

Metodología para la Medición del Gasto Total en Salud Reproductiva, Materna, del Recién Nacido y del Niño en la Región de las Américas¹

Daniel Maceira
(coordinador)

Abril 2013

¹ El presente documento se ha desarrollado por requerimiento de Claudia Pescetto, de la Organización Panamericana de la Salud, bajo la coordinación de **Daniel Maceira**, Ph.D. en Economía, Investigador Titular CEDES/Conicet, Buenos Aires, Argentina. El equipo de trabajo se completa con **Ricardo Bernztein** (Médico, Consultor OPS) y **Alfredo Palacios** (Lic. en Economía). Las opiniones vertidas no necesariamente reflejan la opinión de la OPS, y son de exclusiva responsabilidad de los autores. Se agradecen los comentarios y sugerencias de Claudia Pescetto y de un comentarista anónimo de CLAP. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

Resumen Ejecutivo

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) probablemente no logren 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, particularmente 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 acontecimientos, en el año 2010 el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó 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, e 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 en 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 para 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. 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 Materno 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 del 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. La Meta 4.A es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Los indicadores definidos son: 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, 4.2 Tasa de mortalidad infantil (MI), y 4.3 Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión.

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. Los indicadores definidos son: 5.1 mortalidad materna (MM), 5.2 Proporción de partos con personal sanitario calificado, y 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos. La Meta 5.B es lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Los indicadores definidos son: 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes, 5.5 Cobertura de atención prenatal y 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

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 en dentro del conjunto de la Salud Reproductiva Materno 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 “Objetivos de Desarrollo del Milenio (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 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 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 (dividido convenientemente en dos partes), 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 contra-referencia, 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 contra-referencia 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 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 esas poblaciones, y no limitarse a aquellas directamente vinculadas a reducir las tasas de mortalidad de los ODM. Incorporaciones adicionales más allá de esta clasificación son posibles de ser agregadas, siguiendo esta misma lógica de análisis.

Se sugiere considerar un Enfoque en Políticas Nacionales, que se alimente de un modelo teórico de Plan Operativo (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 indicativo de abordaje como el sugerido. Cada uno de los grupos etarios 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 facilita la identificación de intervenciones, por una parte, y asigna tales intervenciones con programas y actividades específicas. En conjunto, facilitan la tarea de costeo, 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 mediano: 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 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. Esta estructura de análisis parte del margen izquierdo de la figura presentada a continuación y avanza hacia la derecha.

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 SCS y la metodología del INSP

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 y 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, 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.

La lectura propuesta, 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 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 jurisdicción y para cada país.

Indice

Resumen Ejecutivo

1.- Introducción

2.- Revisión de los Métodos de Medición de Gasto en Salud Reproductiva, Materna e Infantil

- 2.1.- Metodología de la Cuenta Satélite de Salud
- 2.2.- Metodología de las Cuentas de Salud
- 2.3.- Limitaciones de los Métodos de Medición de Gasto en SRMI

3.- Marco Conceptual para la Identificación del Objeto de Medición de Gasto en Salud Reproductiva Materno Infantil (SRMI)

- 3.1.- Planteo metodológico de abordaje
- 3.2.- Propuesta de Matriz de Marco Lógico en relación a los ODM: Objetivos, Indicadores de Proceso
 - Objetivo general N° 1: Reducción de la Mortalidad de Menores de 5 años (MM5) y de la Mortalidad Infantil (MI) (ODM 4)
 - Objetivo general N° 2 y 3: Reducción de la Mortalidad Materna (MM) (ODM 5A) y Acceso Universal a la Salud Reproductiva (ODM 5B)
- 3.3. Identificación de Productos SRMI. Enfoque de Programas Nacionales

4.- Propuesta Metodológica. Costeo de Intervenciones Sanitarias Específicas bajo Limitaciones de Información

- 4.1.- Marco de análisis
- 4.2.- Componentes de la Estructura de Gasto en Salud e Implicancias
 - 4.2.1.- Presupuesto público
 - 4.2.2.- Instituciones de seguridad social
 - 4.2.3.- Gasto de bolsillo de las familias
- 4.3.- Gasto Presupuestal Público y de Seguridad Social en SRMI. Asignación General y Asignación Específica
- 4.4.- Las Encuestas de Hogares como Instrumentos para el Cálculo del Gasto en Salud Reproductiva Materno Infantil.
- 4.5.- Objetivos de SRMI y Gasto en Salud. Propuesta de Análisis

5.- Conclusiones

6.- Referencias

1.- Introducción

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 oportunidades².

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) probablemente no logren 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, particularmente 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 acontecimientos, en el año 2010 el Secretario General de las Naciones Unidas lanzó 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, e 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 en sus Recomendaciones 4, 5 y 63.

Estas tres Recomendaciones 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 para 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

² Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, Convención sobre los Derechos del Niño, y más recientemente, Consejo de Derechos Humanos.

³ Seguimiento de los recursos, Acuerdos a nivel nacional y Atención de las necesidades de mujeres y niños, respectivamente (WHO, 2011).

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.

Para ello, la metodología de trabajo consistió en la revisión de los documentos que dieron origen a La Consulta, complementándola con una profundización de la literatura relevante sobre definición del objeto y medición del gasto en SRMI. A partir de esta revisión, se han identificado y discutido las principales limitaciones que posee cada enfoque en cada uno de sus aspectos. Tales limitaciones han sido tenidas en cuenta a la hora de establecer los lineamientos básicos de una propuesta de definición y medición del gasto en SRMI que pretende ser integral y abarcativa. En virtud de esto, se plantea una discusión las relaciones específicas que podrían existir entre objetivos de política en SRMI, indicadores de proceso, de resultados, e indicadores de gasto.

El documento se encuentra dividido en seis secciones. En la sección segunda, se presenta una breve revisión de los principales antecedentes que dieron origen a la Consulta OPS, y que sirven de base para el cumplimiento de los objetivos del presente documento. La tercera sección se dirige a desarrollar una metodología de identificación del objeto de medición para el costeo de intervenciones de SRMI en base a los ejes identificados por la literatura. A partir de ella, la sección cuarta presenta un planteo sobre las interrelaciones existentes entre objetivos de política en SRMI, indicadores de proceso, de resultados, articulando una propuesta metodológica de cálculo del gasto específico en salud reproductiva y materno-infantil. Finalmente, la sección quinta presenta las conclusiones obtenidas a lo largo del trabajo.

2.- Revisión de los Métodos de Medición de Gasto en Salud Reproductiva, Materna e Infantil

Tomando como base el trabajo realizado por La Consulta Técnica OPS-CEPAL, se analizan las principales metodologías de medición del gasto en SRMI. Nos concentraremos específicamente en aquellas referidas a la Cuenta Satélite de Salud y a la de Cuentas Específicas de Salud, debido a su relevancia para el análisis de la medición del gasto en SRMI⁴.

2.1- Metodología de la Cuenta Satélite de Salud

Las Cuentas Satélites representan una extensión del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), y su finalidad es dar tratamiento a la estructura y comportamiento de determinadas áreas específicas que escapan al alcance de esta última⁵.

En la esencia del SCN de 1993, el sistema de las Cuentas Satélites establece relaciones entre quienes producen y quienes se benefician con los bienes y servicios del sector, identificando quienes los financian, y cuáles son las transferencias existentes entre estos financiadores, productores y usuarios.

Un elemento clave de esta metodología de medición es el denominado Consumo Efectivo de los Hogares. El mismo se encuentra constituido por la suma de tres componentes principales:

- el consumo individual del gobierno, que es una transferencia social en especie que tiene como receptores a los hogares y que surge del gasto público una vez que se ha descontado el gasto de consumo colectivo (seguridad, justicia, etc.),
- el gasto de consumo final de los hogares, y
- las transferencias sociales en especie realizadas por las instituciones sin fines de lucro que sirven a estos últimos (ISFLSH).

Dado que la unidad fundamental de análisis está representada por los hogares (y su consumo), es de relevancia delimitar qué tipo de bienes y servicios se consideran específicos de la salud, los que a su vez deberán ser clasificados en característicos y conexos, según el SCN.

OPS-CEPAL presenta en el año 2012 (OPS-CEPAL, 2012b) un estudio en el que se aplica la metodología de la Cuenta Satélite en Salud a un grupo de países seleccionados de la región, específicamente Colombia, El Salvador y Uruguay. En dicho estudio, con la intención de delimitar Consumo Efectivo de los Hogares, se establecieron los siguientes productos específicos de salud:

- Característicos: servicios médicos ambulatorios, servicios dentales, servicios paramédicos (de apoyo), y servicios de hospitalización.
- Conexos: productos farmacéuticos, otros productos médicos (insumos), artefactos terapéuticos y equipos médicos, y servicios de enfermedad y accidentes.

Resulta claro que una parte del Consumo Efectivo de los Hogares en Salud corresponde a SRMI. Sin embargo, esta metodología de medición no busca como propósito específico la identificación de los bienes y servicios que debiera incluir esta

⁴ Otras metodologías de medición incluyen el modelo de Gestión y Gasto Social, y el enfoque de Estadísticas de Finanzas Públicas, entre otras. Para más referencias ver OPS-CEPAL (2012a).

⁵ Ver OPS-CEPAL (2008).

última categoría⁶. Adicionalmente, esta metodología no considera aspectos vinculados con el consumo colectivo del gobierno, como es el caso de las campañas de salud pública en SRMI.

Más importante aún, y a diferencia de lo que sucede con el concepto de Salud total o agregada, no necesariamente surgen criterios para el análisis de correspondencia entre el gasto en SRMI y el consumo individual del gobierno, así como entre el gasto de consumo de los hogares y el que corresponde a las ISFLSH. En este sentido, OPS-CEPAL (2012a) sugiere que tales criterios de medición podrían estar basados en el análisis de los presupuestos públicos, o en la imputación de costos a partir de registros administrativos, aunque ambas posibilidades parecen estar seriamente limitadas en gran parte de los países de la región.

2.2.- Metodología de las Cuentas de Salud

El Sistema de Cuentas de Salud 2011 (SCS 2011), provee un método para clasificar los gastos en salud de acuerdo a tres ejes: consumo, provisión y financiamiento.

Específicamente, este sistema persigue los siguientes propósitos (OECD-EU-WHO, 2011):

- Proveer una estructura para los principales agregados de salud con la intención de realizar comparaciones internacionales de gasto en salud y análisis de los sistemas de salud,
- Proveer una herramienta, que puede ser expandida por los países, para producir información relevante para el monitoreo y análisis de los sistemas de salud,
- Definir a nivel internacional los límites del cuidado de la salud para el seguimiento del gasto y consumo de tales bienes y servicios.

Con la finalidad de cumplir con estos tres propósitos, el SCS 2011 provee la base para recolectar, catalogar y estimar todos los flujos monetarios relacionados con el gasto en salud.

Al igual que en otras metodologías de medición de gasto, resulta elemental definir el objeto de medición e identificar los flujos de recursos asociados y los registros donde se documentan. El SCS propone la distribución del gasto a nivel de beneficiario, por lo que pueden ser considerados aspectos demográficos, epidemiológicos, geográficos, entre otros, en el análisis de dicha distribución.

Esta distribución del gasto a nivel de beneficiario es realizada bajo un método de dos etapas (OPS-CEPAL, 2012a). En la primera, se contabilizan de manera directa los recursos que se asocian claramente al objeto de medición, como es el caso de los asignados en los presupuestos nacionales a un programa, intervención, enfermedad o grupo poblacional en particular. En la segunda, se busca medir y, más importante aún, distribuir entre los potenciales beneficiarios aquellos recursos que no están asignados específicamente a un programa o intervención. No parece haber un único criterio aceptado para realizar la distribución de dicho gasto.

En esta dirección, México comienza en el año 2003 la medición del gasto anual en salud reproductiva a través del sistema de Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (Instituto Nacional de Salud Pública de México, 2011).

⁶ CEPAL-OPS (2012a) sugiere a modo de ejemplo que tales bienes y servicios podrían ser: Atención Ambulatoria en el Embarazo, Atención Hospitalaria del Parto, Atención Ambulatoria en el Puerperio, Controles del Niño, Vacunaciones, Alimentos Complementarios, Cáncer de Mama y Cáncer Cérvico Uterino (diagnóstico, tratamiento, seguimiento).

Este sistema, basado en el SCS, restringe la definición de salud reproductiva al conjunto de actividades relacionadas con los programas de salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cervico-uterino, cáncer mamario, cáncer de próstata y acciones relacionadas con la salud reproductiva. Además, se incluyen en el sistema las actividades de promoción de la salud, rectoría y administración, entre otras.

En concordancia con el SCS, el sistema de Cuentas en Salud Reproductiva considera las siguientes categorías de análisis: agentes de financiamiento (gobierno general, seguridad social, etc.), proveedores (hospitales, proveedores de atención ambulatoria, etc.), funciones de salud (servicios de atención curativa, ambulatoria, hospitalaria, etc.), y beneficiarios (de salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cervico-uterino y mamario, y cáncer de próstata)⁷.

Definidas las intervenciones que forman parte de la Salud Reproductiva, se estima el gasto en dos etapas. En la primera de ellas, se realiza un análisis de la información presupuestal, y que consiste en la ponderación del gasto ejecutado utilizando indicadores de servicios otorgados. En la segunda, se realiza un análisis de la información de costos, que se encuentra basado en el producto de los servicios otorgados y los precios asociados, ya sean precios promedio, de adquisición u otros.

Si bien se destaca la relevancia de esta metodología para la medición del gasto en SRMI, parece claro que su aplicación descansa fuertemente en la disponibilidad de información en cantidad y calidad sobre utilización de productos y servicios de salud, entre otros, algo que no siempre está garantizado en los países de la región⁸.

2.3.- Limitaciones de los Métodos de Medición de Gasto en SRMI

Como se deduce del análisis realizado en las sub-secciones anteriores, y en concordancia con lo sugerido por OPS-CEPAL, no parece existir un método de medición de gasto en SRMI que por sí solo pueda cumplir con lo solicitado por las recomendaciones 4, 5 y 6 establecidas por La Comisión.

Específicamente, y en función de nuestro criterio, la metodología que parece encontrarse más cerca de cumplir con estos requisitos es la adaptación mexicana de las Cuentas Específicas en Salud. Sin embargo, la cantidad y calidad de la información necesaria para la aplicación de este método difícilmente pueda encontrarse en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe.

En términos generales, puede pensarse que un método adecuado de medición de gasto en SRMI debe cumplir con al menos los siguientes requisitos básicos:

- El método debe brindar la posibilidad de desagregar la información de gasto a nivel demográfico, regional, epidemiológico, etc., ya que esto facilita un análisis de focalización del gasto,
- Resulta de gran relevancia considerar el gasto privado, en especial el realizado por los hogares,
- Es importante definir un mecanismo de incorporación de las funciones de rectoría en salud y acciones de salud pública (los denominados bienes y servicios colectivos), y

⁷ Para más referencias ver Instituto Nacional de Salud Pública de México (2011).

⁸ El sistema de Cuentas en Salud Reproductiva de México utiliza información específica y detallada de la Secretaría de Salud, Seguro Popular, IMSS-Oportunidades, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y el Sector Privado (Encuestas de Gasto de Hogares e información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros).

- 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.

Todo esto lleva a pensar en posibles alternativas de medición del gasto en SRMI que puedan ser aplicables a un amplio conjunto de países de la región, especialmente aquellos con mayores dificultades para alcanzar los ODM.

En las dos secciones siguientes se establecen los lineamientos básicos de una propuesta de definición y medición del gasto en SRMI que, teniendo en cuenta los requisitos básicos expresados anteriormente, pretende ser integral e comprehensiva. En particular, la sección tercera avanza en una propuesta de identificación del objeto de medición del gasto en SRMI, en tanto la cuarta sección identifica una metodología de costeo consistente con los requerimientos y desafíos en la región latinoamericana.

3.- Marco Conceptual para la Identificación del Objeto de Medición de Gasto en Salud Reproductiva Materno Infantil (SRMI)

3.1.- Planteo metodológico de abordaje

Ya se ha recorrido buena parte del camino propuesto por Naciones Unidas en el año 2000 a través de la firma de la Declaración del Milenio. La misma 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.

Puede decirse que se ha avanzado sostenidamente, aunque de modo dispar, en el cumplimiento de los compromisos asumidos. Las dificultades se relacionan principalmente con los obstáculos de carácter estructural que históricamente han limitado el desarrollo de la región latinoamericana en su conjunto, específicamente la inequidad social y territorial en la distribución del ingreso. Pero lo cierto es que 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. La Meta 4.A es reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de niños menores de cinco años. Los indicadores definidos son: 4.1 Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años, 4.2 Tasa de mortalidad infantil (MI), y 4.3 Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión.

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. Los indicadores definidos son: 5.1 mortalidad materna (MM), 5.2 Proporción de partos con personal sanitario capacitado, y 5.3 Tasa de uso de anticonceptivos. La Meta 5.B es lograr, para 2015, el acceso universal a la salud reproductiva. Los indicadores definidos son: 5.4 Tasa de natalidad entre las adolescentes, 5.5 Cobertura de atención prenatal y 5.6 Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar.

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 en dentro del conjunto de la Salud Reproductiva Materno 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 “Objetivos de Desarrollo del Milenio (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”.

La Consulta presenta y analiza diferentes aproximaciones a la definición del objeto de estudio, y no permite salvar la distancia entre la amplitud de la SRMI y la visión de los ODM.

El “Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y morbilidad materna grave”, CLAP/OPS, focaliza el objeto de estudio en la salud materna, pero no brinda tratamiento alguno a los ODM 4 (mortalidad infantil), aunque el apego a las acciones propuestas impactaría en la reducción de la mortalidad neonatal.

El “Marco conceptual para el análisis de la respuesta del sistema de salud a las necesidades materno-neonatales”, OPS, presenta un conjunto de intervenciones organizadas en torno al enfoque del curso de vida (Preconcepción, Embarazo, Parto y postparto, Recién nacido, Infancia, Adolescencia). Ello involucra un marco sensible a todas las necesidades de la SRMI, aunque no específico.

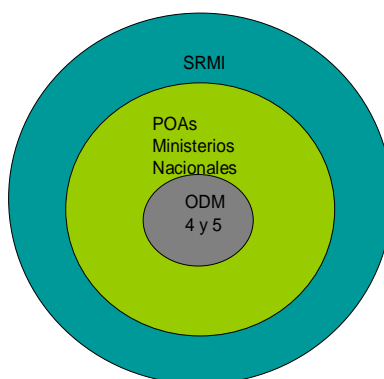
El “Marco conceptual para el análisis de la respuesta del sistema de salud a las necesidades materno-neonatales” desarrollado por OPS, identifica tres momentos específicos del ciclo de vida: Pre-concepcional, Perinatal, y Salud infantil. Si bien este enfoque delimita adecuadamente el objeto de medición en tres etapas que se circunscriben a los ODM 4 y 5, requiere para su implementación de un esfuerzo adicional de focalización.

Las “Cuentas en Salud Reproductiva 2003-2009 en México”, basadas en las Cuentas Específicas de Salud, establece los límites de la medición en: i. Salud materno perinatal (SMP), ii. Planificación familiar, iii. Cáncer cérvico uterino, iv. Cáncer de mama, v. Violencia intrafamiliar, equidad de género, vi. Endometriosis tumoraciones benignas útero, mama y próstata, y vii. Cáncer de próstata. Sin embargo, tal enfoque descansa en la capacidad de registro de México, lo que plantea una fuerte limitación a su implementación en otros países de la región, especialmente en temáticas amplias tales como cáncer, salud del hombre, violencia, derechos, etc.

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, 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.



SRMI: Salud Reproductiva Materno Infantil; POAs: Planes Operativos Anuales; ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio.

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.

3.2.- Propuesta de Matriz de Marco Lógico en relación a los ODM: Objetivos, Indicadores de Proceso

De acuerdo con lo mencionado, es relevante analizar a nivel de cada país:

- Tasa y número de Muertes Infantiles (MI) y Muertes Maternas (MM),
- La evolución y causas de ocurrencia de cada una de ellas,
- Su distribución por lugar de residencia, y por tipo de establecimiento, si aplica, y estructuras de concentración del riesgo, y capacidad institucional en cada caso.
- Distribución de MI según peso al nacer,

En virtud de los puntos anteriores, es posible identificar a nivel de cada país las principales intervenciones que contribuyen al logro de los ODM 4 y 5.

Tal identificación de un perfil epidemiológico para la región (así como también para los países/provincias/municipios que la componen) es de fundamental importancia para la ponderar los procesos, políticas y gastos asociados a los objetivos de SRMI.

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 jurisdicción y para cada país.

Los resultados en salud materna, infantil, de las adolescentes y de las mujeres en América Latina y el Caribe no son satisfactorios en términos generales, si son analizados a través de indicadores “duros”, como lo es la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) o la Razón de Mortalidad Materna (RMM) (OMS, 2011). Adicionalmente, los valores de estos indicadores varían considerablemente al interior de cada país.

Naciones Unidas, a través de los compromisos firmados por los gobiernos para el logro de los ODM 4 y 5, puso foco sobre este problema y priorizó políticas cuyo objetivo fuera lograr la mejora en la salud materna y la reducción de la mortalidad infantil (Naciones Unidas, 2000).

No obstante, se verifica la existencia de un vacío en el conocimiento acerca de las causas y acciones que resultan más efectivas para el cumplimiento de tales objetivos. Hay evidencia sobre “qué” hacer para reducir las mortalidades, pero no sobre “cómo” hacerlo. En relación a los “qué”, en distintos ámbitos de investigación se genera información y evidencia que aporta conocimientos sobre las causas e intervenciones efectivas. En este sentido, pueden citarse los trabajos de Black et al (2003), Jones et al (2003) y Bryce et al (2003) sobre mortalidad infantil, Lawn et al (2005), Darmstadt et al (2005) y Knippenberg et al (2005), y Knippenberg et al (2006), Campbell et al (2006) y Koblinsky et al (2006) sobre mortalidad materna.

Para lograr el cumplimiento del metas, desde los “como” 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.

Objetivo general N° 1: Reducción de la Mortalidad de Menores de 5 años (MM5) y de la Mortalidad Infantil (MI) (ODM 4)

La Matriz de Marco Lógico propuesta, presentada en la Tabla siguiente 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 (dividido convenientemente en dos partes), 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 contra-referencia, 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 contra-referencia 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).

A modo de ejemplo, cuando la TMI presenta valores de entre 10 y 20% nacidos vivos (como ocurre en la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe), dos tercios de la MI suele ser neonatal, en especial neonatal precoz, de recién nacidos prematuros o de bajo peso. Hay países donde se registran problemas de acceso a maternidades, pero en otros, la mayoría de los partos son institucionalizados, por lo que los desafíos de reducción de TMI recaen mayoritariamente en la red institucionalizada de salud.

Las causas más importantes de mortalidad neonatal, como las complicaciones de la prematuridad y del bajo peso al nacer, y malformaciones congénitas, requieren en la mayoría de los casos tecnologías curativas complejas. La segunda causa de MI la constituyen las malformaciones congénitas. En tanto las infecciones respiratorias suelen ocupar el tercer lugar. De acuerdo con ello, el desempeño de la TMI define donde debe enfocarse el diseño de política, ya sea en el primer nivel de atención, o requiere una mirada asociada con la gestión de redes sanitarias, ponderando diferencialmente los costos de cada tipo de servicio.

Objetivo general Nº 2 y 3: Reducción de la Mortalidad Materna (MM) (ODM 5A) y Acceso Universal a la Salud Reproductiva (ODM 5B)

Para definir las intervenciones prioritarias para la reducción de la MM es necesario conocer la distribución de la misma según grupos de causas. A medida que disminuye la MM, toman mayor relevancia las causas indirectas, para las cuales son de gran importancia los controles prenatales de calidad. Es muy variable la proporción de MM que puede ser asociada a abortos inseguros, para la cual resultan pertinentes las

políticas de planificación familiar, el acceso a los anticonceptivos y la posibilidad de reducir los riesgos y daños de estas prácticas.

Más del 50% de las MM suelen ser por causas directas (hemorragias pre y posparto, eclampsia y sepsis), y en estos casos se requiere el acceso a servicios de maternidades asequibles y de calidad dentro del sistema coordinado de atención de la salud, capacitados en el manejo de las emergencias obstétricas.

El Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave, de CLAP/OPS, reconoce que la MM disminuyó considerablemente en toda la Región durante el periodo comprendido entre 1990 y 2010, sin embargo, este descenso continúa siendo insuficiente para que la Región de las Américas cumpla el ODM 5 para el año 2015.

Con la intención de acelerar la reducción de la MM, este Plan define cuatro áreas estratégicas específicamente enfocadas en los servicios de salud, debido a que la mayoría de las muertes maternas en la región se producen al interior de los servicios: (i) Prevención de embarazos no deseados; (ii) Acceso universal a servicios de maternidad gratuitos y de calidad; (iii) Recursos humanos calificados; y (iv) Información estratégica para la acción y la rendición de cuentas.

De igual modo que en la selección de indicadores de producto asociados con la TMI, los indicadores de TMM revelan su asociación con un grupo de intervenciones y procesos a ser identificados, cuyo peso relativo dependerá de las características del país o la jurisdicción de aplicación. Esta secuencia facilita el cálculo de costos y las necesidades emergentes en cada caso. En relación al logro del Objetivo 5.A (reducción de la MM), la intervención clave aunque no la única, es la mejora en la atención de las embarazadas, en especial las emergencias obstétricas con regionalización de la atención perinatal.

En relación al logro del Objetivo 5.B (el acceso universal a la salud reproductiva) debe garantizarse la cobertura, por parte del sistema de aseguramiento, de insumos anticonceptivos para las mujeres en edad fértil (en especial adolescentes), de consejerías en salud sexual y procreación responsable, y reducción de riesgo y daño.

No obstante, es importante resaltar que los resultados, intervenciones y el gasto asociado varían de acuerdo a la estructura de causas de esta mortalidad. Si la MM por aborto inseguro es muy alta, las acciones de provisión de métodos anticonceptivos, educación sexual, etc., son las prioritarias, así como el desarrollo y aprobación de leyes de despenalización o legalización donde sea posible. En cambio, si predominan las causas obstétricas directas, se debe asegurar el acceso a maternidades de calidad.

La Tabla presenta la Matriz de Marco Lógico propuesta para cada caso. Como se mencionara en el caso de la TMI, dos lecturas surgen de la matriz. 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 mejorar el acceso a controles prenatales oportunos (captación temprana de la embarazada, 5 o más controles prenatales, etc.) y reducir las tasa específicas de defunciones maternas por hemorragias, sepsis, hipertensión y aborto. 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 servicio de obstetricia; y protocolos, comunicación efectiva, sistema de referencia y contra-referencia, entre otros, para las redes de atención obstétrica. 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 servicios de obstetricia 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 (servicios de obstetricia y redes), permite la “compra” de determinados procesos o indicadores operativos.

Estos procesos permiten la consecución de un conjunto de objetivos intermedios (mejora en el acceso y uso de los controles prenatales por parte de la embarazada, y reducción de defunciones maternas por las causas ya citadas), los que sirven a un objetivo general de SRMI, en este caso, la reducción de la Mortalidad Materna.

La tercera sección de la Tabla, sobre el Acceso Universal a la Salud Reproductiva, puede ser interpretada y analizada en los mismos términos anteriores

Tabla 1:

Primer Paso: Matriz de Marco Lógico

Objetivo general	Objetivos intermedios	Procesos
<p>Reducción de la Mortalidad Neonatal Indicador: TMIN</p>	<p>1. Reducir la TM específica por peso al nacer (NV entre 1000-1500 grs.; y entre 1500-2000 grs.) por lugar de ocurrencia.</p>	<p>Objetivo: Contar con redes y servicios de neonatología de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.</p> <p>1. Servicios de neonatología: a. Planta Física, b. Equipamiento e Instrumental, c. Recursos Humanos, d. Servicios Complementarios, e. Organización y Funcionamiento.</p> <p>2. Redes de atención perinatal: a. Conformación efectiva de la red regional, b. Comunicaciones, c. Sistema de referencia y contra-referencia, d. Traslados, e. Incentivos.</p>
<p>Reducción de la Mortalidad Postneonatal y de Menores de 5 años Indicador: TMIPN y TMM5</p>	<p>2. Aumentar el % de supervivencia según peso al nacer (NV entre 1000-1500 grs.; y entre 1500-2000 grs.) por lugar de ocurrencia. Sólo para las maternidades nivel III.</p> <p>1. Reducir la TMPN y MM5 por causa respiratoria (neumonía).</p> <p>2. Reducir la TMPN y MM5 por sarampión.</p> <p>3. Reducir la TMPN y MM5 domiciliaria.</p>	

Objetivo general	Objetivos intermedios	Procesos
<p>Reducción de la Mortalidad Materna</p> <p>Indicador: RMM</p>	<p>1. Mejorar los controles prenatales:</p> <p>Indicadores:</p> <p>a. % de embarazos sin control prenatal, b. % de embarazadas con su primer control antes de la semana 13 de gestación, c. % de embarazos con 5 o más controles prenatales.</p> <p>2. Reducir las Tasas Específicas de:</p> <p>Indicadores:</p> <p>a. Defunciones maternas por hemorragia, b. Defunciones maternas por sepsis, c. Defunciones maternas por hipertensión, d. Defunciones maternas por aborto.</p>	<p>Objetivo: contar con redes y servicios de obstetricia de calidad dentro de los sistemas integrados de servicios de salud.</p> <p>1. Servicios de Obstetricia:</p> <p>a. Planta Física, b. Equipamiento e Instrumental, c. Recursos Humanos, d. Servicios Complementarios, e. Organización y Funcionamiento.</p> <p>2. Redes de atención obstétrica:</p> <p>a. Conformación efectiva de la red regional, b. Comunicaciones, c. Sistema de referencia y contra-referencia, d. Traslados, e. Incentivos.</p>
<p>Mejoras en el acceso universal a la salud sexual y reproductiva, y disminución de las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Garantizar el acceso universal a servicios de Planificación Familiar, - Promover la salud sexual y reproductiva de la población en general, - Disminuir la mortalidad materna por aborto, - Disminuir los egresos hospitalarios por abortos, - Reducir el porcentaje de embarazos no planificados, - Reducir la tasa de natalidad entre las adolescentes. 	<p>Mejoría en acceso a anticoncepción.</p> <p>Indicadores:</p> <p>a. Tasa de uso de anticonceptivos. b. Tasa específica de egresos hospitalarios y MM por aborto. c. Tasa de fecundidad entre las adolescentes.</p>	<p>1. Cobertura del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos en las mujeres en edad fértil.</p> <p>Indicadores:</p> <p>a. N° de MAC entregados. b. Distribución de un total de X tratamientos anticonceptivos (por provincia/departamento,/estado, por persona NBI, etc.).</p> <p>2. Consejerías en salud sexual y procreación responsable (SSyPR), reducción de riesgo y daño, etc.</p> <p>Indicadores:</p> <p>a. N° de consejerías. b. % de altas de Z con consejerías realizadas, etc.</p>

3.3. Identificación de Productos SRMI. Enfoque de Programas Nacionales

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 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 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 esas poblaciones, y no limitarse a aquellas directamente vinculadas a reducir las tasas de mortalidad de los ODM. Incorporaciones adicionales más allá de esta clasificación son posibles de ser agregadas, siguiendo esta misma lógica de análisis.

Se sugiere considerar un Enfoque en Políticas Nacionales, que se alimente de un modelo teórico de Plan Operativo (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 a continuación propone un esquema indicativo de abordaje como el sugerido. Cada uno de los grupos etáreos 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 facilita la identificación de intervenciones, por una parte, y asigna tales intervenciones con programas y actividades específicas. En conjunto, facilitan la tarea de costeo, 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.

Tabla 2: Segundo Paso: Actividades SRMI y Enfoque de Priorización de Programas

<i>Grupo poblacional</i>	<i>Objetivo General</i>	<i>Objetivos específicos</i>	<i>Indicadores</i>	<i>Actividades (seleccionadas)</i>	<i>Acciones (seleccionadas)</i>
Mujer en edad fértil Preconcepción	Promover la igualdad de derechos, la equidad y la justicia social, así como contribuir a mejorar la estructura de oportunidades para el acceso a una atención integral de la salud sexual y reproductiva.	Reducción de embarazos no planificados (Garantizar el acceso universal a servicios de Planificación Familiar) <ul style="list-style-type: none"> Alcanzar una Tasa de Uso de Métodos Anticonceptivos Aumentar la cobertura del sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos en la población 	% de embarazos planificados Tasa de uso de métodos anticonceptivos modernos por mujeres en edad fecunda, desglosados según la edad y residencia rural/urbana % de mujeres en edad fértil cubiertas por el sistema de aseguramiento de insumos anticonceptivos	1. Desarrollo de acciones de sensibilización y capacitación a efectores, ONGs y universidades orientadas al empoderamiento y la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud 2. Desarrollo de acciones sistemáticas de capacitación y asistencia técnica que contribuyan al mejoramiento de la calidad de intervenciones de los RRHH destinados al programa 3. Diseño de estrategias para mejorar el acceso a la anticoncepción quirúrgica	1. Elaboración, diseño e impresión materiales de difusión, Guías, Jornadas de sensibilización y promoción de derechos sexuales y reproductivos. 2. Adquisición y distribución de insumos anticonceptivos. 3. Monitoreo y seguimiento de los procesos de compras, distribución y uso de Insumos. 4. Planificación, fortalecimiento y seguimiento del Sistema de distribución y entrega de insumos anticonceptivos
		Promover la salud sexual y reproductiva de la población en general	% de jurisdicciones que han diseñado e implementado un dispositivo integral de consejería que garantice el acceso a la información necesaria para la toma de decisiones informadas sobre salud sexual Jurisdicciones que aplican protocolos para la atención de las víctimas de violencia sexual incluyendo consejería y entrega de métodos anticonceptivos	1. Identificación y sistematización de buenas prácticas, asistencia técnica y capacitación para la implementación del Dispositivo integral de Consejería en SSyR en las Jurisdicciones 2. Elaboración e implementación de estrategias comunicacionales para promover conocimiento y movilización sobre derechos y acceso a servicios SSR	1. Realización de Talleres intersectoriales (salud, DDHH, Educación, ONGs) en el marco del Proyecto de Consejerías 2. Elaboración de un módulo de divulgación sobre mitos y prejuicios acerca de los anticonceptivos y protección legal para efectores de salud (secreto profesional, aborto no punible, etc.).
		Disminuir la mortalidad materna por aborto	% de muertes maternas por aborto % jurisdicciones cuentan con servicios que garanticen la atención de los	1. Articulación con el sistema local de salud para el control de riesgos y daños frente a	1. Mapeo de servicios potenciales/amigables para implementación del modelo de

			abortos no punibles	embarazos no planificados	reducción de riesgos y daños en embarazos no planificados
		Disminuir los egresos hospitalarios por aborto	% de egresos hospitalarios por aborto % de las pacientes reciben consejería al alta y método anticonceptivo, si opta por uno	1.Capacitación a Equipos de salud y fortalecimiento de la calidad de la atención en articulación con el Programa de Atención Integral Post Aborto	1. Reuniones de articulación y planificación con el Programa de Atención Integral Post Aborto
Mujer en edad fértil Embarazo (Obstetricia)	Mejorar la calidad de atención en la salud de las madres durante el embarazo, parto y puerperio.	Regionalizar la Atención Perinatal y Categorización de las Maternidades	Regiones con Maternidades de referencia definidas que realizan partos s/ población, geografía y cumplimiento de condiciones maternas esenciales % de maternidades categorizadas Presencia de Red de Atención Perinatal con referencia y contra referencia % de cobertura prenatal con cuatro o más controles	1.Definición por Regiones de Maternidades de referencia que realizan partos s/ población, geografía y cumplimiento de Condiciones Obstétricas esenciales 2.Categorización de Maternidades 3.Creación de una Red de Atención Perinatal con comunicación a distancia para adecuar la referencia y contra-referencia	1. Talleres de información y trabajo con las jurisdicciones para definir maternidades referentes de cada Región Sanitaria. 2. Evaluación de cada Servicio por la Dirección de Regulación y Fiscalización Sanitaria y Calidad de Servicios 3. Creación de Oficinas de comunicación
	Reducción de la Mortalidad Materna en un 75% respecto a la línea de base				
	Disminución de la Mortalidad Materna por causas reducibles	Mejorar la Calidad de Atención Obstétrica	% de Cobertura institucional del parto % de cobertura de control del puerperio a los 7 días del parto % de maternidades con disponibilidad durante 24 hs de personal de salud calificado para la atención pregestacional, prenatal, del parto y del puerperio, en entornos de atención obstétrica de urgencia y básicos % de uso y de variación de prácticas perinatales basadas en evidencia % de uso de Guías de Práctica Clínica	1.Capacitación sobre Procedimientos en Obstetricia Basados en Evidencias. 2.Capacitación en emergencias obstétricas. 3.Capacitación en Servicios. Rotación de Médicos, Obstétricas, Residentes y Enfermeras. 4. Actualización de guías de práctica clínica	1. Capacitación en servicio sobre procedimientos en hemorragia obstétrica, manejo del shock hipovolémico, uso de Sulfato de Magnesio en preclampsia-eclampsia, uso racional de antibióticos, parto pretérmino, atención post aborto, control prenatal y normas de bioseguridad en atención obstétrica. 2. Implementación de Rotaciones por Servicios de Obstetricia de Referencia
		Lograr el fortalecimiento	% de cobertura de muertes maternas	1.Talleres para la migración a la	1.Talleres regionales de intercambio

		en la implementación del Sistema de Información Perinatal	en los sistemas de registros vitales Registros de morbilidad materna grave Sistemas de información y de vigilancia materna y perinatal implantados y consolidados	versión SIP	de experiencias de implementación y análisis de la información producida
		Lograr el fortalecimiento de la Vigilancia Activa y el análisis de la Mortalidad Materna	% de instituciones de atención obstétrica de urgencia (básica y ampliada) que llevan a cabo auditorías de todas las muertes maternas % de Muertes Maternas analizadas por comités de análisis con participación comunitaria	1.Funcionamiento de Comité de Análisis de Mortalidad Materna	1. Asistencia técnica en análisis de MM (Causa – Raíz o Nodos Críticos) en las jurisdicciones
		Fortalecer la estrategia del Modelo de Atención Postaborto	% de Uso de Aspiración Manual Endouterino % de Consejería y entrega de Métodos Anticonceptivos al alta % de instituciones con historia clínica postaborto	1.Capacitación en atención post-aborto 2. Talleres de sensibilización capacitación 3. Entrega de insumos	
Recién nacido: neonatología	Reducción de la morbi-mortalidad neonatal por medio del mejoramiento de la atención al Recién Nacido Disminución de la Mortalidad Infantil neonatal por causas reducibles	Regionalización de la atención neonatal (UCIN grandes con > 15 pac/día; Mejora de la calidad de atención; Racionalización y mejora de las condiciones laborales para RR.HH; Organización de redes regionales)	Sistema de atención neonatal organizado con un esquema de complejidad creciente en el que cada efector cumple un rol predeterminado con cumplimiento de condiciones neonatales esenciales Presencia de Red de Atención neonatal conformada con referencia y contra referencia, Sistema de Comunicaciones, de referencia y contra-referencia, Traslados N° de Partos en maternidades seguras / Total de partos N° de maternidades categorizadas / total de maternidades N° de neonatos con problemas en el	1.Categorización de centros de referencia neonatal 2.Capacitación para la estabilización en los niveles de menor complejidad 3.Asistencia técnica para la gestión de unidades grandes 4.Capacitación en el diseño de programas de manejo de las derivaciones 5.Diagnóstico de situación realizado en conjunto con responsables locales	

<p>Indicador: Tasa de Mortalidad Infantil Neonatal</p>		<p>traslado/ total de neonatos trasladados N° de UCIN con funcionamiento adecuado/ total de UCIN Proporción de Pacientes/médico enfermeros N° de RN fallecidos < 1500 gramos / total de nacidos vivos con < 1500 gramos N° de pacientes con complicaciones por traslado/ total de traslados</p>	<p>6.Consenso local con los profesionales para la distribución de roles específicos 7.Seguimiento con visitas quincenales para evaluación de avances 8.Rotaciones del personal de la neonatología por servicios de reconocida calidad</p>	
	<p>Mejoramiento de la atención de neonatos con cardiopatías congénitas (CC)</p>	<p>N° de muertos con CC/ total de CC diagnosticadas Prenatal: N° de derivados postnatales / total de CC N° de niños con CC candidatos a cirugía fallecidos pre quirúrgico/ CC con indicación quirúrgica Derivación dentro de los 7 días de solicitada/ total de solicitudes N° de niños con CC/ total de Nacidos Vivos</p>	<p>1.Capacitación para el diagnóstico pre y postnatal 2.Capacitación en traslado 3.Provisión de prostaglandinas 4.Fortalecimiento del centro coordinador y articulación entre sistemas prestadores</p>	<p>5. Talleres regionales: 4 talleres anuales 1 por trimestre 6. Compra de x ampollas de prostaglandinas en una licitación anual con 2 entregas parciales semestrales 7. Compra de equipamiento de comunicación e informático</p>
	<p>Capacitación para la Reanimación (RCP) Neonatal</p>	<p>Encefalopatías Hipóxicoisquémicas/ total de nacidos vivos N° total de capacitaciones/ N° de nacidos vivos</p>	<p>1.Entrenamiento en RCP para el personal de salud que atiende partos y neonatos. 2.Formación y Control de instructores</p>	<p>3. Impresión de poster lavable para RCP 4. Distribución de materiales</p>
	<p>Prevención de la ceguera por Retinopatía del Prematuro (ROP)</p>	<p>Incidencia y prevalencia de Retinopatía del Prematuro N° de niños en oxígeno con saturaciones sobre rango recomendado/ niños tratados con Oxígeno</p>	<p>1.Provisión de Equipamiento específico 2.Capacitación de personal idóneo 3.Disponibilidad de oftalmólogos para tamizaje 4.Disponibilidad de centros regionales de tratamiento</p>	<p>6. Impresión de Oblea autoadhesiva para incubadoras sobre saturación óptima de Oxígeno en prematuros; Fascículo sobre "Saturación óptima de Oxígeno en prematuros"; Folleto sobre prevención de ROP dirigido a las familias; Libro "Prevención de la ceguera en la infancia por</p>

				5.Capacitación del personal en las áreas de atención de neonatos en el uso adecuado del oxígeno	Retinopatía del Prematuro". 7. Provisión y mantenimiento de equipamiento para monitoreo y administración de oxígeno
		Prevención de la Infección Respiratoria Aguda – Palivizumav	N° de Guías distribuidas Niños seguidos en consultorios de alto riesgo/total de niños de riesgo egresados N° de pacientes tratados/ total de pacientes en riesgo N° de Fallecidos por Virus Sincicial Respiratorio/ total de internados por Infección Respiratoria Aguda N° de pacientes que recibieron 4 dosis de Palivizumav/ total de pacientes que requerían 4 dosis	1.Evaluación de los programas de seguimiento existentes 2.Creación del comité de revisión de las Guías de Seguimiento 3.Capacitación en Seguimiento 4.Capacitación del recurso humano	5. Impresión y distribución de los ejemplares de la "Guía de seguimiento del Recién Nacido de Riesgo" 6. Información a la comunidad 7. Distribución del monoclonal específico
		Alta Conjunta al binomio madre hijo	% de neonatos egresados con lactancia materna exclusiva	1.Capacitación en el proceso de Alta conjunta y en la detección de riesgo socio-sanitario 2.Folletería, charlas y presentaciones gráficas varias 3.Promover lactancia materna	4. Producción y multicopiado de un video apto para capacitar a los equipos de salud y para ser visto por la población en consultorios y salas de espera de maternidades
		Mejoramiento de la calidad de los datos	N° de historias neonatales cargadas/ total de Recién Nacidos	1.Generalización del Sistema Informático Perinatal neonatal	2. Talleres de capacitación
		Marco de referencia para el manejo de los niños en el límite de la viabilidad	N° de niños < 500 g inscriptos como vivos/ total de Nacidos vivos	1.Delphi de Consenso	2. Redacción de un protocolo del marco de referencia
Infante y Niño: salud infantil	Disminuir la mortalidad posneonatal Disminuir la Mortalidad Infantil posneonatal por causas reducibles	Disminuir la mortalidad por causa Respiratoria	Tasa de Mortalidad Infantil específica por causa Respiratoria	1.Curso de Capacitación Anual 2.Campaña de invierno 3.Sostenimiento del paciente crítico 4.Fortalecimiento de la gestión hospitalaria. Capacitación en servicio. Hospitales de Día-	8. Relevamiento de los servicios en las jurisdicciones críticas y elaboración del plan de acción. 9. Comité de Control de Infecciones hospitalarias; Comité de análisis de Mortalidad infantil 10. Compra de medicamentos para la campaña de invierno: Salbutamol-corticoides y antibióticos

<p>Indicador: Tasa de Mortalidad Infantil Postneonatal Disminuir la mortalidad < de 5 años</p> <p>Indicador: Tasa de Mortalidad de Menores de 5 años</p> <p>Promover la salud integral de los niños menores de 6 años</p>			<p>Oficinas de Comunicación a Distancia</p> <p>5.Organización del seguimiento del paciente de riesgo</p> <p>6.Provisión de insumos y equipamiento crítico</p> <p>7. Distribución de Saturómetros</p>	<p>11. Edición y difusión de materiales de comunicación y capacitación</p> <p>12. Guía del programa Infección respiratoria</p>
	Disminuir la mortalidad por Síndrome Muerte Súbita del Lactante	Tasa de Mortalidad Infantil específica por Muerte Súbita del Lactante	<p>1.Campaña de comunicación social</p> <p>2.Encuesta en las Maternidades</p> <p>3.Capacitar en diagnósticos y registros</p>	<p>4. Afiches, folletos y sticker para cuna; Formularios para la encuesta en maternidades</p> <p>5.Promover las autopsias verbales en los casos de muertes domiciliarias</p>
	Disminuir la mortalidad por Diarrea.	Tasa de Mortalidad Infantil específica por Diarrea	<p>1.Provisión de insumos y equipamiento crítico</p> <p>2.Compra de sales de rehidratación oral.</p>	<p>3. Capacitación para enfermería en prevención y atención del niño con diarrea</p>
	Favorecer la atención de los niños discapacitados	Tasa de mortalidad específica por malformaciones	<p>1.Conformar una red de las instituciones y ONG que trabajan en el tema</p>	<p>2.Articular con la red de genética y armado de página en internet</p>
	Promover el Control de Salud	% de cobertura pediátrica	<p>1.Capacitación y asistencia técnica para la promoción, prevención y atención de la salud del niño menor de 6 años</p>	<p>2.Guías de control en salud del niño menor de 6 años</p>
	Estimular el Desarrollo Infantil	% los centros de salud donde se elaboran proyectos y actividades para la promoción del desarrollo infantil	<p>1.Curso de Capacitación</p>	<p>2.Contratación de profesionales para realización de los cursos</p>
	Promover la Salud Ambiental	% de Htales Pediátricos con exposición al mercurio y Radiaciones en los niños internados %mortalidad por monóxido de carbono	<p>1.Campañas de comunicación social</p> <p>2.Registro de familia fumadora en la historia clínica</p>	<p>3. Desarrollo de las Unidades Pediátricas Ambientales</p>
	Prevenir y erradicar el Trabajo Infantil	% de niños que trabajan	<p>1.Capacitación a los equipos de salud en trabajo infantil y sus consecuencias</p>	

		Mejorar la Nutrición Infantil	Porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 2, 4 y 6 meses Prevalencia de desnutrición infantil Tasa de mortalidad infantil por desnutrición Prevalencia de deficiencia de micronutrientes Prevalencia de obesidad infantil	1.Reuniones periódicas interministeriales 2.Encuesta de prevalencia de Lactancia Materna 3.Provisión de leche fortificada Impresión de afiches	
		Inmunizaciones	Proporción de niños de 1 año inmunizados contra el sarampión	1.Provisión de vacunas 2.Comunicación social	3. Campañas de inmunización
Adolescentes	Disminuir la Morbilidad y la Mortalidad por gestación en la adolescencia	Disminuir embarazo no planificado Mejorar el cuidado de embarazos Disminuir morbi-mortalidad por abortos inseguros	Tasa de natalidad entre las adolescentes Proporción de embarazos adolescentes Tasa de fecundidad adolescente tardía por cada 1.000 mujeres adolescentes según jurisdicción de residencia de la madre Tasa de fecundidad adolescente precoz por cada 1.000 mujeres adolescentes según jurisdicción de residencia de la madre Tasa de mortalidad adolescente por abortos inseguros	1.Facilitar el acceso a la información 3.Facilitar el acceso a los servicios de salud a jóvenes y adolescentes 4.Establecer la consulta confidencial en el sistema de salud cuando se produce el acceso de adolescentes y jóvenes 5.Instalar Consejería pre aborto durante la consejería en Salud Sexual	2. Instalar referentes de Programa Adolescencia en las jurisdicciones 6.Diseñar Formulario para certificado de salud unificado que incluya información específica en derechos Instalar Búsqueda activa de adolescentes en riesgo de embarazo no planificado 7.Instalar el test rápido de embarazo en la consulta confidencial
	Disminuir Consumo episódico de riesgo de alcohol		Número de consultas de jóvenes en guardias por intoxicación etílica	1.Establecer sistema de vigilancia epidemiológica sobre consumo de alcohol	
	Disminuir tasa de suicidios		Tasa de suicidios adolescentes Tasa de mortalidad del adolescente por causas externas	1.Establecer sistema de vigilancia epidemiológica sobre muertes por causas externas en jóvenes 2.Establecer Sistema de reportes de suicidios	3. Articulación interministerial: salud, educación, trabajo, economía

4.- Propuesta Metodológica. Costeo de Intervenciones Sanitarias Específicas bajo Limitaciones de Información

4.1.- Marco de análisis

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). La desigualdad en la distribución del ingreso potencia el desafío de contar dentro de las fronteras de un país con grupos poblacionales asociados con perfiles y necesidades sanitarias muy disímiles. La presencia de un fenómeno de acumulación epidemiológica –típico de la región latinoamericana-, 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 abarcativos 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, hacedores de política (*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.

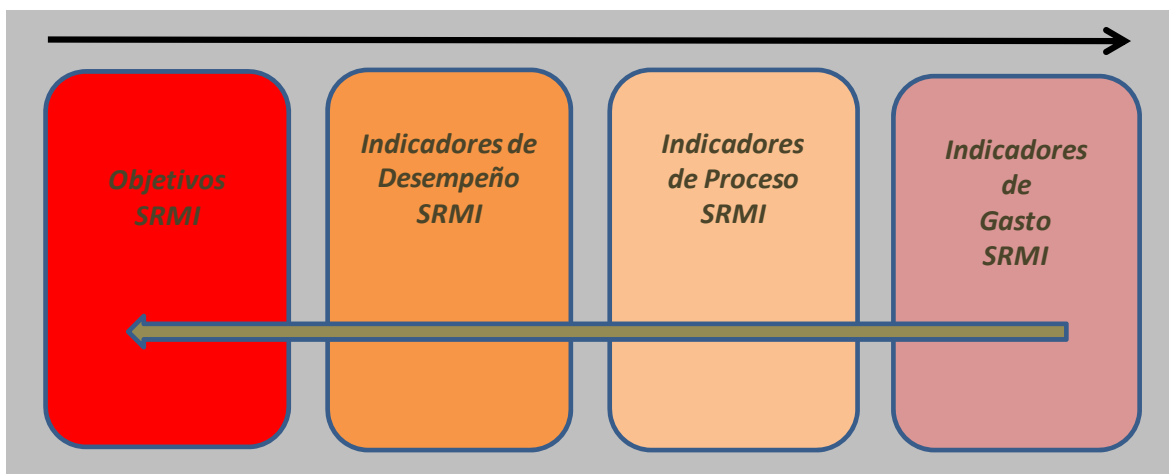
Esta lectura, que identifica líneas de seguimiento entre “acciones-programas-objetivos intermedios-objetivos sanitarios” provoca dos reacciones preliminares. La primera es que el impacto de los indicadores de proceso debe ser evaluado como parte de un esquema multi-causal, donde cambios similares en 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 estado 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 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. Esta estructura de análisis parte del margen izquierdo de la figura presentada a continuación y avanza hacia la derecha.



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 SCS y la metodología del INSP 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:

- 1- 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.
- 2- 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.

- 3- 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.
- 4- 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.
- 5- 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 y 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, 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.
- 6- 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.

4.2.- Componentes de la Estructura de Gasto en Salud e Implicancias

Recurriendo a la estructura del gasto nacional en salud en un país típico de la región latinoamericana y del Caribe, podemos decir que tal estructura se encuentra organizada en base a los recursos ejecutados desde: 1.El presupuesto público, 2. Las instituciones de la seguridad social y, 3. Gastos de bolsillo de las familias. Tales componentes del gasto en salud serán analizados a continuación.

4.2.1.- Presupuesto público

El presupuesto público tiene su origen principalmente en impuestos directos e indirectos, provenientes de la estructura impositiva del país, con mayor o menor nivel de progresividad, y es complementado con ingresos provenientes del comercio exterior y el movimiento de capitales, factor especialmente eficaz en naciones con sectores que capturan divisas de la exportación, o que cuentan con una política de protección de la industria local, que impone

tasas y otros gravámenes a la entrada de bienes y servicios. Adicionalmente, las entradas de fondos provenientes del crédito internacional completan las fuentes de recursos tradicionales.

En la medida que el sistema institucional del país es federativo (Brasil, México, Argentina), o el sector salud se encuentra descentralizado (Colombia, Bolivia), la gestión de las unidades sub-nacionales cobra mayor relevancia, y el análisis de los presupuestos ejecutados a nivel nacional no brindan información suficiente para avanzar en un proceso de costeo.

De todos modos, es particularmente importante identificar cómo los mecanismos de descentralización afectan la toma de decisiones en el sistema sanitario del país. En general, el proceso de descentralización implica mayor autonomía en la gestión de recursos a partir de objetivos sanitarios definidos centralmente. En otros casos, los estados sub-nacionales son los responsables de la recolección de fondos y de la identificación del modelo de aseguramiento social dentro del sector público. Bajo esta estructura, no sólo las funciones de gestión y prestación de servicios se encuentran descentralizadas, sino también las de rectoría, financiamiento y aseguramiento.

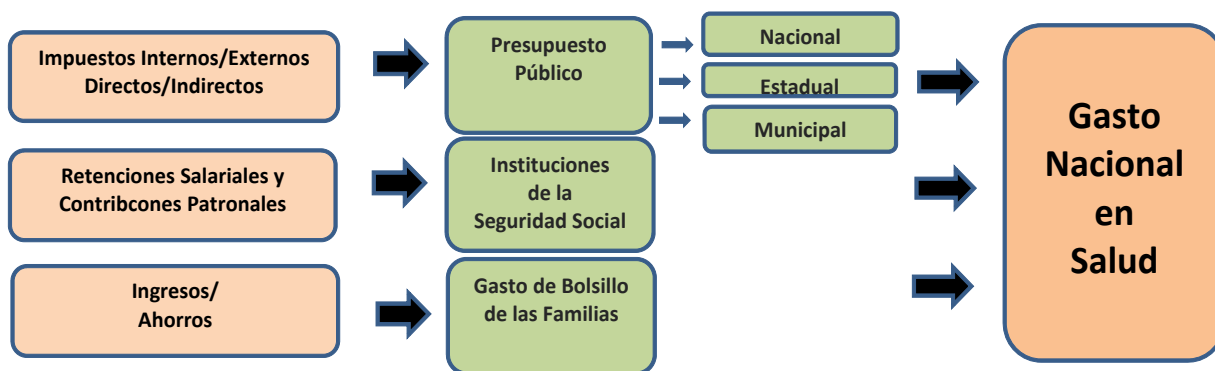
Estas distinciones afectan los modos de tomar decisiones, como también los usos de recursos entre autoridades sanitarias nacionales, estatales (provinciales, regionales, departamentales, según el país) y locales.

4.2.2.- Instituciones de seguridad social

Un segundo bloque presupuestario se origina en los esquemas de seguridad social. En la región latinoamericana, la presencia de este tipo de estructuras es ampliamente difundida, y toma variadas formas y mecanismos de asignación del gasto. En algunos casos, estas instituciones son únicas a nivel nacional y se encuentran centralizadas, o se encuentra un fondo de aseguramiento social principal y mayoritario y algunos seguros menores, como en las naciones centroamericanas, o el caso de la Caja Nacional de Salud de Bolivia, el Sistema Único de Salud de Brasil, o el FONASA de Chile, por ejemplo. En otros, el nivel de atomización es mayor, incluyendo la participación de actores privados en las funciones de gerenciamiento y prestación. Tal es el caso de las mutuales del Uruguay, o las Empresas Promotoras de Salud de Colombia. El caso de Argentina, como extremo opuesto, ofrece un abanico de más de trescientas instituciones de aseguramiento social, gestionadas por estructuras públicas descentralizadas y sindicatos.

Conforme mayor sea la descentralización de tareas (financiamiento, aseguramiento, gestión de recursos, prestación de servicios), mayor es el desafío de obtención de información, en tanto multiplica las fuentes a las cuales recurrir para brindar un costeo completo de actividades de Salud Reproductiva y Materno Infantiles. Esquemas más concentrados reducen las exigencias de consulta múltiple de fuentes de datos. Las naciones del Caribe Inglés, o Cuba, no cuentan con este tipo de instituciones asociadas con el mercado laboral, y recurren como fuente pública de financiamiento a los presupuestos ministeriales.

Las bases del financiamiento de los modelos de aseguramiento social provienen generalmente del impuesto al trabajo. Un porcentaje fijo se deduce de los ingresos salariales, y otro porcentaje se extrae como aporte patronal, siendo la suma de ellos la contribución individual al fondo social de salud. Esta estructura de recolección compulsiva de fondos a través del mercado de empleo formal posibilita un mecanismo efectivo de obtención de recursos, aunque muestra ciertas distorsiones en el mercado laboral y asocia la suerte del sistema de salud al desarrollo del empleo formal. De este modo, naciones con mayor cobertura de empleo formal cuentan con porcentajes relativamente altos de cobertura sanitaria, aunque la volatilidad macroeconómica encuentra un efecto directo y pro-cíclico en el sector.



Tanto en el análisis de los fondos provenientes del sector público como aquellos originados en la seguridad social, es necesario considerar la estructura de división de tareas entre agentes participantes. En algunas naciones, la presencia de programas nacionales materno-infantiles avanza en la simplificación del cálculo de gastos específicos vinculados con nuestro objeto de estudio, más allá de la segmentación sectorial. En otros casos, la atomización del sistema vuelve muy compleja la captura de toda la información vinculada con el financiamiento de actividades específicas, debiendo recurrirse a mayores fuentes de datos, como también a la estimación de estructuras sub-nacionales y locales, de difícil acceso.

4.2.3.- Gasto de bolsillo de las familias

Finalmente, el tercer componente del gasto nacional en salud es la contribución directa de las familias. Las fuentes de financiamiento en este caso tiene como unidad de contribución a la familia, a partir de sus capacidades diferenciales de ingreso, el uso de ahorros, o el endeudamiento. La literatura sobre economía de la salud ha invertido cuantiosos esfuerzos en analizar este componente en particular.

En principio, se entiende que en los casos en que la proporción del gasto sanitario recae principalmente en los hogares, el sistema de salud es más inequitativo, en tanto descansa en la capacidad contributiva individual. Familias de menores recursos poseen menor capacidad de pago, más allá de sus necesidades de atención. Ello impulsa diferenciales de conducta frente a

la enfermedad (retraso en el momento de recurrir al sistema de salud, uso de mecanismos informales de consulta, etc.).

Asimismo, el diferencial de ingresos afecta claramente no sólo a la capacidad de comprar seguros de salud (donde el gasto no se vincula necesariamente con la enfermedad, sino con la capacidad de organizar provisiones financieras ante el evento de enfermedad), sino también a la posibilidad de encontrar estrategias preventivas de atención de la salud. En la medida que la consulta requiere un desembolso directo o indirecto (tiempos de espera, transporte, etc.), la probabilidad de orientar la estrategia de cuidado de salud en acciones preventivas se reduce. Ello afecta particularmente intervenciones prioritarias asociadas con la atención del niño sano, de la mujer en edad fértil, y en los controles pre y postnatales, tanto de la puérpera como del recién nacido.

La literatura sobre gasto catastrófico y gasto empobrecedor permite identificar asociaciones entre patrones socioeconómicos y estructuras comportamentales de gasto. Sobre ellas actúa el Estado mediante un abanico de intervenciones de promoción y comunicación, de atención primaria en el primer nivel, en la organización de programas prioritarios.

Lustig (2001) identifica distintos mecanismos de acción ante la probabilidad de enfermedad, distinguiendo entre la presencia de un seguro (privado o social), el autofinanciamiento mediante ahorros familiares, y otros mecanismos de autoprotección como conductas saludables, práctica de deportes, etc. El trabajo de Baeza y Packard (2004) permite conocer las experiencias de medición de gastos catastróficos y empobrecedores en América Latina, estudio recientemente actualizado por Knaul et al (2012) para siete países de la región⁹.

Es importante mencionar que a partir del contexto económico, demográfico y epidemiológico de la población, los participantes del sistema de salud que conforman tal estructura, es decir, pacientes, médicos, financiadores, Estado, definen su comportamiento y establecen interacciones que conducen a resultados sectoriales específicos (Maceira, 1998). Tales resultados incluyen, entre otros, la tasa de mortalidad infantil, los niveles de acceso por subsistema y sector social, entre otros.

A diferencia de los otros dos componentes del gasto nacional en salud (presupuesto público e instituciones de seguridad social), donde la base de acceso a información relevante son los presupuestos ejecutados por unidad de gestión y por desagregación a nivel geográfico (nación,

⁹ A fin de medir y comparar la capacidad de los distintos arreglos institucionales en salud para brindar cobertura y protección financiera a los hogares, se han desarrollado indicadores que dan cuenta de tales fenómenos, facilitando comparaciones en el tiempo y entre sistemas de salud disímiles. La definición de Contribución Financiera (HFC), introducido por Xu et al. (2003), representa la carga financiera soportada por las familias y atribuida a pagos en el sistema de salud. La misma se traduce en una tasa que vincula los aportes al sistema a través de impuestos generales, contribuciones al sistema de seguridad social, seguros privados, y pagos de bolsillo, con su capacidad de pago. Esta Capacidad de Pago se define para una familia como su ingreso efectivo (el consumo de las familias) menos el gasto en subsistencia (línea de pobreza). La definición de esta medida de Contribución Financiera en Salud de las familias da lugar a los indicadores de gasto catastrófico y empobrecedor.

estado, departamento, etc.) o institucional (seguros, programas, etc.), el gasto de bolsillo de las familias se observa a partir del análisis de encuestas de hogares.

El análisis de tales encuestas cumplirá un rol sumamente importante en la propuesta metodológica que aquí se presenta. Por un lado, permitirá dar cuenta del gasto de bolsillo en servicios y bienes de salud que es realizado por las familias. Por otro, y más importante aún, facilitará la caracterización de la población objetivo, e identificar sus patrones de gasto en Salud Reproductiva y Materno Infantil. Esto último será de gran importancia para identificar qué proporción del gasto nacional en salud corresponde a SRMI, no sólo a nivel del gasto de los hogares, sino también a nivel de los otros componentes del gasto nacional, es decir, el presupuesto público y las instituciones de seguridad social.

4.3.- Gasto Presupuestal Público y de Seguridad Social en SRMI. Asignación General y Asignación Específica

A partir de lo señalado en la sub-sección anterior, se verifica la presencia de dos tipos de fuentes informativas para el cálculo de costos sanitarios en general, y de costos en intervenciones de SRMI en particular. El primer tipo está representado por los datos administrativos provenientes de fuentes públicas y de seguridad social, surgida de los costos ejecutados que culminan estableciéndose como los presupuestos devengados ya desembolsados por jurisdicción. A mayor nivel de descentralización administrativa, la recolección de fondos se vuelve más amplia. El segundo tipo de fuente informativa proviene de las encuestas de hogares. Ellas dan cuenta de información valiosa, que desarrollaremos en las siguientes secciones, pero que pueden resumirse en dos grandes bloques informativos: gasto de bolsillo de las familias y usos de los sistemas sanitarios una vez que la necesidad fue percibida y se tradujo en una demanda al sistema sanitario (siendo tal demanda finalmente satisfecha o no). Ambos tipos de fuentes informativas deberán ser combinadas para satisfacer las necesidades de cálculo de costos.

Cuáles son los niveles de desagregación necesarios para avanzar en el cálculo de costos unitarios en salud constituye el objetivo de la presente sub-sección, y de qué modo la combinación de fuentes brinda asistencia para complementar el cálculo esperado, será la meta a ser alcanzada en la sub-sección próxima.

En primer lugar, los presupuestos públicos y de seguridad social cuentan con cierto nivel de desagregación, que varía entre países y momentos del tiempo. Sin embargo, es posible identificar dos grupos de gastos conformados por categorías estándar. Tales grupos están representados por: a) Gastos “generales” en salud, entre los que se encuentran las erogaciones en promoción, prevención y comunicación de la salud, y las funciones de rectoría y regulación, y b) Gastos “específicos” en salud, entre los cuales sería posible identificar el gasto específico en SRMI, entre los que se encuentran las erogaciones en la atención sanitaria, ya sea ella preventiva o curativa, en instalaciones propias o subcontratadas, y la compra y distribución de insumos.

La siguiente figura exhibe la clasificación referida.



Resulta claro que la búsqueda de costos unitarios en servicios específicos (como es el caso de los SRMI), requiere la separación de tales desembolsos de aquellos de tipo generales, que se llevan a cabo para toda la población del sub-sistema de salud, independientemente de sexo, edad, y condición social.

De este modo, el presupuesto público ejecutado de un ministerio o secretaria sanitaria ofrecerá un grupo de actividades de salud que afectan a todos los habitantes de la nación/provincia/departamento/estado, más allá de ser o no población usuaria del subsistema público o de seguridad social. Campañas de comunicación o el financiamiento de superintendencias de control y rectoría, por dar sólo un par de ejemplos, representan un nivel de gasto que debe ser distribuido sobre la totalidad de la población, en tanto el gasto en atención de necesidades reproductivas y materno-infantiles sólo es ejecutado en base a los usuarios efectivos. De acuerdo a cada caso, cambia el denominador relevante a partir del cual se prorratan los gastos del sistema. En esta dirección, el uso de la información disponible en encuestas de hogares se revela como la estrategia más adecuada para avanzar en tal dirección, habida cuenta que suministraría información sobre la composición y las características de la población objetivo y sus tasas de uso de servicios y bienes de salud por clase.

Como es de esperar, a mayor nivel de desagregación en el cálculo de costos en salud, mayor es el nivel de dificultad para combinar adecuadamente las fuentes de financiamiento, así como también mayores serán las limitaciones de datos existentes. Es importante notar que todos los métodos de cálculo de costos presentados en los documentos de La consultase enfrentan ante los mismos desafíos. En ocasiones, propuestas más estilizadas chocan contra la falta de datos necesarios para implementarlas. Nuestra propuesta sugiere una metodología que contiene algunos de los argumentos ofrecidos en las contribuciones anteriores, y aporta elementos adicionales que facilitan el cálculo en situaciones concretas.

Dependiendo de cada ministerio nacional o sub-nacional, y de cada seguro social, la ejecución presupuestaria brindará material informativo diferente para el cálculo. Dos ejemplos pueden ilustrar este argumento:

i. La prestación de servicios sensibles de salud reproductiva y materno-infantil puede ser ejecutada por prestadores propios o subcontratados. Si los servicios son propios, los presupuestos ejecutados normalmente se encuentran desagregados por líneas de insumos dentro de la “función de producción” de servicios de salud: recursos humanos, inversiones, equipamiento, entre otros. Sin embargo, no se encuentra una desagregación por “tipo de producto”: consultas preventivas, curativas, por sexo, por tipo, etc. En estos casos, la aproximación metodológica para el cálculo difiere del caso inicial en que la prestación se realiza mediante la contratación de prestadores privados a los cuales se les abona por prestación, o a los mismos prestadores públicos, siempre que existan premios o reconocimientos especiales vinculados con metas específicas por tipo de servicios ofrecidos. Más aún, en los casos donde la prestación subcontratada responde a un pago capitado, usualmente la información desagregada no se encuentra disponible, por lo cual es necesario establecer supuestos de uso y gasto mediante fuentes complementarias.

ii. La producción y distribución de insumos, tales como anticonceptivos orales, por ejemplo, ofrecen diferentes modos de cálculo de costos según el mecanismo utilizado. Si la producción es privada, adquirida por el Estado mediante licitaciones públicas, es posible establecer costos unitarios aunque no necesariamente se pueda identificar a la población usuaria, salvo que existan programas específicos de distribución. Si la usuaria recibe su anticonceptivo en los centros de salud u hospitales, seguramente deberá avanzarse en un supuesto acerca de las características básicas de tales usuarias, de modo de conjeturar patrones de uso.

Ambos ejemplos muestran como iguales servicios, bajo distintos marcos de implementación, brindan desafíos diferentes al personal encargado de estimar sus costos. A pesar de ello, es posible avanzar en una estandarización de la metodología de cálculo, la cual contará con distintos componentes a ser utilizados -algunos más intensamente que otros- de acuerdo con las características sanitarias del país bajo estudio.

4.4.- Las Encuestas de Hogares como Instrumentos para el Cálculo del Gasto en Salud Reproductiva Materno Infantil.

Durante las últimas décadas, el uso de encuestas de hogares para el análisis de patrones de gasto y utilización de servicios de salud en la región latinoamericana se ha extendido profusamente, tanto desde las instituciones científicas como desde los organismos internacionales. La misma Organización Panamericana de la Salud ha publicado aportes significativos en esta dirección. Estos estudios ofrecen la oportunidad de identificar patrones de comportamiento de los usuarios frente a su sistema sanitario, procurando establecer brechas de acceso entre grupos sociales, desembolsos de bolsillo por quintiles de ingreso y por composición de las familias, tipo de servicios a los que se accede, trazadores de cuidados preventivos y curativos a través de países y regiones, etc.

Como fuera mencionado en las sub-secciones previas, el análisis de las encuestas de hogares permite, por un lado, dar cuenta del gasto de bolsillo en servicios y bienes de salud que es realizado por las familias y, por otro, caracterizar a la población objetivo e identificar sus patrones de gasto y su lugar de consulta en servicios sanitarios en general y en SRMI en particular. Esto último será de gran importancia para establecer el gasto nacional realizado en SRMI, no sólo a nivel de los desembolsos de los hogares, sino también a nivel de los otros componentes del gasto nacional, es decir, el presupuesto público y las instituciones de seguridad social.

En algunos casos, el uso de las bases de datos de encuestas de hogares permite inferir directamente la población objetivo que conformará el denominador necesario para el cálculo de los gastos específicos provenientes de presupuestos públicos discutidos en la sub-sección 4.3. Tal es el caso de población infantil vacunada, o las consultas de control de embarazadas. En otros casos, es necesario establecer supuestos sobre poblaciones usuarias que permitan, en base a criterios y supuestos razonables y sustentados metodológicamente, generar indicadores de consumo que complementen aquellos relativamente más evidentes.

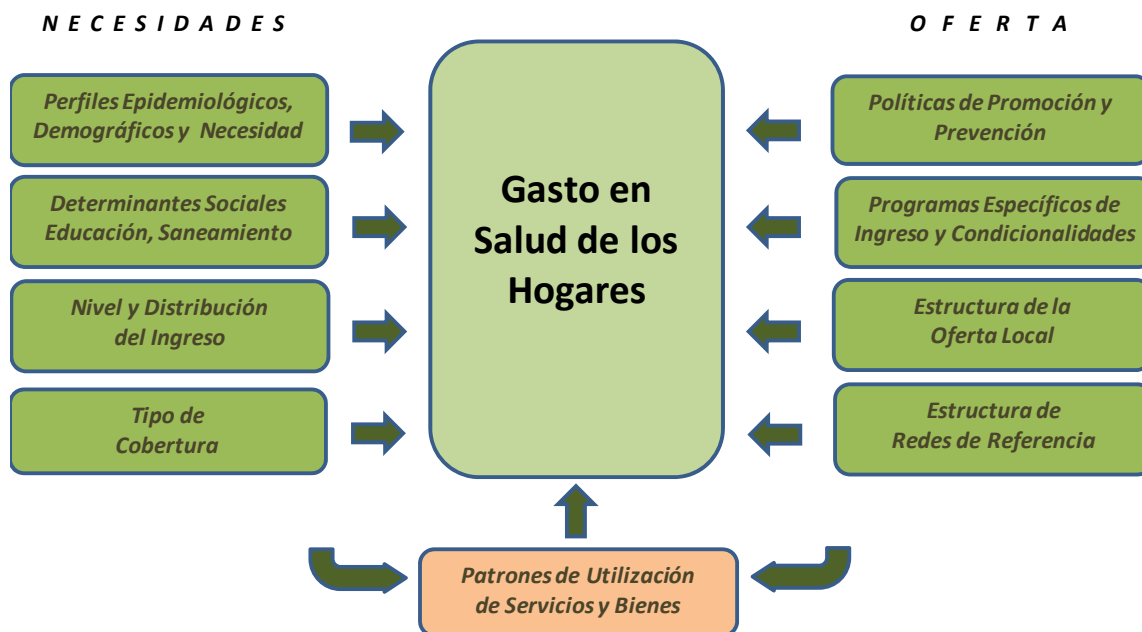
A fin de poder avanzar en esta dirección, debe considerarse que el gasto en salud realizado por los hogares refleja una serie de conductas y patrones de utilización de servicios y bienes de salud. Estos patrones se encuentran influidos no sólo por las necesidades de la población, sino también por las características de la oferta institucional sanitaria, por lo que, consecuentemente, tanto necesidades sanitarias como oferta de servicios y bienes de salud determinan, directa e indirectamente, el gasto en salud realizado por los hogares. La siguiente figura resume este argumento.

A partir de las encuestas de hogares, en definitiva, es posible obtener tres grupos de variables que resultan valiosas al momento de calcular los costos en salud reproductiva y materno-infantil:

- a) Los gastos específicos en SRMI realizados directamente por las familias a través de su gasto de bolsillo,
- b) El grupo de determinantes sociales que impulsan, dada la estructura de la oferta existente, la utilización de los servicios sanitarios y los desembolsos monetarios asociados,
- c) Los patrones de utilización de servicios y bienes de salud por parte de las familias, desagregados por grupo étnico, por quintil de ingresos, por subsistema, y por región. Estos patrones de utilización facilitan la obtención de un conjunto de “denominadores” (cantidad de personas atendidas por subsistema) a partir de los cuales, junto con el grupo de determinantes sociales que los impulsan, podría estimarse la proporción del gasto general que correspondería a servicios y bienes de salud asociados con la SRMI.

Un análisis especial merece el caso en el que las encuestas de hogares no brinden un tratamiento explícito al gasto de tipo preventivo en salud reproductiva y materno-infantil realizado por las familias, y cuya identificación requerirá de al menos dos tareas.

En primer lugar, resulta necesario discernir entre la población característica del espacio SRMI de aquella que no lo es. Los hogares con niños y niñas menores de 10 años entran bajo la categoría seleccionada, del mismo modo que aquellos con adolescentes y mujeres en edad fértil. En segundo lugar, resulta necesario estimar la “probabilidad” de utilizar servicios preventivos por parte de los potenciales usuarios definidos en el punto anterior, dado la ausencia de enfermedad y de una consulta al sistema de salud.

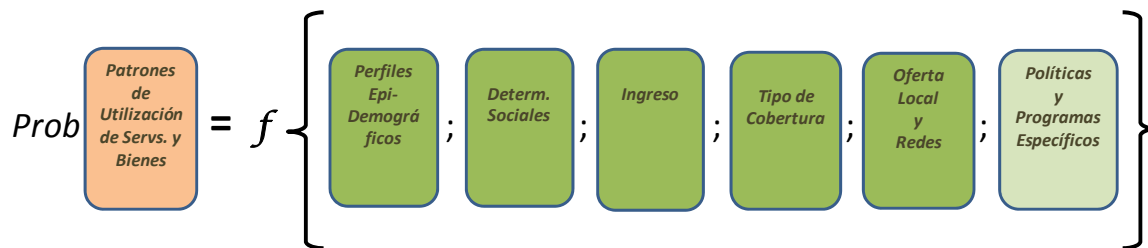


A través de la estimación de un modelo estadístico-econométrico del tipo probit puede identificarse la relación entre la realización o no de una consulta y las características socioeconómicas (sexo, edad, ingreso, tipo de cobertura, etc.) y epidemiológicas del mismo (presencia de enfermedades crónicas, estado de salud auto-reportado, etc.), que se encuentra disponible en las encuestas de hogares.

Eventualmente, este mecanismo de estimación asimismo contribuye a establecer brechas por tipo de consulta (preventiva/curativa) entre grupos etarios, facilitando no sólo el cálculo de asignación de gasto en SRMI, sino también las brechas existentes en el acceso a los mismos entre contingentes con características diferentes, y extrapolar tales relaciones por subsistema y por región geográfica.

Adicionalmente, la información administrativa sobre estructura de la oferta, y el análisis de políticas implementadas, facilitarán la inclusión de factores institucionales de influencia sobre los patrones de uso de la población.

De modo esquemático, la siguiente figura (Ecuación 1) sintetiza lo expresado anteriormente.



4.5.- Objetivos de SRMI y Gasto en Salud. Propuesta de Análisis

En la sub-sección 5.3 se analizaron las estructuras de gasto presupuestal y de seguridad social a partir de fuentes administrativas (presupuestos generales y específicos), mientras que en la sub-sección 5.4 se sugirió, en base a encuestas de hogares, un mecanismo posible de distribución de tales gastos a nivel de la población, ya sea la totalidad del universo poblacional (gastos generales) o por subconjuntos receptores deservicios de SRMI. Se estableció que dichas encuestas de hogares brindan información no sólo para estimar el cálculo del gasto privado en salud, sino que también permiten identificar los determinantes de las conductas críticas de prevención y atención de las familias, a partir de variables de contexto socio-económico-demográfico, escala de la oferta y estructura de políticas vinculadas al sistema sanitario.

Esta sub-sección pretende establecer un vínculo entre el grupo de indicadores de SRMI seleccionados, resumidos en las Tablas 1 y 2 de la sección anterior, y las estimaciones de gasto en SRMI aquí discutidas. En esta dirección, se proponen dos mecanismos de aproximación.

El primero de ellos parte de considerar que cada uno de los indicadores de resultados sanitarios que surgen de las Tablas previas cuentan con igual estructura de costos subyacente, y a partir de esto puede obtenerse un indicador de costo-efectividad cuyo numerador sea un indicador específico de resultado y cuyo denominador sea el costo total en SRMI. Los resultados obtenidos en estos casos serán sólo indicativos de costo unitario, y podrían interpretarse como el costo unitario mediante variables "proxy" de resultados de SRMI. Salvo en los casos específicos de tasas de vacunación y uso de anticonceptivos, para los cuales existe información relativamente específica, en el resto de los casos la lectura será general y no-específica.

Una segunda aproximación consiste en establecer que los Objetivos de SRMI pueden "instrumentarse" a través de sus Indicadores de Desempeño. De una manera similar a lo expuesto en la sección anterior sobre la estimación de probabilidades de servicios preventivos por parte de los usuarios en base a sus características socioeconómicas y epidemiológicas, la aproximación aquí propuesta establece que es posible explicar las diferencias en cada uno de estos indicadores de desempeño en SRMI a nivel de naciones/provincias/estados/departamentos/municipios, y la subsecuente evolución temporal en los mismos, a partir de cuatro conjuntos de variables.

El primer conjunto reconoce la importancia de los determinantes sociales en el avance del cumplimiento de las metas de SRMI, de tal modo que la historia y el contexto a nivel estado/departamento/provincia/municipio influyen en su concreción.

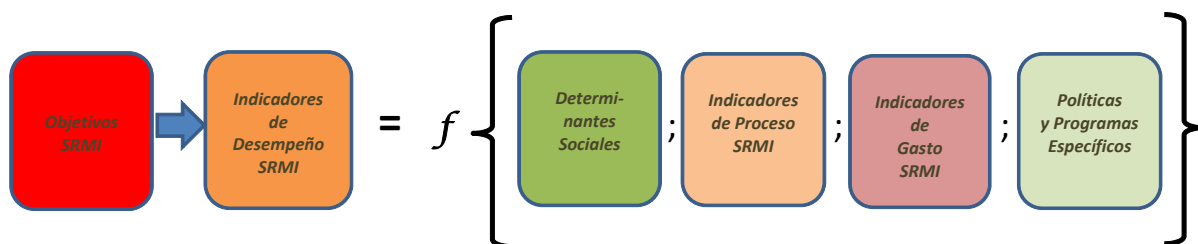
El segundo vector de indicadores son los propios Indicadores de Proceso sintetizados en la cuarta columna de las tabla 2 e instrumentada mediante las acciones de salud implementadas para el cumplimiento de cada una de ellas (última columna de la misma tabla).

Estos indicadores cumplen una doble función. Desde una mirada sistémica, establecen qué avances en estos indicadores, manteniendo el resto de los elementos constante, contribuyen a mejorar los indicadores de desempeño, de tal modo que cambios en el sistema ofrecerán resultados diferenciales en salud. Desde una mirada de política sanitaria, tales indicadores constituyen las “variables de decisión” en la micro-gestión de SRMI. Movimientos de política eficaces que afecten los indicadores de desempeño ofrecerán mejores resultados de salud, con mayor o menor impacto en función del estadio socio-epidemiológico de la población sobre la cual se interviene.

El tercer vector de variables lo constituyen las estructuras de gasto propiamente dichas, que reflejan la influencia de los cálculos de costos sistémicos considerados a lo largo de la presente sección. Su incidencia refleja el accionar del mecanismo “de derecha a izquierda” en la matriz de indicadores presentada en la sección previa.

El cuarto vector refleja la implementación de medidas específicas de política llevadas a cabo en el país/provincia/estado o departamento bajo estudio.

La siguiente figura (Ecuación 2) resume estos argumentos, reconociendo la multi-causalidad en la explicación de los cambios en los indicadores de impacto seleccionados, donde el contexto, la micro-gestión, la asignación de recursos y la macro-política sanitaria comparten espacio en la determinación de los resultados en SRMI.

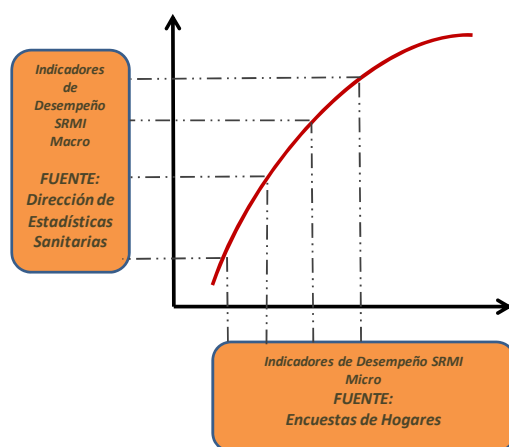


En función de este argumento, el último paso de esta secuencia de costeo consiste en definir y estimar un modelo econométrico que permita cuantificar y expandir la relación entre cada uno de los Indicadores de Desempeño en SRMI y los cuatro grupos de variables anteriormente referidas. Es preciso notar que, a partir de la metodología propuesta, el conjunto de variables de Determinantes Sociales surge de la utilización de las bases de datos provenientes de las

Encuestas de Hogares de cada país, y que los indicadores de proceso y de política se identifican a partir del análisis de información administrativa. Finalmente, los indicadores de gasto pueden ser calculados mediante el proceso sugerido en las sub-secciones previas, a un nivel de detalle que reconozca quintiles de ingreso, subsistema de salud al que pertenece, y región geográfica donde el hogar habita, permitiendo una apertura significativa.

A fin de poder implementar la estimación econométrica del modelo sugerido, es preciso reproducir la información al mismo nivel geográfico de detalle, (región, provincia, o departamento). De este modo, la última etapa metodológica consiste en expandir la data regional/estatal de tal modo que el indicador de desempeño “macro” (por ejemplo, tasa de mortalidad infantil), con fuente administrativa en las divisiones de estadísticas sanitarias de los Ministerios de Salud se traduzcan en indicadores de desempeño “micro” cuyo correlato informativo es la encuesta de hogares.

Gráficamente, se propone la estimación de una función (la relación presentada en rojo en la figura) entre los indicadores macro de SRMI con indicadores de micro-datos.



Esta relación permitirá “traducir” la variable dependiente de los indicadores de SRMI en versiones comparables a nivel local, habilitando la estimación econométrica argumentada previamente.

Afortunadamente, existe un grupo de variables usualmente disponibles en cualquier encuesta de hogar que permite instrumentar el indicador de Desempeño de SRMI en paralelo a datos macro a nivel de estado, provincia, departamento o región. Esta construcción permitiría llevar el indicador ODM a un espacio de análisis más reducido.

Una posibilidad es plantear un modelo estadístico-econométrico auxiliar de comportamiento (Ecuación 3) tal que el Indicador de Desempeño de SRMI local sea explicado por el nivel de ingreso de la familia, la condición de la misma en cuanto a su lugar de residencia (zona urbana

o rural y el status de empleado/a formal del jefe/a de hogar, lo que definirá un conjunto de coeficientes (α_i).

$$ID\ SRMI = \alpha_0 + \alpha_1 \text{ Ingreso} + \alpha_2 \%rural + \alpha_3 \text{ empleo formal}$$

Tales coeficientes pueden luego ser replicados a nivel de encuesta de hogares, generando un conjunto de variables dependientes que servirán de base para la estimación de la Ecuación 2.

El cálculo final permitirá, utilizando la información disponible, estimar el gasto total por indicador de desempeño en SRMI. Esta metodología admite la incorporación de nueva información, lo que llevará a un refinamiento de los indicadores en sucesivas iteraciones, permitiendo asociar desembolsos con resultados, incorporando aspectos de contexto, indicadores de proceso y de política.

5.- Conclusiones

La propuesta metodológica presentada a lo largo de estas páginas reconoce la necesidad de avanzar en el diseño e implementación de un mecanismo de costeo de intervenciones en salud reproductiva y materno-infantil sistemático y consistente en el tiempo. 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.

El documento, en una primera instancia, discute la relevancia de utilizar los indicadores definidos por los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 como instrumentos de trabajo en las tareas de identificación y costeo. A partir de ello, se analizan los indicadores de resultados que surgen de tales ODM, y cómo ellos se traducen en un grupo de trazadores de proceso a ser tenidos en cuenta en la propuesta de costeo posterior.

A lo largo de las secciones anteriores se justifica por qué el uso de los indicadores de SRMI basados en los Objetivos de Desarrollo del Milenio 4 y 5 pueden ser considerados como una primera aproximación para avanzar en criterios de delimitación del objeto de medición que resulten consistentes a nivel regional. La propuesta propone asimismo un segundo nivel de desagregación, en la medida que los ODM no agotan las intervenciones de SRMI. Para ello se identifican objetivos generales y específicos 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.

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.

Secuencialmente, se discuten los mecanismos de recolección de recursos mediante estructuras impositivas e imposiciones a los ingresos del mercado laboral, y cómo la descentralización en financiamiento, aseguramiento, gestión y prestación de servicios afecta la necesidad de fuentes complementarias de información administrativa, tanto a nivel nacional como sub-nacional, dependiendo del país.

La presencia de estructuras generales y específicas de gasto hace necesario avanzar en criterios estandarizados de cálculo de gasto por subsistema y por tipo de intervención, para lo cual la información administrativa se complementa con aquella surgida de las encuestas de hogares. Estas últimas aportan tres vectores de información relevantes: tasas de uso, nivel de gasto de bolsillo en salud, y determinantes socio-económicos de los patrones de comportamiento en salud identificados.

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.

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 jurisdicción y para cada país.

6.- Referencias

- Adam T.; Lim S.; Mehta S.; Bhutta ZA.; Fogstad H.; Mathai M.; (2005). "Cost effectiveness analysis of strategies for maternal and neonatal health in developing countries". BMJ.
- Baeza, C. and T. Packard (2006). "Beyond Survival. Protecting Household from health shocks in Latin America." Washington, Stanford University Press - The World Bank.
- Bernztein, R.; González Prieto G. (2011). Controversias en la Planificación Estratégica para la Reducción de la Mortalidad Materno-Infantil y por Cáncer Cérvico-Uterino en Argentina. Revista Argentina de Salud Pública 2(9):30-6.
- Bhutta Z.A.; Darmstadt G.L.; Hasan B.S.; Haws R.A 92005). "Community-Based Interventions for Improving Perinatal and Neonatal Health. Outcomes in Developing Countries: A Review of the Evidence". Pediatrics 115:519–617.
- Black R.; Morris S.; Bryce J. (2003). "Where and why are 10 million children dying every year?". The Lancet 361: 2226–34.
- Borghi J.; Ensor T.; Somanathan A.; Lissner C.; Mills A. (2006), "Mobilising financial resources for maternal health". The Lancet 368:1457-65.
- Brioso L.; Labandera A.; Gorgoroso M.; Pons JE. (2007). "Iniciativas sanitarias contra el aborto provocado en condiciones de riesgo". Montevideo.
- Bryce J.; Arifeen S.; Pariyo G.; Lanata C.; Gwatkin D.; Habicht J. (2003). "Reducing child mortality: can public health deliver?". The Lancet 2003; 362: 159–64.
- Campbell O.M.; Graham W.J. (2006). "Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what Works". The Lancet 368: 1284–99.
- Carden F. (2009). "Knowledge to Policy: Making the Most of Development Research". Ed: Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo. Ottawa, Canadá.
- Carroli G.; Rooney C.; Villar J. (2001). "How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity? An overview of the evidence". Paediatric and Perinatal Epidemiology 15 (Supl 1): 1-42.
- Carvajal Encina F.; Puebla Molina S. (2010). "Los enfoques actuales resultan insuficientes para establecer la influencia de las conductas de riesgo en el nacimiento prematuro". Evid Pediatr. 6:60.
- Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva CLAP/SMR. www.clap.ops-oms.org.
- Centro Latinoamericano de Perinatología/Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR)-OPS-OMS, (2011) "Regionalización Perinatal", en Regionalización de la atención perinatal. Ministerio de Salud de la Nación Argentina-OPS/OMS.
- Chang H.; Larson J.; Blencowe H. (2012). "Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index". The Lancet.
- Darmstadt G.L.; Bhutta Z.A.; Cousens S.; Adam T.; Walker N.; de Bernis L. (2005). "Evidence-based, cost-effective interventions: how many newborn babies can we save?" The Lancet 365: 977–88.

- De Sarasqueta P. (2006). "Mortalidad infantil por malformaciones congénitas y prematuridad en la Argentina: análisis de los criterios de reducibilidad". *Arch. argent. pediatr* 104(2):153-158.
- Denney J.M.; Culhane J.F.; Goldemberg R.L. (2008). "Prevention of preterm birth". *Women's Health* 4(6):625-638.
- Filippi V.; Ronsmans C.; Campbell O.M. (2006). "Maternal health in poor countries: the broader context and a call for action". *The Lancet* 368:1535-41.
- Goldenberg R.L.; Culhane J.F.; Iams J.D.; Romero R. (2008). "Epidemiology and causes of preterm birth". *The Lancet* 371:75-84.
- Hayes E.J.; Paul D.A.; Stahl G.E.; Seibel-Seamon J.; Dysart K.; Leiby B.E.; Mackley A.B.; Berghella V. (2008). "Effect of antenatal corticosteroids on survival for neonates born at 23 weeks of gestation". *Obstet Gynecol.* 111(4):921-6.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2011). "Cuentas de Salud Reproductiva y Equidad de Género". Cuernavaca, México.
- Jones G.; Steketee R.; Black R.; Bhutta Z.; Morris S. (2003). "How many child deaths can we prevent this year?". *The Lancet* 362: 65–71.
- Joseph K.S. (2000). "Gestational age and birthweight specific declines in infant mortality in Canada 1985-94". *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 14:332-339.
- Knaul F.M., Wong R, Muiser J, Guerrero R and Arreola Ornelas Eds.(2012) "Health Systems Analysis: Health Systems Financing, Financial Risk Protection Through Health Systems Development in Latin America and the Caribbean", Harvard University Press-IDRC-FUNSAIUD. Boston, MA.
- Knippenberg R.; Lawn J.E.; Darmstadt G.L. (2005). "Systematic scaling up of neonatal care in countries". *The Lancet* 365: 1087–98.
- Koblinsky M.; Matthews Z.; Hussein J. (2006). "Going to scale with professional skilled care". *The Lancet* 368: 1377–86.
- Kramer, M.S.; Barros, F.C.; Demissie, K.; Liu, S.; Kiely, J.; Joseph, K.S. (2005). "Does reducing infant mortality depend on preventing low birthweight? An analysis of temporal trends in the Americas". *Paediatric and Perinatal Epidemiology* 19:445-51.
- Lawn J.E.; Cousens S.; Zupan J. (2005). "4 million neonatal deaths: When? Where? Why?" *The Lancet* 365: 891–900.
- Lustig, N. (2001), *Shielding the poor. Social protection in the Developing World*. Washington DC: Brookings Institution Press.
- Maceira, D. (1996) "Fragmentación e Incentivos en los Servicios de Salud de Latinoamérica y el Caribe." Documento de Trabajo No.335, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, Diciembre.
- Maceira, D. (1998) "Distribución de Ingresos y Mix Público-Privado en la Provisión de Servicios de Salud: El Caso Latinoamericano.", Documento de Trabajo No.391, Oficina del Economista Jefe, Banco Interamericano de Desarrollo, Washington DC, Noviembre.

- Maceira, D. (2012) "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina", mimeo Unicef.
- Maine D. (1999). "What's so special about maternal mortality?" In: *Safe Motherhood initiatives: critical issues*, edited by Marge Berger and TK Sundari Ravindran, pp 175-82. Oxford, England, Blackwell Science.
- Martines J.; Paul V.K.; Bhutta Z.A (2005). "Neonatal survival: a call for action". *The Lancet* 365: 1189–97.
- Naciones Unidas (1994). "Plan de Acción de la Conferencia de Población y Desarrollo".
- Naciones Unidas (2000). "The Millenium Development Goals".
- Neto MT. (2006). "Perinatal care in Portugal: effects of 15 years of a regionalized system". *Acta Paediatr* 95(11):1349-52.
- OECD-EU-WHO (2011). "A System of Health Accounts". OECD Publishing.
- OPS (2011). "Economía y Salud: Aportes y Experiencias en América Latina". Santiago, Chile.
- OPS-CEPAL (2008). "Avances de la Cuenta Satélite de Servicios de Salud en la Región de las Américas". Washington DC.
- OPS-CEPAL (2012a). "Consulta Técnica: Medición y Análisis del Gasto y Financiamiento en Salud Reproductiva Materna Infantil. Una Herramienta para Aumentar la Efectividad en los Recursos y Equidad". Santiago, Chile.
- OPS-CEPAL (2012b). "Estudio Comparativo sobre Consumo Efectivo en Bienes y Servicios de Salud de los Hogares en países seleccionados: Colombia, El Salvador y Uruguay". Washington DC.
- OPS/OMS. "Plan de Acción para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna y la Morbilidad Materna Grave". Resolución CD51.R12.
- Oxman AD.; Lavis JN.; Lewin S.; Fretheim A (editors) (2010). "Tools for evidence informed health Policymaking (STP)". Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services.
- Pilkington H.; Blondel B.; Papiernik E. (2010). "Distribution of maternity units and spatial access to specialised care for women delivering before 32 weeks of gestation in Europe". *Health Place* 16(3):531-8.
- Rodríguez Almada H.; Ciriacos C.; Arzuaga L.; Ferrari AM. (2006). "Mortalidad posneonatal. Muerte en domicilio versus muerte en un centro asistencial: estudio comparativo". *Rev Med Urug* 24: 185-194.
- Ronsmans C.; Graham W.J. (2006). "Maternal mortality: who, when, where, and why". *The Lancet* 368: 1189–200.
- Stuckler, D.; Basu, S.; McKee, M. (2010). "Drivers of Inequality in Millennium Development Goal Progress: A Statistical Analysis". *PLoS Med* 7(3).
- The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2011). "A review of global accountability mechanisms for women's and children's health". Geneva, Switzerland.
- The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2012). "Building a Future for Women and Children. Countdown to 2015". Geneva, Switzerland.

The Partnership for Maternal, Newborn & Child Health (2012). "The PMNCH 2012 Report - Analysing Progress on Commitments to the Global Strategy for Women's and Children's Health". Geneva, Switzerland.

Unger, JP.; Van Dessel, P.; Sen, K.; De Paepe, P. (2009). "International health policy and stagnating maternal mortality: is there a causal link? *Reproductive Health Matters* 17(33): 91–104.

Wagstaff, A. and E. van Doorslaer (2002). "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-98."

Victora C.; Wagstaff A.; Armstrong Schellenberg J.; Gwatkin D.; Claeson M.; Habicht J. (2003). "Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough". *The Lancet* 362: 233–41.

WHO (2009). "Guide to producing reproductive health subaccounts within the national health accounts framework". Washington DC.

WHO (2011). "Keeping Promises, Measuring Results. Commission on information and accountability for Women's and Children's Health". Washington DC.

WHO (2012). *Estadísticas sanitarias mundiales*.

Xu, K., J. Klavus et al (2003). "Household Health System Contributions and Capacity to Pay: Definitional, Empirical, and Technical Challenges." Chap. 39. en Murray C.J.L. y D.B. Evans, *Health Systems Performance Assessment Debates, Methods and Empiricism*

Yu V.Y.; Dunn P.M. (2004). "Development of regionalized perinatal care". *Seminars in Neonatology* 9:89-97.