

QUÉ ASPECTOS DE LA SALUD SE DEBEN TENER EN CUENTA AL DISEÑAR UNA MEB

ENTENDIENDO LOS GASTOS EN SALUD

Los hogares siempre tendrán algún nivel de gasto en salud, incluso cuando hay políticas que establecen la gratuidad de los servicios de salud en los establecimientos públicos. Dado que poder recurrir a un servicio de salud cuando se necesita es una necesidad básica y que los hogares frecuentemente informan tener gastos relacionados, **la MEB siempre debe cubrir los gastos de salud.**

No obstante, si bien sabemos que los hogares siempre tienen algún nivel de gasto relacionado con la salud y tenemos resultados de encuestas de seguimiento de la asistencia en efectivo que suelen mostrar que la salud es uno de los gastos más importantes para los hogares, el cálculo de las necesidades de salud para una MEB es complicado. Si bien el acceso a la atención médica implica tanto **gastos directos** (por ejemplo, costos de consultas, admisión, diagnósticos, medicamentos, etc.) y **gastos indirectos** (como costos de transporte o de cuidadores) que se pueden incluir en una MEB como promedio a niveles de población, es mucho más difícil conceptualizar estos gastos a nivel del hogar ya que las necesidades de salud son individuales y en su mayoría impredecibles, y su distribución no es equitativa entre los individuos u hogares, así como tampoco es constante en el tiempo.

La imprevisibilidad y la distribución desigual de las necesidades de la salud y los gastos posteriores también se ve afectada por los niveles de pobreza, así como por los diferentes tipos de prestadores de servicios, tanto públicos como privados. Por lo tanto, la extrapolación de los costos de salud para su inclusión en una MEB a partir de los patrones de gasto de las personas vulnerables, que apenas pueden satisfacer sus necesidades, no reflejará con precisión sus necesidades de salud. Si lo analizamos en profundidad, resulta evidente que hay varias razones para que esto sea así. Es posible que las personas y los hogares pobres no puedan pagar una atención médica de calidad y no reciban tratamiento o busquen tratamiento cuando el problema ya está avanzado y, por lo tanto, los tratamientos son más difíciles y costosos, por lo que sus gastos no reflejan sus necesidades de salud o los costos apropiados. Tampoco es fácil promediar el costo de los servicios ya que varían significativamente entre tratamientos, y, además, depende del lugar donde las personas busquen el servicio, ya que los prestadores de salud pública suelen recibir subsidios o ayudas para prestar los servicios esenciales de forma gratuita,

mientras que los prestadores privados siempre cobrarán los costos totales más un margen de ganancia. El gasto promedio actual no incluirá los gastos catastróficos (gastos que un hogar realmente no puede permitirse, generalmente estimados en entre un 10% y 25% de los gastos mensuales), como lo son los accidentes o crisis de salud repentinas y graves. Los gastos de salud también involucran diferentes tipos de tratamiento, incluso los cuales no deberían estar incluidos, como la compra de medicamentos de calidad posiblemente inferior en el mercado o aquellos brindados por curanderos tradicionales o prestadores no regulados.

Por lo tanto, para garantizar la protección financiera y disminuir las barreras financieras de acceso a servicios de salud esenciales de calidad, el objetivo debe ser **primero diseñar mecanismos para pagar a los prestadores de atención médica por un paquete de servicios de salud priorizados.** Se puede complementar este mecanismo de financiación que está dirigido a los prestadores de servicios de salud con un programa de transferencias monetarias (PTM) específico del sector dirigido a los pacientes por los montos restantes de los servicios de prestadores calificados, incluidos los costos indirectos.

Esto significa que se debería intentar reducir y minimizar los gastos de salud en la MEB, dado que la mayoría de los costos deberían cubrirse principalmente mediante los enfoques mencionados que reducen los gastos directos “de bolsillo”. De no ser así, cuando exista la posibilidad de inscribir a grupos objetivo en un fondo de seguro de salud, se puede vincular los gastos de salud en la MEB al nivel en que se refleje la prima por prepago obligatorio en dicho fondo de seguro, y luego agregar los gastos por los costos de los servicios no cubiertos, costos indirectos, algunos insumos de salud y automedicación.

DIFERENTES FORMAS DE CALCULAR LOS GASTOS EN SALUD SEGÚN EL GLOBAL HEALTH CLUSTER:

- Si los hogares tienen que pagar una prima de seguro de salud, se debe incluir la cantidad correspondiente en la MEB, junto con los gastos adicionales para los costos no cubiertos por el seguro, como el transporte (normalmente, el seguro de salud también cubre costos elevados poco frecuentes y, por

lo tanto, los riesgos de gastos potencialmente catastróficos pueden compartirse). Si una agencia u ONG cubre la prima, se debe excluir la cantidad correspondiente de la MEB. Esta es la respuesta óptima. Este enfoque equivale al método basado en los derechos para elaborar una MEB, ya que se basa en el acceso a un paquete de servicios prioritarios de prestadores calificados preseleccionados cuando sea necesario, incluidos los relacionados con la hospitalización.

- También se pueden utilizar las encuestas de gastos de los hogares. En ausencia de datos existentes sobre el método anterior, esta es la metodología preferida, ya que estas encuestas indican cuánto gastan actualmente los hogares en salud, en qué se gastó y con qué prestador. Las encuestas también deben indicar la proporción de hogares que gastan más del 10% o del 25% de sus gastos domésticos totales en salud, ya que estos porcentajes son umbrales para gastos catastróficos, lo que lleva a mecanismos de respuesta negativos para la salud y otras necesidades.
- Si hay pocos o ningún dato disponible y se necesita una estimación aproximada de los gastos de salud, se puede suponer que entre el 5% y el 10% de los gastos totales del hogar se destinan a la salud. Luego, se deberá adaptar a la estimación más baja o más alta según los datos y la información proporcionada del MDP de los socios de salud en la medida en que los servicios y los costos indirectos se subvencionan progresivamente.

CONSEJOS PARA REALIZAR ENCUESTAS SOBRE EL GASTO SANITARIO

- Compruebe qué información ya ha sido recopilada por los actores de la salud, los Ministerios de Salud o las Oficinas Nacionales de Estadística, incluidas las necesidades de salud, los comportamientos y los patrones de gasto.
- Cuanto más específicas sean las preguntas, se podrá obtener mejor información sobre las barreras financieras para acceder a los servicios esenciales de calidad. Idealmente, se deberían desglosar los gastos entre costos directos e indirectos, y también según el tipo de prestador utilizado (establecimiento del Ministerio de Salud, clínica privada, punto de venta no regulado de medicamentos, medicina tradicional, etc.).
- Al construir la MEB, también hay que reflexionar los ítems a cubrir y cuándo, ya que los gastos de salud no son tan frecuentes y regulares como los alimentos o el alquiler. Esto debe reflejarse en la forma en que se elabora la encuesta de gastos, especialmente en términos del período de

recolección. Si bien sí tiene sentido preguntar sobre el mes anterior cuando se trata de los alimentos, ya que es probable que las personas coman los mismos alimentos de manera habitual (sin tener en cuenta la estacionalidad), respecto a la salud puede ser arriesgado recopilar información solo sobre el mes anterior, ya que los gastos de salud tienden a ser muy irregulares.

- Si los datos de los gastos se recopilan como parte de una evaluación de vulnerabilidad o HEA (Enfoque de Economía del Hogar), el tamaño o la composición del hogar afectará el porcentaje del gasto total destinado a la salud, por ejemplo, cuando hay miembros de la familia con una enfermedad o discapacidad crónica. Nuevamente, además de la proporción promedio del gasto de los hogares en salud según sea necesario para la MEB, se debe calcular la proporción de hogares con más del 10% y del 25% de sus ingresos en salud, ya que estos son indicadores del nivel de protección financiera frente a los gastos de salud catastróficos.
- Cuando sea posible, también deben desglosarse los gastos de salud informados, como se especifica anteriormente. Esta información ayudará a elegir la opción más adecuada para reducir la dependencia de las tarifas de los usuarios (es decir, reducir los gastos sanitarios de bolsillo y, por ende, reducir los gastos sanitarios de los hogares) mediante mecanismos de pago a los prestadores, complementados con PTM específicos de la salud. La brecha restante informaría el valor de transferencia para las TMM (ver [Inclusión del gasto de salud en MEB](#)).

CÓMO EVITAR LOS ERRORES Y RETOS COMUNES EN EL DISEÑO DEL COMPONENTE DE SALUD DE LA MEB

- Hay un error que se comete a menudo, que es interpretar las necesidades básicas de salud desde una perspectiva de abajo hacia arriba, de la misma manera que se hace con los gastos relacionados con los alimentos. Los diseñadores de las MEB pueden, por ejemplo, averiguar el “precio de mercado” promedio de 3 a 5 medicamentos comunes, del tratamiento para las 5 enfermedades principales o de los servicios prioritarios, como los partos, y utilizar esos datos para calcular las necesidades promedio de los hogares, indicando que cada familia tiene necesidad de estos artículos y servicios X veces al mes. Esto no refleja el hecho de que no todos los hogares los necesitarán cada mes, ni el hecho de que en la mayoría de los contextos las personas pueden acceder a servicios respaldados y subsidiados por el Ministerio de Salud o los socios humanitarios. Uno de los problemas es

que las personas afirman haber realizado gastos por servicios de prestadores no regulados o tradicionales o de prestadores privados por los que tienen que pagar incluso cuando existen servicios gratuitos o subvencionados y apoyados por socios humanitarios. El costo de acudir a un curandero tradicional o a un establecimiento de salud privado con fines de lucro, en principio, no debe considerarse como una necesidad básica, pero mientras no se incida en dicho comportamiento de salud, representan una necesidad desde la perspectiva de los hogares por lo que no se puede ignorar ni eliminar de la MEB.

Nota: Si se utilizan datos de gasto sanitario en la MEB para diseñar un valor de transferencia para un programa de TMM o una respuesta para reducir los pagos directos para la salud, consulte el documento [Inclusión del gasto en salud en MEB](#) y el Análisis de opciones de respuesta sanitaria. pág.18.

RECURSOS



Sitio web del Global Health Cluster: <http://www.who.int/health-cluster/about/work/task-teams/cash/en/>

Equipo de trabajo sobre asistencia en efectivo del Global Health Cluster y la OMS (2020) [Inclusión del gasto en salud en la MEB | Cash Learning Partnership](#) (calpnetwork.org)

Equipo de trabajo sobre asistencia en efectivo del Global Health Cluster y la OMS (2021) [Papel de los programas de transferencia monetaria para resultados de salud: Usando el marco de las barreras de salud para determinar la respuesta apropiada](#)

ACNUR. (2015) [Intervenciones basadas en efectivo \(CBI\) para la salud en entornos de refugiados: una revisión](#)

ODI. (2011) [Repensar las transferencias en efectivo para promover la salud materna](#)

UNDP. (2014) [Transferencias monetarias y prevención del VIH](#)