

Metodología para la Medición del Gasto Total en Salud Reproductiva, Materna, del Recién Nacido y del Niño en la Región de las Américas

Resumen Ejecutivo

Daniel Maceira, Ricardo Bernztein y Alfredo Palacios

Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Abril 2013

El derecho fundamental de toda mujer y niño de alcanzar el máximo grado posible de salud, en un marco de equidad en salud e igualdad de género, ha sido reconocido y reafirmado a nivel internacional en numerosas oportunidades. Sin embargo, de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) fijados en el año 2000, los dos relacionados con la mejora de la salud de las mujeres y niños (ODM 4 y 5) son los que se encuentran más alejados de cumplirse antes de 2015 (WHO, 2011).

Adicionalmente, el monitoreo del gasto en salud en general, y de salud materno-infantil en particular, no es realizado de manera íntegra y sistemática. En el caso de los países pertenecientes a la región de Latinoamérica y el Caribe, puede decirse que una proporción importante de los mismos ha evidenciado capacidades leves a moderadas a la hora de elaborar un sistema de cuentas nacionales en salud (CNS, 2011). Este marco pone de manifiesto la necesidad de desarrollar un conjunto de acciones tendientes a avanzar en los mecanismos de identificación, reconocimiento, revisión y difusión del gasto en salud materno-infantil, y analizar los posibles impactos de este último sobre las condiciones de salud de madres y niños.

En virtud de estos hechos, en el año 2010 el Secretario General de las Naciones Unidas lanza la Estrategia Mundial de la Salud de las Mujeres y Niños, cuyo propósito principal es mejorar el grado de avance hacia el cumplimiento de los ODM 4 y 5. Con la intención de reforzar esta iniciativa, la Comisión de Información y Rendición de Cuentas sobre la Salud de las Mujeres y los Niños (La Comisión), ha establecido un conjunto de diez recomendaciones a nivel de países que abarcan aspectos como eventos vitales, indicadores de salud, aplicación de tecnología de información, indicadores de gestión, entre otros.

Específicamente, La Comisión ha identificado como actividades relevantes y oportunas el dar seguimiento a los recursos financieros que se aplican a la Salud Reproductiva y Materno Infantil (SRMI), y analizar la efectividad con la que dichos recursos se utilizan, lo que queda reflejado sus recomendaciones. Las mismas establecen que los países deben promover un conjunto de acciones tendientes a incrementar sus capacidades en términos de la revisión del gasto en SRMI, teniendo en cuenta sus fuentes de financiamiento, aspectos de eficiencia a la luz de los objetivos sanitarios definidos y equidad en el acceso a los servicios de salud, a fines de propiciar una mejora en la salud de mujeres y niños.

No obstante, a la hora de intentar poner en práctica estas recomendaciones, queda en evidencia la existencia de fuertes limitaciones por parte de los países a la hora de generar esta información, limitaciones que subyacen al sistema de rendición de cuentas en SRMI. En esta dirección, la Consulta Técnica “Medición y Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud Reproductiva Materna Infantil (SRMI), una herramienta para aumentar la efectividad en los

recursos y equidad” tuvo lugar en 2012 en Santiago de Chile, y su objetivo central fue el de “Acordar lineamientos –que integren los enfoques de Estadísticas de Finanzas Públicas (EFP), el Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) y el Sistema de Cuentas de Salud (SCS)- para la medición y análisis del gasto en SRMI, con criterios de equidad y efectividad” (OPS-CEPAL, 2012a).

Teniendo en cuenta la realidad de los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe, La Consulta debatió dos aspectos básicos y fundamentales en toda medición de gasto en SRMI. Estos son: la delimitación del objeto de medición y el análisis de los instrumentos disponibles para llevar a cabo la medición de dicho gasto.

El documento técnico que surge de La Consulta presenta y analiza diferentes aproximaciones a la definición del objeto de estudio. Entre ellas se encuentran el “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave”, elaborado por CLAP/OPS, el “Marco conceptual para el análisis de la respuesta del sistema de salud a las necesidades materno-neonatales”, elaborado por OPS, y las “Cuentas de Salud Específicas para la Salud Reproductiva y del Niño” de OMS.

Por otra parte, se realiza una tarea similar en términos de los diferentes instrumentos metodológicos disponibles para llevar a cabo la medición del gasto en SRMI. En este sentido, se analiza el enfoque del modelo de “Gestión y gasto social” de CEPAL, el “Sistema de Estadísticas de las Finanzas Públicas (EFP)”, también de CEPAL, la “Cuenta Satélite de Salud” y las “Cuentas Específicas en Salud”, presentadas por OMS.

Si bien se obtuvieron avances muy importantes en términos del análisis y discusión de ambos temas, resulta evidente la necesidad de apoyar su continuidad en la región. Esto queda de manifiesto en la falta de un acuerdo definitivo sobre la definición y alcance de la SRMI. Al mismo tiempo, ninguna de las metodologías de medición del gasto en SRMI presentadas en La Consulta parece brindar por sí sola respuesta a todos los requerimientos establecidos en las Recomendaciones de La Comisión, lo que se traduce en la falta de una solución integral y comprehensiva para esta problemática.

En esta dirección, el presente trabajo tiene como objetivo principal realizar un aporte a la temática de definición, alcance y medición de gasto en SRMI y, en este sentido, pretende contribuir al debate regional actual sobre el tema. En particular, y habida cuenta de las limitaciones de información que existen en los países de la región, el método de medición debe hacer un uso estratégico de las fuentes de datos estandarizadas disponibles en la mayoría de ellos.

Marco Conceptual para la Identificación del Objeto de Medición de Gasto en Salud Reproductiva, Materna e Infantil (SRMI)

La Declaración del Milenio propuesta por las Naciones Unidas en el 2000 constituye la promesa colectiva más importante en la historia reciente de la cooperación internacional para el desarrollo humano, basada en principios de solidaridad y de justicia. Los Gobiernos manifestaron con esta iniciativa la convicción de que los “Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)” debieran proporcionar un marco apropiado para reforzar y priorizar los esfuerzos de su gestión política y, en concordancia, se establecieron metas puntuales para cada indicador constitutivo de los Objetivos.

El avance en el cumplimiento de los compromisos asumidos muestra desafíos asociados con la inequidad social y territorial en la distribución del ingreso, particularmente en la región latinoamericana. También se observan dificultades en la implementación y ejecución de

políticas específicas y efectivas en salud que permitan lograr un avance sostenido hacia el cumplimiento de los ODM 4 y 5, referidos a la reducción de la mortalidad infantil y materna.

El ODM 4 compromete a la comunidad internacional a reducir la mortalidad de los niños menores de cinco años y la mortalidad infantil (MI).

El ODM 5 compromete a la comunidad internacional a mejorar la salud materna. La Meta 5.A es reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015. La Meta 5.B es lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.

La Consulta Técnica conjunta OPS-CEPAL de 2012 tuvo como propósito general contribuir al análisis y debate acerca de las posibilidades de mejora en la medición del gasto en SRMI como imperativo para los países en su esfuerzo tendiente a alcanzar las metas de los ODM 4 y 5. Para esto, se consideró necesario el fortalecimiento de las capacidades de recopilación, análisis, monitoreo y evaluación de la información pertinente, para lo cual resulta relevante contar con metodologías que permitan la medición del gasto en SRMI.

Lógicamente, La Consulta establece la premisa de que la medición del gasto por sí sola no es suficiente para aumentar su efectividad en relación a los objetivos sanitarios definidos, sino que necesita ser acompañada en forma simultánea por el análisis de indicadores que permitan conocer cómo, dónde y para quiénes se están utilizando esos recursos, cuál es su efectividad y, consecuentemente, si estos recursos dan cuenta del cumplimiento de las políticas y prioridades que cada país ha definido para su población.

Una recomendación principal de OPS-CEPAL (2012) es la delimitación del objeto de medición, lo cual implica la definición y especificación de los bienes y servicios sanitarios que están comprendidos dentro del conjunto de la Salud Reproductiva, Materna, e Infantil (SRMI). Dicha delimitación es compleja, en cuanto no necesariamente constituye un espacio compacto, cerrado y acotado. Los productos específicos del área de la SRMI presentan una gran amplitud y variabilidad en las definiciones, de acuerdo a los libros clásicos relacionados a estas temáticas (ginecología y obstetricia, neonatología y pediatría).

Los ODM 4 y 5 proporcionan un enfoque adecuado para priorizar esfuerzos y establecen metas puntuales para cada indicador. La Consulta Técnica OPS-CEPAL (2012) consideró necesario el fortalecimiento de las capacidades de recopilación, análisis, monitoreo y evaluación de la información pertinente, para lo cual resulta relevante contar con metodologías que permitan la medición del gasto en SRMI. Sin embargo, y en función del conjunto de la SRMI, los ODM brindan una “visión telescopada”.

En concordancia con lo sostenido por La Consulta, no parece existir aún un consenso definitivo sobre la definición y alcance del objeto de medición de SRMI. Las diferentes aproximaciones o bien no focalizan claramente el objeto de medición, o lo desagregan excesivamente.

En este sentido, y desde una perspectiva de practicidad en la implementación, se propone un abordaje en dos pasos en la definición del objeto de análisis, replicando una secuencia concéntrica:

- Como primer paso, tomar como núcleo de análisis y cálculo al ámbito de los ODM 4 y 5, que representan metas específicas en SRMI a las que se han comprometido los países.
- En segundo lugar, avanzando desde el núcleo de ODM, incluir programas y actividades asociadas con SRMI no vinculadas directamente con los ODM. Para ello se identifican por grupo poblacional los programas y actividades habitualmente desarrollados por la autoridad pública, desarrollando en cada caso el vector de actividades relevantes que constituyen su plan de operación.

Desde allí, y mediante la medición y cálculo de la estructura de gastos que ellos originan, será posible avanzar en un mayor nivel de desagregación. Para ello, la metodología a implementar deberá ser consistente, acumulativa en el tiempo y flexible, a fin de ajustar un marco general a las particularidades de cada país y espacio sub-nacional en el tiempo.

-Un eventual tercer paso, aplicado en cada país en particular, podría incorporar actividades y programas idiosincráticos.

Para lograr el cumplimiento de las metas, desde el punto de vista de los “cómo”, es necesario contar con servicios de salud accesibles, organizados sobre una base regional, así como con recursos físicos, equipamientos e insumos suficientes, dotados de recursos humanos calificados y en número adecuado para asistir a las mujeres durante su ciclo reproductivo y a los recién nacidos (CAP/SMR 2011). Se requiere así (Yu et al 2004), de servicios de calidad y accesibles (maternidades, neonatologías y pediatría), así como de redes perinatales (sistemas de transporte materno y neonatal, comunicación, etc.).

En esta dirección, se propone una Matriz de Marco Lógico cuyo propósito general es explicitar los objetivos finales e intermedios de SRMI, y los procesos necesarios para el logro de tales objetivos, poniendo de relieve la posible interrelación que podría existir entre dichos elementos.

En cualquier caso, la mejora en la medición del gasto en SRMI, y la identificación de su nivel de efectividad asociado, requiere establecer un vínculo entre los objetivos sanitarios y el gasto sanitario, tema a desarrollar en la próxima sección.

La Matriz de Marco Lógico propuesta, presentada en la Tabla 1 del documento para el caso de la Reducción de la Mortalidad de Menores de 5 años (MM5) y de la Mortalidad Infantil (MI), la Mortalidad Materna y mejoras en el acceso a Salud Sexual y Reproductiva, admite dos tipos de lectura.

La primera de ellas (lectura de izquierda a derecha), establece que para lograr el objetivo general planteado, resulta necesario alcanzar inicialmente un conjunto de objetivos intermedios, entre los que se encuentran reducir la TM específica por peso al nacer y aumentar el porcentaje de supervivencia según peso al nacer por lugar de ocurrencia (para el caso de la Reducción de la Mortalidad Neonatal) y reducir la TMPN y MM5 por causa respiratoria, por sarampión y domiciliaria (para el caso de Reducción de la Mortalidad Postneonatal y de Menores de 5 años).

Estos objetivos intermedios dependen de un conjunto de procesos o indicadores operativos, entre los que se encuentran los recursos físicos, humanos e insumos con los que cuenta el primer nivel de atención, y los servicios de neonatología y pediatría; y protocolos, comunicación efectiva, sistema de referencia y contrarreferencia, entre otros, para las redes de atención perinatal. Sobre estos indicadores operativos deberían aplicarse las distintas clases de gasto, cuya sumatoria representa el presupuesto asignado a este aspecto específico de SRMI, en este caso, presupuesto asignado a la atención primaria, a servicios de neonatología, pediatría, y redes.

La segunda lectura (de derecha a izquierda), establece que el presupuesto asignado a este aspecto de SRMI, expresado en distintas clases de gasto (atención primaria, neonatología, pediatría y redes), permite la “compra” de determinados procesos o indicadores operativos (por un lado recursos físicos, humanos e insumos para el primer nivel de atención, y neonatología y pediatría; y protocolos, comunicación efectiva, sistema de referencia y contrarreferencia para las redes de atención perinatal, por otro). Estos procesos permiten la consecución de un conjunto de objetivos intermedios (reducir la TM específica por peso al nacer y aumentar el % de supervivencia según peso al nacer por lugar de ocurrencia, y reducir la TMPN y MM5 por causa respiratoria, por sarampión y domiciliaria), los que sirven a un objetivo general de SRMI,

en este caso, la reducción de la Mortalidad de Menores de 5 años (MM5) y de la Mortalidad Infantil (MI).

De igual modo que en la selección de indicadores de producto asociados con la TMI, los indicadores de TMM revelan su vínculo con un grupo de intervenciones y procesos a ser identificados, cuyo peso relativo dependerá de las características del país o la jurisdicción de aplicación.

La propuesta, en esta primera instancia, facilita el abordaje del enfoque de costos en SRMI, aunque amerita ser enriquecida. Las dimensiones de información necesarias para el abordaje amplio del gasto en SRMI requieren de la identificación de los productos e indicadores intermedios que involucran a los ODM, como también de otras intervenciones vinculadas con SRMI que no necesariamente se encuentran asociadas a ellos. Por ello, la propuesta incorpora asimismo un segundo nivel de desagregación. En la medida que los ODM 4 y 5 son incluidos pero no agotan las intervenciones de SRMI, se recomienda avanzar en la incorporación de objetivos adicionales, los cuales se vinculan con indicadores propios.

Estos objetivos adicionales se encuentran en la práctica incluidos en el menú de programas implementados por los Ministerios de Salud de la región, cada uno de ellos dotado de una asignación presupuestaria concreta. De este modo, el proceso de incorporación de indicadores sanitarios explícitos responde a un criterio definido, a la vez que agrega simplicidad al proceso de costeo.

Por tanto, se sugiere un abordaje que reconozca los grupos poblacionales-objetivo vinculados con SRMI, y dentro de cada uno de ellos, establecer los Planes o Programas vinculados, desagregándolos por actividades y acciones principales. Ello facilitará la definición de actividades así como también los parámetros a partir de los cuales se costean.

Para la identificación de los grupos poblacionales objetivo, el material de OPS basado en el enfoque del curso de vida (Pre-concepción, Embarazo, Parto y Postparto, Recién nacido, Infancia, Adolescencia) constituye un insumo relevante. Ellos son:

- Mujer en edad fértil (10 – 49 años de edad), y dentro de este grupo, considerar los abordajes de pre-concepción, embarazo, parto y post-parto.
- Recién nacido: 0 – 28 días de edad.
- Infante: 29 días a 2 años de edad.
- Niño: 2 - 10 años de edad.
- Adolescente: 10 – 19 años de edad.

En cada uno de estos grupos, se propone identificar un set de intervenciones correspondientes a dichas poblaciones, y no limitarse a aquellas directamente vinculadas a los ODM. Incorporaciones adicionales más allá de esta clasificación son posibles de ser agregadas, siguiendo esta lógica de análisis.

Se sugiere considerar un Enfoque en Políticas Nacionales, que se alimente de un modelo teórico de Plan Operativo Anual (POA) de un Ministerio de Salud representativo de América Latina. A través de sus Programas, dirigidos a los grupos poblacionales objetivo, se instrumentan indicadores y actividades que facilitarán el costeo y la distribución de los recursos erogados entre intervenciones. Si bien los Programas pueden ser homogéneos entre países, el peso relativo de cada uno de ellos varía necesariamente en función de los diagnósticos locales.

De este modo, y más allá de los ODM, es posible medir y costear intervenciones y programas, siendo el gasto total resultante la suma ponderada de cada una de ellas. Tal ponderación reconocerá las capacidades de gasto y los desembolsos por grupo de acciones. Asimismo, el

método propuesto facilita la medición de brechas entre el gasto real y el esperado en función del perfil sanitario del país.

La Tabla 2, presentada en el documento, propone un esquema de abordaje como el sugerido. Cada uno de los grupos etéreos cuenta con objetivos generales a ser abordados, los que a su vez se desagregan en objetivos específicos (segunda y tercera columna). Cada objetivo específico, por su parte, se vincula con un grupo de indicadores observables y medibles (cuarta columna), los cuales se alcanzan mediante acciones o actividades de política. La última columna de la Tabla presenta una selección de ellas.

Este encadenamiento simplifica la identificación de intervenciones, por una parte, y vincula tales intervenciones con programas y actividades específicas. Éstos, en conjunto, facilitan la tarea de costeo, su distribución por tipo de tareas y proyección. En las secciones subsiguientes, se aborda cómo este planteo metodológico se conjuga con una estrategia de cálculo y estimación de costos en SRMI en un marco de información incompleta.

Costeo de Intervenciones Sanitarias bajo Limitaciones de Información

Los mecanismos de asignación de recursos en un sistema de salud encuentran tradicionalmente dos tipos de desafíos. El primero de ellos, es que la presencia de necesidades ilimitadas genera tensión al momento de asignar recursos limitados.

En la región de América Latina y el Caribe, particularmente, el aumento de las enfermedades no transmisibles en la carga de años de vida perdidos convive con el mantenimiento de un grupo de población con necesidades sanitarias asociadas con enfermedades infecciosas, normalmente vinculadas a la pobreza (OPS, 2011). Producto de la desigualdad en la distribución del ingreso, la presencia de un fenómeno de acumulación epidemiológica impone a las autoridades sanitarias una demanda creciente por desarrollar mecanismos estandarizados y sólidos de definición de prioridades en salud (Maceira, 2012).

En segundo lugar, el limitado desarrollo de mecanismos de seguimiento y evaluación de programas enfrenta a los tomadores de decisiones con restricciones al momento de identificar la efectividad de las políticas implementadas, e impide asociar la inversión sanitaria con los resultados alcanzados.

Aún en intervenciones tradicionalmente prioritarias, y donde existe un consenso sobre la necesidad de diseñar e implementar planes comprehensivos de cobertura y garantía de acceso, las fallas de información agregan incertidumbre a la tarea de gestionar y hacer efectivo el derecho a la salud.

Dentro de ese grupo, las iniciativas asociadas con la salud reproductiva y materno-infantil claramente alinean las opiniones de expertos, policymakers y el ciudadano promedio: tanto desde una mirada estática como inter-temporal, invertir en este grupo social y en este tipo de intervenciones es indiscutido.

Como fuera planteado en secciones anteriores de este documento, como también en el material de referencia que forma parte de las actividades de La Consulta que da lugar a este debate, la definición de las intervenciones concretas que componen el grupo de actividades de salud reproductiva y materno-infantil cuenta con fronteras poco precisas. Sin embargo, esta falta de precisión se enfrenta con un inconveniente aún mayor: la escasa información consistente y desagregada sobre los costos de operación de los programas y actividades que se dirigen a satisfacer las necesidades reales y reveladas de SRMI.

La revisión de literatura muestra con frecuencia ambos ejes de análisis, sin alcanzar necesariamente una recomendación concreta al momento de diseñar un plan de seguimiento y costeo.

A lo largo de las secciones anteriores se procuró avanzar en la justificación de porqué el uso de los indicadores de SRMI basados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5, como primera aproximación, constituyen una perspectiva metodológicamente aceptable para avanzar en criterios de delimitación del objeto de medición que resulten consistentes a nivel regional. Su identificación como parámetros mundialmente extendidos y sistemáticamente medidos facilita su uso, y permite considerarlos como una base para el plan de costeo SRMI.

La propuesta incorpora asimismo un segundo nivel de desagregación. En la medida que los ODM 4 y 5 son incluidos pero no agotan las intervenciones de SRMI, se recomienda avanzar en la incorporación de objetivos adicionales, los cuales se vinculan con indicadores propios.

Estos objetivos adicionales se encuentran en la práctica incluidos en el menú de programas implementados por los Ministerios de Salud de la región, cada uno de ellos dotado de una asignación presupuestaria concreta. De este modo, el proceso de incorporación de indicadores sanitarios explícitos responde a un criterio definido, a la vez que agrega simplicidad al proceso de costeo.

Más aún: en la medida que se desarrolle una estrategia consistente y acumulativa de medición y costeo de indicadores, mejoras subsecuentes en el refinamiento de tales actividades serán obtenidas, lo que posibilitará un mayor grado de precisión y detalle en ejercicios futuros de seguimiento.

Esta lectura, que identifica líneas de seguimiento entre “acciones-programas-objetivos intermedios-objetivos sanitarios” provoca dos reacciones preliminares. La primera es que el impacto de los indicadores de proceso debe ser evaluado como parte de un esquema multi-causal, donde cambios similares en indicadores de proceso pueden reflejarse en cambios de distinta magnitud en los indicadores de resultado ante contextos diferentes. A modo de ejemplo, países con igual política de equipamiento hospitalario tendrán diferentes resultados si el peso de la población rural es diferente entre ellos, o si los procesos de descentralización en la gestión de recursos no coinciden.

El segundo argumento plantea que la importancia relativa de los distintos indicadores de proceso, en términos del resultado de salud, es condicionada por el estadio sanitario y epidemiológico del país/región a ser estudiado. El impacto de un desarrollo de redes sanitarias articuladas sobre los indicadores de resultado –por ejemplo, mortalidad infantil-, es mayor en contextos de perfil epidemiológico más avanzados, en la medida que intervenciones menos complejas –no necesariamente en incorporación de tecnología, sino en coordinación de actores con objetivos y funcionamiento distintos- ya fueron incorporadas. Por el contrario, en sistemas sanitarios rezagados, la presencia de terapias intensivas neonatales puede generar mayor impacto.

La metodología de costeo debe capturar ambos escenarios, fortaleciendo el análisis de costeo por indicador.

El vínculo entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 y los indicadores de desempeño/resultados de Programas, y de ellos con los resultados sanitarios, tiene implicancias en términos de los gastos realizados en salud, específicamente en SRMI.

La presente sección tiene por propósito avanzar en la dirección complementaria, es decir, de derecha a izquierda, partiendo de las estructuras de gastos en salud reproductiva y materno-infantil, para avanzar luego hacia su posible impacto en indicadores de resultados y el

cumplimiento de metas sanitarias. Para ello se nutre de la revisión de literatura previa y de los hitos metodológicos presentados en La Consulta, analizados en la sección anterior.

De este modo, las siguientes páginas proponen un aporte metodológico que permita converger hacia los lineamientos metodológicos sugeridos en OPS-CEPAL (2012a y b), en términos de estructurar un sistema de cuentas de salud. En este sentido, nuestra propuesta coincide en los ejes básicos propuestos por el Sistema de Cuentas en Salud y la metodología del Instituto Nacional de Salud Pública de México, en la medida que reconoce la importancia del entorno que genera estrategias de planeamiento y gasto en SRMI, a la vez que avanza en el cálculo del gasto por componente, respectivamente. Sobre estas contribuciones, la presente propuesta sugiere una aproximación metodológica basada en la combinación de cuerpos de información bajo un marco de incertidumbre e información imperfecta.

En las siguientes secciones se abordará la secuencia metodológica propuesta, a partir de la definición del objeto de medición y de los criterios de identificación de indicadores clave planteados en el punto anterior. Los pasos sugeridos incluyen:

- Identificación de las instituciones que distribuyen y ejecutan recursos monetarios en salud. Plantear un menú de las diversas posibilidades existentes en la región (sistema público y descentralización, características de las instituciones de seguridad social, relevancia del gasto de bolsillo de las familias), y cómo ellas involucran a las intervenciones de SRMI.
- Caracterización del Gasto Público y de Seguridad Social a partir del análisis de presupuestos ejecutados. Identificación de partidas generales –donde el gasto en SRMI es sólo un componente- y partidas específicas en tareas de SRMI. A partir de esa caracterización, establecer criterios estandarizados de asignación.
- Identificar y establecer criterios para el uso de la información proveniente de las encuestas de hogares. Estos instrumentos permiten abordar tres temáticas de interés para el cálculo del gasto en SRMI: los desembolsos específicos desde la esfera de los hogares, los patrones de utilización entre subsistemas, regiones y niveles de ingreso, y los determinantes sociales que condicionan la utilización y el gasto.
- En base a la información provista por las encuestas, estimar la probabilidad de ocurrencia de consultas preventivas/curativas de acuerdo a características socioeconómicas, de infraestructura sanitaria, región geográfica y cobertura, facilitando la extrapolación de patrones de utilización (y la presencia de brechas) entre grupos sociales no sólo en términos del gasto de bolsillo, sino también al interior del sector público y de seguridad social, y vincular los mismos con indicadores de estructura y proceso identificados para cada objetivo específico de SRMI.
- Una vez identificadas las frecuencias de uso del set de intervenciones relevantes en salud reproductiva y materno-infantil, avanzar en la estimación de costos totales y costos medios por indicador de resultado en SRMI. Los mismos se encuentran dependientes de cuatro vectores de variables: los indicadores socio-sanitarios que surgen de las encuestas de hogares y de la información administrativa de los Ministerios, Secretarías de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, los indicadores sobre la estructura de la oferta identificados por tipo de objetivo específico e indicador, de acuerdo a lo planteado en las Tablas 1 y 2 del documento, las variables que capturan la implementación de políticas, y finalmente, el vector de costos construido a partir de la secuencia presentada a lo largo de esta sección cuarta.
- Estas estimaciones permitirán expandir los resultados generales de gasto a niveles desagregados por región, quintil y tipo de cobertura, permitiendo la apertura necesaria requerida por la Consulta convocada por la OPS.

La propuesta metodológica presentada reconoce la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de un mecanismo sistemático y consistente en el tiempo de costeo de intervenciones en salud reproductiva y materno-infantil. La Consulta que da motivo al presente desarrollo discute el marco contextual, establece la relevancia de la actividad propuesta y muestra las brechas de conocimiento y medición desarrolladas hasta el presente.

Los aportes realizados hasta la fecha (OPS-CEPAL, CSC, INSP México, entre otros) procuran brindar una valiosa plataforma para avanzar en una propuesta que incorpore las limitaciones en la identificación de los indicadores de desempeño a ser tenidos en cuenta, y las brechas de información presentes en la mayoría de los sistemas de salud de la región de Latinoamérica y el Caribe.

A partir del diseño de matrices que vinculan objetivos, indicadores de resultado e indicadores de proceso, se avanza en un mecanismo que converge a las metodologías existentes, pero agrega particularidades regionales asociadas con la organización de los sistemas sanitarios y la información normalmente presente en los países de la región.

A partir de este ejercicio es posible calcular costos totales en SRMI, al tiempo que se define un conjunto de trazadoras de resultados y de procesos sanitarios que deben ser compatibilizados. Para ello es menester cruzar estos tres grupos de variables dentro de un modelo que estime el impacto relativo del primero y el tercero sobre el segundo.

Las encuestas de hogares facilitan la estimación de patrones de utilización a ser expandibles al total del país y, complementando los resultados obtenidos con información proveniente de programas implementados (intra y extra ministerio sanitario), se puede avanzar en un proceso estandarizado de costeo vinculado a resultados sanitarios en SRMI. El mismo cuenta con cuatro grupos de variables explicativas: el contexto socioeconómico, los indicadores de proceso, la estructura de gasto y la implementación de políticas sanitarias.

Ello impacta no solamente en la estrategia de cálculo de costos, sino también en la estimación de la brecha de financiamiento necesario para abordar una cobertura vinculada con la expansión de intervenciones estratégicas diferenciadas para cada país y para cada jurisdicción.