** Es aquel en que la producción y los servicios del actual año se miden al nivel de los precios de un año tomado como base, es decir, donde  $Q_i$  es la producción del año dado y  $P_0$  es el precio del año tomado como base.

**PROPENSIÓN MARGINAL A LA INVERSIÓN:** Proporción de los ingresos nacionales adicionales destinados a gastos de inversión en una economía.

**PROPENSIÓN MARGINAL AL CONSUMO:** Proporción que de una unidad adicional de ingreso, gasta en consumo una familia o una nación.

**PROPIEDAD:** Relaciones entre los individuos relacionadas con la apropiación de los medios de producción y de los bienes materiales creados por ellos. Según sea la forma de propiedad sobre los medios de producción, así será

la forma de apropiación de los resultados de la producción.

**PRORRATEO DE VARIACIONES:** Asignación de las variaciones a las cuentas específicas afectadas.

**PROYECTO VIABLE:** Es aquel que se desarrolla bajo unos parámetros técnicos razonables, cuyos ingresos permiten cubrir los costos operativos y el servicio de la deuda (capital e intereses) dejando un margen de rentabilidad positivo (utilidad) y que cumple las disposiciones ambientales vigentes.

**PUNTO DE EQUILIBRIO:** Es aquel nivel de la producción para el cual los costos totales de producción y ventas, son iguales a los ingresos totales por ventas. Es el punto donde la entidad ni pierde ni gana, sólo asegura sus costos.

**RAZÓN DE MARGEN DE CONTRIBUCIÓN:** Margen de contribución por unidad como un porcentaje del precio de venta.

**RECESIÓN:** En macroeconomía es la disminución de la actividad económica de un país o región medida a través de una bajada de la tasa anual del Producto Interno Bruto Real, durante un periodo suficientemente largo.

**RECTA PRESUPUESTARIA:** Todas las combinaciones de bienes que pueden comprarse con la renta de una persona.

**RECURSOS HUMANOS:** Conjunto de personas de una entidad económica, productiva o social.

**REDIMENSIONAMIENTO:** Reorganización de los flujos de producción y servicios, precisando la actividad allí donde económicamente se justifique; adecuación de las capacidades de la entidad productiva o de servicios en concordancia con los recursos disponibles y previsibles, incluido el estudio de eficiencia adecuado.

**REGULACIÓN:** Consiste en determinar reglas de comportamiento. Es la normatividad que enmarca el desempeño del sistema financiero: leyes, decretos, estatuto orgánico del sistema financiero, etc.



**RENDIMIENTO INDUSTRIAL:** Volumen de producción final obtenido por la cantidad de materia prima utilizada. Ejemplo, cantidad de azúcar por cantidad de caña molida, o cantidad de Níquel por tonelada de mineral en general procesada.

**RENTA:** Flujo de salario, intereses u otros ingresos que recibe un individuo, colectivo, región o nación. Ejemplo: renta disponible, renta económica, renta de los propietarios, renta del suelo, renta nacional, etc.

**RENTA NACIONAL (TAMBIÉN DENOMINADO INGRESO NACIONAL):** Es una magnitud económica, que está compuesta por todos los ingresos que reciben todos los factores productivos nacionales durante un cierto año, descontando todos los bienes y servicios intermedios que se han utilizado para producirlos. Es una herramienta valiosa para analizar los resultados del proceso económico, que concretamente mide la cantidad de bienes y servicios de los que se han dispuesto en el país durante cierto año.

**RENTABILIDAD:** Es la medida de la utilidad proporcionada por un título en relación con el capital invertido en su adquisición.

**RENTABILIDAD DE LA PRODUCCIÓN:** Indicador real que caracteriza la relación de la ganancia con uno u otro factor de la producción. Es un indicador generalizado que permite valorar económica y argumentadamente la calidad del trabajo de la empresa.

**RESERVAS MONETARIAS INTERNACIONALES:** Estas reservas corresponden a la tenencia de activos financieros de alcance internacional en poder del Banco Central. Las reservas están constituidas básicamente por Oro monetario, Divisas: billetes de países con monedas fuertes y convertibles a nivel internacional, como el dólar, el yen, etc., Depósitos de bancos del país en bancos de primera clase del extranjero, Derechos especiales de giro, Posición neta del país en el Fondo Monetario Internacional, Valores de gobiernos extranjeros e instituciones financieras multinacionales de alta liquidez y solvencia.

**RESULTADO PRESUPUESTARIO:** Es el déficit o superávit fiscal considerando el gasto en intereses y la amortización de la deuda. Este resultado determina la necesidad de financiamiento.

**RESULTADO PRIMARIO:** Es el déficit o superávit fiscal sin considerar el gasto en intereses ni pago de amortizaciones de la deuda.

**RIESGO:** Es el estado de exposición a un daño o peligro, como por ejemplo el estado de iliquidez que tiene un banco y que compromete a sus ahorradores a la pérdida de sus depósitos.

**SALARIO BRUTO:** El valor total ganado por un empleado antes de las deducciones y cualquier otro valor retenido o deducción voluntaria.

**SALARIO EN SOCIALISMO:** Expresión monetaria de la parte fundamental del producto necesario que se crea en las empresas y se destina al consumo individual de los trabajadores, con arreglo a la cantidad y calidad del trabajo que estos invierten en la producción social.

**SALARIO NOMINAL:** Salario que recibe el trabajador en dinero

**SALARIO REAL:** Conjunto de medios de subsistencia y servicios que puede obtener el trabajador con su salario nominal, más el consumo de servicio gratuito que recibe por parte del Estado.

**SALDO CRÉDITO O ACREEDOR:** El saldo de una cuenta en la cual el valor total de los créditos excede al valor total de los débitos.

**SALDO DÉBITO O DEUDOR:** El saldo de una cuenta en la cual el valor total de los débitos excede el valor total de los créditos.

**SERVICIO DE LA DEUDA:** Pago de la cuantía que se debe pagar según plazo fijado por el crédito, más los intereses del periodo.

**SISTEMA DE INVENTARIO PERIÓDICO:** Es un sistema en el cual es necesario un conteo físico de los artículos disponibles,

con el fin de calcular el inventario final de los materiales y el costo de los materiales usados.

**SISTEMA DE INVENTARIO PERPETUO:** Es un registro continuo de adiciones y deducciones del inventario. Tanto el costo de los materiales usados, como el inventario final de materiales, se determinan directamente.

**SISTEMA FINANCIERO:** Conjunto de demandantes y oferentes de recursos financieros y el conjunto de instituciones que se encuentran entre éstos, las cuales garantizan a esos oferentes una rentabilidad y a los demandantes la financiación que requieren.

**SUBPRODUCTOS:** Producto de valor de venta limitado, manufacturado simultáneamente con un producto de mayor valor, conocido como producto principal.

**SUPERÁVIT:** Anglicismo utilizado en español para definir que la economía de una empresa o de un país tiene más ingresos que egresos.

**TARJETA CRÉDITO:** Tarjeta de plástico que identifica al beneficiario de una línea de crédito y que puede hacer compras hasta cierto límite.

**TARJETA DÉBITO:** Tarjeta de plástico que le permite a un cliente retirar fondos, solicitar saldos, efectuar pagos, etc., por medios electrónicos, ya sea de sus propios depósitos o de de una línea de crédito establecida de antemano.

**TASA DE ACUMULACIÓN:** Relación porcentual entre el fondo de acumulación y el total de la renta nacional.

**TASA DE AMORTIZACIÓN:** Relación porcentual entre la suma anual de descuento de amortización y el valor medio anual de los fondos fijos de producción.

**TASA DE DESCUENTO:** tasa utilizada para comparar el valor de un dólar recibido en el futuro con un dólar recibido hoy.

**TASA INTERNA DE RETORNO O TASA INTERNA DE RENDIMIENTO (TIR):** Está definida como el promedio geométrico de los rendimientos futuros esperados de dicha inversión, y

que implica por cierto el supuesto de una oportunidad para «reinvertir». En términos simples en tanto, diversos autores la conceptualizan como la tasa de interés (o la tasa de descuento) con la cual el valor actual neto o valor presente neto (VAN o VPN) es igual a cero. El VAN o VPN es calculado a partir del flujo de caja anual, trasladando todas las cantidades futuras al presente. Es un indicador de la rentabilidad de un proyecto: a mayor TIR, mayor rentabilidad.

**TASA NATURAL DE DESEMPLEO:** Es la tasa en relación con la capacidad productiva y de servicios potencial instalada en una nación. Puede ser mayor, menor e igual que la tasa real. Cuando es mayor genera inflación, cuando es menor se produce una subutilización de la capacidad instalada con la correspondiente caída del Producto Interno Bruto y cuando son iguales, se habla de pleno empleo.

**TASA REAL DE DESEMPLEO:** Es la tasa que se obtiene al dividir el total de desempleados entre la población económicamente activa expresada en por ciento en una nación para un momento dado.

**TÉRMINOS DE INTERCAMBIO:** También denominado Relación real de intercambio (en inglés *terms of trade*, TOT), es un término utilizado en economía y comercio internacional, para medir la evolución relativa de los precios de las exportaciones y de las importaciones de un país, y puede expresar asimismo la evolución del precio de los productos exportados de los países, calculado según el valor de los productos que importa, a lo largo de un periodo, para saber si existen aumentos o disminuciones. Se habla de «deterioro de los términos de intercambio» cuando el precio de los productos exportados tiende a disminuir, comparado con el de los productos importados.

**TIEMPO DE TRABAJO SOCIALMENTE NECESARIO:** Es aquel que reconoce la sociedad, en las condiciones medias de intensidad del trabajo y el nivel de la ciencia y la técnica

imperante. Es la base para determinar la magnitud del valor de un producto.

**TRABAJO:** Actividad consciente del hombre encaminado a un fin.

**TRABAJO PRETÉRITO O TRABAJO MUERTO:** Se denomina así al trabajo contenido en los medios de producción, materias primas y materiales que en el proceso de producción se transfieren al producto creado, no incrementa el valor ni crea valor agregado.

**TRABAJO VIVO O PRESENTE:** Se denomina así al trabajo que transforma las materias primas y materiales en productos terminados, crea nuevos valores o valor agregado.

**TRANSACCIÓN:** Operación administrativa, económica y comercial que implica un proceso de decisión.

**USUFRUCTO GRATUITO:** Derecho de usar un bien ajeno y aprovecharse de sus frutos y utilidades – sin deteriorarlas – eximido de pago, interés o renta alguna. Ejemplo: Las UBPC han recibido la tierra en usufructo gratuito por tiempo indefinido.

**UTILIDAD:** Nivel de satisfacción que obtiene una persona consumiendo un bien o realizando una actividad. En evaluación económica en salud significa el valor numérico de la preferencia de una persona a un estado de salud respecto a otro.

**UTILIDAD MARGINAL:** Medida de la satisfacción adicional consumiendo una unidad adicional de un bien.

**VALOR:** Trabajo materializado en un producto dado, es una categoría de la producción mercantil, fuera de la cual no tiene sentido.

**VALOR ACTUAL NETO:** Valor actual descontado de los flujos monetarios futuros esperados de una inversión, menos el costo de la inversión.

**VALOR AGREGADO O VALOR AÑADIDO:** En términos económicos, el valor agregado es el valor adicional que adquieren los bienes y servicios al ser transformados durante

el proceso productivo. En otras palabras, el valor económico que un determinado proceso productivo adiciona al ya plasmado en las materias primas utilizadas en la producción.

**VALOR DE CAMBIO:** Propiedad de un producto (mercancía) de poderse intercambiar en determinadas proporciones por otra mercancía, es la forma en que se exterioriza el valor, se expresa en el momento del cambio.

**VALOR DE USO SOCIAL:** Cualidad que poseen los objetos de satisfacer necesidades humanas materiales o espirituales, se expresa en el momento de su consumo.

**VARIACIÓN:** La diferencia que surge cuando los resultados reales no son iguales a los resultados estándar, debido a factores internos o externos.

**VARIACIÓN DESFAVORABLE:** Resulta cuando los costos reales exceden a los costos estándar.

**VARIACIÓN EFICIENCIA DE LA MANO DE OBRA DIRECTA:** Diferencia entre las horas de mano de obra directa realmente trabajadas y las horas de mano de obra directa estándar permitidas, multiplicadas por la tasa salarial estándar por hora de mano de obra directa.

**VARIACIÓN EFICIENCIA DE LOS COSTOS INDIRECTOS DE FABRICACIÓN:** Diferencia entre las horas de mano de obra directa realmente trabajadas y las horas de mano de obra directas estándar permitidas, multiplicada por la tasa de aplicación estándar de los costos indirectos de fabricación variables.

**VARIACIÓN EFICIENCIA DE MATERIALES DIRECTOS:** Diferencia entre la cantidad de materiales directos realmente utilizada y la cantidad de material directo estándar permitida, multiplicada por el precio estándar por unidad.

**VARIACIÓN FAVORABLE:** Resulta cuando los costos reales son menores que los costos estándar.

**VIDA ÚTIL ECONÓMICA:** Es el periodo durante el cual se espera que opere la inversión bajo determinado régimen

de explotación y de mantenimiento, tomando en consideración las perspectivas de desarrollo tecnológico de la rama en cuestión. Este periodo deberá ser generalmente inferior a la vida técnica y supone que en él se alcance la eficiencia económica.

Disminuyen los activos en el concepto de Efectivo en Banco al pagarse la deuda contraída y se elimina la deuda pendiente del Pasivo en las cuentas por pagar.





## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ PÉREZ, ADOLFO GERARDO, ANAÍ GARCÍA FARIÑAS Y MARIANO BONET GORBEA: “Pautas conceptuales y metodológicas para explicar los determinantes de los niveles de salud. Caso Cuba”, INHEM, La Habana, 2005.
- BOSCH VALDÉS, F.: La medicina tradicional y natural en Cuba. [Documento en línea] Disponible en: [http://www.ecured.cu/index.php/medicina\\_tradicional\\_y\\_natural\\_en\\_Cuba](http://www.ecured.cu/index.php/medicina_tradicional_y_natural_en_Cuba).
- BROCHE CANDÓ, J. M., R. CORTES SALAZAR, L. Y. GARCÍA HERNÁNDEZ: *La medicina tradicional y natural: un desafío para las ciencias y la sociedad moderna*, Código ISPN de la Publicación: EKKEUAZZKVVKFUDAQH La Habana, mayo, 2008.
- CAMARÓS FABIÁN, JOSÉ MA.: “Introducción a las actividades presupuestadas”, MINSAP.
- Consejo de Estado: Decreto -Ley No. 192: “De la Administración Financiera del Estado”, *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, abril, 1999.
- Colectivo de autores: *Sistema de costos para hospitales. Dirección de control Económico*, MINSAP, Habana, 1978.
- : *Manual de costos hospitalarios*, Dirección de Contabilidad, Habana, 1985.
- COLLAZO HERRERA, M., FLORES DÍAZ: “Farmacoeconomía. Evaluación de la eficiencia en los tratamientos farmacológicos”, *Rev. Cubana Farm*, 34(1):63-9; 2000.
- COSME CASULO, J., J. CÁRDENAS RODRÍGUEZ: *La Economía de la Salud. Un camino en la búsqueda de la eficiencia*, Prensa Latina, capítulo 1, Cuba, 2003.

- COSME CASULO, J., N. V. ESCOBAR YÉNDEZ, G. FONSECA RODRÍGUEZ, C. R. VALENZUELA RODRÍGUEZ, J. M. CÁRDENAS RODRÍGUEZ, *et al.*: *Economía de la salud. Texto básico*, Editorial Oriente, Santiago de Cuba, 2010.
- CUESTA SANTOS, ARMANDO: *Tecnología de la gestión de recursos humanos*, 3era. edición corregida, MINSAP, 2008.
- DRUMMOND, M., B. J. O'BRIEN, G. L. STODDART, G. W. TORRANCE: *Métodos para la evaluación económica de los programas de asistencia sanitaria*, 3ra. ed., Díaz de Santos, Madrid, 2006.
- DRUMMOND, M.: *Métodos para la evaluación económica*, Díaz de Santos, Madrid, 1991.
- El tratamiento del dolor en Medicina Tradicional China. [Documento en línea] disponible en: <<http://www.mtc.es/>>. Marzo 2011. [Consultado en agosto 2011].
- Evaluación económica de los fármacos. Acceso [16 de abril 2007] disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Farmacoeconomía>, [Consultado el 20 de Diciembre de 2009]. Disponible en: <http://imbiomed.com>.
- : acceso [Diciembre de 2009] tomado de <http://www.monografias.com>; ¡Error! Referencia de hipervínculo no válida.
- FERRERA GUTIÉRREZ, R.: Como obtener los costos. Un reto para el CCSM < <http://www.monografias.com>.>-[Consultado Junio 2008].
- FRANCO P., JESÚS: Antecedentes de la Economía de la Salud [Consultado el 8 de Enero de 2010]. URL disponible en: <http://www.scielosp.org>.
- GAETE QUEZADA, RICARDO ANDRÉS: “Discursos de gestión de recursos humanos presentes en las Iniciativas y Normas de responsabilidad social”, *Gaceta Laboral*, v.16, n.1, Maracaibo, abr., 2010.
- : “La evaluación económica en salud en Cuba. Instrumento para la toma de decisiones”, Tesis Doctoral, ENSAP, La Habana, 2004.

- : “La Farmacoeconomía en la eficiencia de la salud pública”, *Rev Cubana Salud Pública*, v.25 n.1 ene.-jun., Ciudad de La Habana, 1999.
- GONZÁLEZ DE DIOSA, J., C. OCHOA SANGRADOR: “Fármacos biotecnológicos, farmacoeconomía y asistencia sanitaria basada en pruebas”, *An Pediatr (Barc)* 60(3):207-11; 2004.
- HILL, CHARLES, GARETH JONES: *Administración Estratégica. Un enfoque integrado*, Mc Graw Hill.
- “Historia de la Reflexología y de los masajes reflejos, desde la prehistoria hasta nuestros tiempos”. [Artículo en línea] disponible en: <<http://www.naturmedicapro.com/beta/articulos/xxxxxx011101134722SP.htm>> [Consultado en marzo 2011].
- Informe sobre Desarrollo Humano (IDH) 2011 del PNUD, advierte que los riesgos medioambientales amenazan con revertir el progreso (Pub. 16 de Diciembre / 2011 « <http://es.wikipedia.org/w/index.php?title=Anexo:Países por índice de desarrollo humano&oldid=61203223>»
- LÓPEZ MIRANDA, S. G.; ORTIZ BLANCO, S. B.: FODA. En PLAN DE ACCIÓN. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos72/plan-accion/image019.jpg&imgrefurl> [Consultado Marzo 2013].
- MARSHALL, D., P. DOUGLAS, M. F. DRUMMOND, *et al.*: “Guidelines for conducting pharmaceutical budget impact analyses for submission to public drug plans in Canada”, *Pharmacoeconomics*, 26(6):477-496, 2008.
- MARTÍNEZ, J.: “La evaluación de tecnologías sanitarias: garantía de calidad y eficiencia del SNS”, *Rev. Esp Econ Salud* 5(6):312-13, 2006.
- Medicina China Tradicional. [Artículo en línea] disponible en: <[http://www.es.wikipedia.org/wiki/medicina\\_china\\_tradicional](http://www.es.wikipedia.org/wiki/medicina_china_tradicional)> [Consultado en Marzo 2011].
- Ministerio de Finanzas y Precios: Resolución No. 222/05: “Sobre la metodología de confección del Ateproyecto

- de Presupuesto”, *Gaceta Oficial de la República de Cuba*, abril 1999.
- NIESSEN, L. W.; E. GRIJSEELS, M. KOOPMANSCHAP, F. RUTTEN: “Economic analysis for clinical practice the case of 31 national consensus guidelines in the Netherlands”, *J Evaluation Clinil Prac*, 13:68-78, 2007.
- Normas Cubanas, NC 3000, 30001 y 3002 Sistema de Gestión Integrada de Capital Humano, 2007.
- PCC: *Lineamientos de la política económica y social del partido y la Revolución aprobada en el VI Congreso del PCC*, 18 de abril del 2011.
- PCC. CTE. CENTRAL: “Plataforma Programática del PCC. Resolución Económica. Presentada en el V Congreso del PCC”, Editora Política, C. Habana, 1997.
- PÉREZ PEÑA: “Eficiencia en el uso de los medicamentos”, *Rev. Cubana Farm.*, v.37, n.1, ene.-abr., Ciudad de la Habana, 2003.
- PIMENTEL VILLALAZ, P., M.B.A.: PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA. [Documento en línea]. Disponible en: <http://biblioteca.idict.villaclara.cu/UserFiles/File/CI%20Sistema%20de%20Gestion/20.doc> [Consultado Marzo 2013].
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2011). Informe sobre Desarrollo Humano 2011. Sostenibilidad y equidad: Un mejor futuro para todos, Nueva York: Ediciones Mundi-Prensa. ISBN\_978-84-8476-509-7. [http://hdr.undp.org/en/media/HDR\\_2011\\_ES\\_Complete.pdf](http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_ES_Complete.pdf)
- Resolución No. 60 de marzo de 2011 de la Contraloría General de la República que establece las “Normas del sistema de control interno en el país”.
- RESTREPO ZEA, J. H.: *Introducción a la Economía de la Salud*, Centro de Investigaciones y consultorías, Medellín, Colombia, 2008.

- RODRÍGUEZ LUIS, J.: Sistema de control de gestión. EN PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN ORGANIZACIONES ESTRATÉGICAS. [Documento en línea]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos75/planificación-estrategica-organizaciones-estrategicas/planificación-estrategica-organizaciones-estrategicas2.shtml#ixzz2LG87anrb> [Consultado Febrero 2013]
- RODRÍGUEZ CHIRINO, M. W., M. ARRIETA GALLARDO, C. CISNEROS DOMÍNGUEZ: “Análisis de costo efectividad de la apendicetomía, mediante la técnica quirúrgica tradicional y la cirugía videoendoscópica”, en Maestría de Economía de la Salud: *Resultado de investigaciones*, Escuela Nacional Salud Pública, Ciudad de la Habana, 2006.
- SALAZAR, L., S. JACKSON, A. SHIELL, M. RICE: *Guía de Evaluación Económica en Promoción de Salud*, Washington, D.C., OPS, 2007.
- Situación de Salud en las Américas Indicadores Básicos*, OPS, 2012.
- VELÁZQUEZ ZALDÍVAR, REYNALDO: “Modelos contemporáneos de gestión de recursos humanos”. Universidad de Holguín “Oscar Lucero Moya”, Cuba.
- WALEY, T.; HAYCO, A.; BOLAND, A.: *Farmacoeconomía*, [versión en español] Elsevier, Madrid, España, 2005.
- WERNER, M., F. MARTIN, E. SCHUMANN, A. HENNING, M. Roth *et al.*: Definición de términos en Planificación Estratégica [Documento en línea]. Disponible en: [http://www.altoren.com/terminos\\_plan\\_estrat.htm](http://www.altoren.com/terminos_plan_estrat.htm). [Consultado Marzo 2013]



## RESEÑA DE LOS AUTORES

### **Dr. MSC. Carlos Rafael Valenzuela Rodríguez**

Especialista en I Grado en Epidemiología y II Grado en Organización y Administración de Salud. Profesor auxiliar de la Cátedra de Economía de la Salud de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Se desempeñó como director del Sectorial de Salud del Municipio Santiago de Cuba durante doce años. Actualmente es Jefe de la Cátedra de Economía de la Salud. Ha participado en diferentes eventos nacionales e internacionales y tutorado tesis de residentes en Venezuela.

### **MSc. Jorge Cosme Casulo**

Licenciado en Economía, Universidad de Oriente, Profesor Auxiliar adjunto de la Facultad de Economía de la Universidad de Oriente. Profesor Asistente del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Máster en Economía de la Salud. Ha impartido y recibido veintiún cursos de postgrado nacionales y nueve internacionales, en cinco países. Ha participado en nueve investigaciones y presentado siete trabajos en eventos científicos nacionales y en cinco internacionales, cuenta con seis publicaciones. Ha tutorado y/o asesorado cinco trabajos de terminación de especialidades; ha sido miembro de tribunales, para evaluar trabajos de terminación de pre y postgrado.

### **Dra. C. Nilia Victoria Escobar Yéndez**

Doctora en Medicina en 1975. Especialista de II Grado y Profesora Titular de Medicina Interna del Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba, máster

en Economía de la Salud. Ha recibido setenta y dos actividades de superación profesional y ha impartido cuarenta y tres. Tiene diecinueve publicaciones, diez de ellas en los últimos cinco años y cuatro relacionadas con Economía de la Salud. Colaboradora de dos libros de texto. Ha participado en ciento cincuenta y un eventos científicos (nacionales e internacionales). Ha tutorado o asesorado treinta y ocho trabajos de terminación de residencia o maestría.

**Dra. MSc. Ana María Gálvez González**

Licenciada en Economía. Máster en Estadística. Coordinadora de la Maestría en Economía de la Salud en la Escuela Nacional de Salud Pública. Ha recibido varios cursos nacionales e internacionales sobre Economía de la Salud, Doctora en Ciencias en esta disciplina en la Universidad de Barcelona. Tiene varias publicaciones sobre el tema y ha tomado parte en investigaciones con participación internacional, así como en eventos nacionales e internacionales con trabajos científicos.

**MSc. Justo Manuel Cárdenas Rodríguez**

Máster en Ciencias Económicas y en Relaciones Internacionales. Administrador de la Representación de OPS/OMS en Cuba. Punto Focal para Economía de la Salud. Ha participado en los cursos: Economía de la Salud - CIESS 1999 e Investigación y toma de decisiones - CIESS 2000, México. Cuentas Nacionales - Brasilia, 2001. Tiene varias publicaciones: "Conceptos, retos, estrategias de la Economía de la Salud", *La eficiencia en la Atención Primaria de Salud*, *Alcance y aplicación de la Economía de la Salud* y *Texto Básico, Economía de la Salud*, (tres ediciones).



**MSc. Gumersindo Fonseca Rodríguez**

Licenciado en Economía, Máster en Economía de la Salud. Diplomado en Diagnóstico, Prevención y Control de VIH/SIDA, Instituto Nacional de Salud de Cuernavaca, México. Profesor Asistente en la Cátedra de Economía de la Salud. Ha recibido cursos nacionales e internacionales sobre diversas temáticas y en particular de Economía de la Salud. Ha impartido varios cursos de postgrado, entre ellos dos internacionales. Se desempeñó como vicerrector Económico del Instituto Superior de Ciencias Médicas.

**MSc. Denys Luque Borjas**

Licenciado en Economía. Máster en Economía de la Salud. Ha participado en catorce cursos nacionales, entre ellos, postgrados de Contabilidad y Costo, Auditoría, Técnicas de Evaluación Económica; así como cursos internacionales: Evaluación Económica y Cuentas Nacionales en Salud. Ha presentado trabajos en eventos científicos nacionales e internacionales (Simposio de Economía de la Salud y Talleres Nacionales de Evaluación Económica). Ha publicado *Metodología de Sistema de Costos para Banco de Sangre* y en el *Boletín Científico de Economía de la Salud*.

**Dra. MSc. Elena Luque Borjas**

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Anestesiología. Máster en Economía de la Salud. Ha recibido quince cursos nacionales, entre ellos, Estadística Descriptiva, Introducción a la computación, Introducción a la Economía de la Salud y Evaluación Económica; así como en un curso internacional de Evaluación Económica. Ha presentado trabajos en eventos científicos nacionales e internacionales (Simposio de Economía de la Salud y Congreso Latinoamericano de CEC). Tiene publicado *Optimización del Presupuesto de gastos de la provincia Santiago y su impacto en la mortalidad*.

**Dra. MSc. Mirta Rodríguez Chirino**

Especialista de I Grado en Fisiología Normal y Patología. Profesora Auxiliar de dicha especialidad. Máster en Economía de la Salud. Se desempeña como Vicerrectora Docente de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Tiene varias publicaciones, y ha formado parte de investigaciones y participado en eventos con la presentación de trabajos científicos sobre esta temática.

**MSc. Marcia de la Caridad Proenza Segares**

Licenciada en Contabilidad y Finanzas en la Universidad de Oriente. Máster en Economía de la Salud. Profesora Instructora de la Facultad de Tecnología de la Salud y la Cátedra de Economía. Se desempeña como Vicerrectora Económica de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

**MSc. Liliana Leyva Rosales**

Licenciada en Contabilidad y Finanzas. Diplomada en Economía de la Salud, Máster en Economía de la Salud, Profesora Instructora de la Facultad de Tecnología de la Salud en Administración y Economía. Miembro de la Cátedra de Economía de la Salud. Actualmente se desempeña como Secretaria General de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.

**MSc. María Victoria Perrand Robert**

Profesora Asistente. Máster en Economía de la Salud, graduada en Ciencias Farmacéuticas. Ha trabajado veinte años en el Hospital Oncológico de Santiago de Cuba y dos años en el Hospital de Zimbabwe. Ha realizado diez estudios de postgrado nacionales e internacionales.

**Dra. MSc. Felipa Nerys López Veranes**

Doctora en Medicina. Especialista de I Grado en Medicina Interna y Especialista de II Grado en Medicina In-

tensiva y Emergencias. Profesora Instructora de Medicina Intensiva y Emergencias de la Universidad Médica de Santiago de Cuba. Máster en Urgencias Médicas en APS y en Economía de la Salud. Coordinadora Provincial de la maestría de Urgencias Médicas. Ha presentado trabajos en eventos científicos nacionales e internacionales. Tiene artículos publicados en Economía de la Salud. Actualmente es miembro de la cátedra de Economía de la Salud.

**Dra. Maritza Santana Formeza**

Especialista en Administración de la Salud, Profesora Asistente. Jefa del Departamento de Política de Salud, Dirección Provincial de Salud. Ha participado en varios eventos científicos.

**Dr. José Rafael Labori Ruiz**

Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Familiar I Grado. Máster en Atención Primaria de Salud. Diplomado de Dirección en salud en Educación Médica Superior. Especialista de II Grado en MGI. Diplomado en Economía de la Salud. Profesor Auxiliar. Investigador agregado. Profesor de la Cátedra de Economía de la Salud. Coordinador y miembro del claustro de profesores de la Maestría de Salud Pública. Ha recibido más de 30 cursos de superación profesional. Ha participado en las jornadas científicas a nivel provincial, territorial y varios eventos internacionales. Fue miembro del punto focal OPS/OMS/MINSAP en el territorio oriental.

Miembro de Tribunal estatal nacional de 6to. año de la carrera de Medicina y de la Especialidad de MGI. Taller internacional ¿Cuál es el Médico necesario para la puerta de entrada al sistema público de salud? Universidad de Valencia, Venezuela. Taller sobre colaboración inter países, Cuba-República Dominicana (OPS/MINSAP). Impartió curso internacional en Venezuela en Atención Primaria de Salud, Convenio VEN/002/98.

Participó en el 1er. Encuentro Internacional “América sin Barreras” en el Ecuador. II taller nacional Virtual de ISSS, La Habana; Asesoramiento de investigaciones en las tres sedes médicas cubanas en el Ecuador. Presidente de tribunal del primer encuentro internacional “América sin Barreras en la República del Ecuador 2010. Miembro institucional. Comisión expertos. Premio anual de la Salud 2008-2010. Participó en el II y III Evento Ecosalud de la UCM SC. Más de quince publicaciones en revistas nacionales e internacionales.

**MSc. Isabel Montoya Sánchez**

Licenciada en Economía. Directora de Recursos Humanos de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Profesora asistente en las diferentes facultades y en postgrado. Es Máster en Economía de la Salud, su trabajo obtuvo el premio anual de la salud. Ha participado en eventos nacionales e internacionales, y en varios tribunales para la evaluación de trabajos científicos.