

Exenciones y liberaciones de pago para los servicios de salud en los países en desarrollo

Ricardo Bitrán y Ursula Giedion

Bitrán y Asociado

Octubre de 2002

WORLD BANK INSTITUTE
Promoting knowledge and learning for a better world



Los hallazgos, interpretaciones y conclusiones contenidos en este documento son total responsabilidad de el o los autores y no deben atribuirse de manera alguna al Banco Mundial, a sus organizaciones afiliadas o a miembros de su Directorio Ejecutivo, o los a países a quienes representan.

Serie de Informes sobre Redes de Protección Social

El objetivo que persigue el Manual sobre redes de protección social del Banco Mundial es convertirse en un recurso práctico para aquellos que están involucrados en el diseño y la ejecución de este tipo de programas en todo el mundo. Aquí, los lectores encontrarán información sobre prácticas óptimas en una variedad de intervenciones, contextos nacionales, temas y grupos destinatarios, así como las actuales ideas de los especialistas y expertos respecto de la función que deben cumplir las redes de protección social en el contexto más amplio de los programas para el desarrollo. Estos manuales están diseñados para reflejar un alto nivel en términos de calidad, así como un cierto grado de consenso sobre las prácticas y políticas óptimas, entre el equipo a cargo de las redes de protección del Banco Mundial y los expertos en general. Los temas que se abordan en estos manuales son analizados en un primer momento por un comité directivo compuesto tanto por especialistas del Banco como externos y los borradores se someten a una revisión de pares para efectos de control de calidad. Sin embargo, el formato de esta serie es lo suficientemente flexible como para reflejar oportunamente los principales cambios en la materia en cuestión.

La serie de informes viene a engrosar la lista de materiales educativos contemplados en el curso de Redes de protección social ofrecido en Washington DC, así como de distintos cursos patrocinados por el Banco Mundial. El Manual sobre redes de protección social y el curso anual cuentan ambos con el respaldo de la unidad de Protección Social de la Red de Desarrollo Humano y por el Instituto del Banco Mundial. Esta última institución también ofrece cursos regulares adaptados a las realidades regionales a través de la metodología de aprendizaje a distancia. Para más información sobre la serie de informes y documentos sobre otros temas de las redes de protección, comuníquese con el Servicio de Asesorías en Protección Social, teléfono (202) 458-5267; fax (202) 614-0471; e-mail: socialprotection@worldbank.org. Los ejemplares de los documentos relacionados sobre las redes de protección, incluyendo la serie de Manuales están disponibles en formato electrónico en www.worldbank.org/safetynets. Este sitio web también contiene versiones de los documentos traducidos, a medida que éstos están disponibles. A este respecto, hay un ambicioso plan en marcha para traducir el material (especialmente al español y al francés, y algunos al ruso). Para obtener más información sobre los cursos en redes de protección dictados por el Instituto del Banco Mundial, visite el sitio web www.worldbank.org/wbi/socialsafetynets.

Documentos recientes y por publicar en la Serie de Informes sobre redes de protección, hasta agosto de 2002¹

<i>Temas</i>	<i>Autor</i>
<i>Intervenciones de programas</i>	
Transferencias en efectivo	Tabor
Programas relacionados con alimentos	Rogers y Coates
Subsidios a los precios y los impuestos	Alderman
Exenciones de tarifas en salud	Bitran y Giedion
Exenciones de tarifas en vivienda	Katsura y Romanik
Obras públicas	Subbarao
Microcrédito y seguros informales	Sharma y Morduch
<i>Temas transversales</i>	
Descripción general	Grosh, Blomquist y Ouerghi de Neubourg
Instituciones	Coady, Grosh y Hoddinott
Focalización	Blomquist
Evaluación	Graham
Economía política	Ezemenari, Chaudhury y Owens
Género	Conning y Kevane
Focalización comunitaria	
<i>Escenario nacional /grupo beneficiario</i>	
Países de ingresos muy bajos	Smith y Subbarao
Economías en transición	Fox
Pensiones no contributivas	Grosh y Schwarz

1. Ocasionalmente, los documentos pueden incorporarse o retirarse de la serie.

AGRADECIMIENTOS

Este documento se concretó gracias al aporte y apoyo de múltiples personas, entre ellas Margaret Gras, quien encargó el trabajo, hizo acertadas observaciones al primer borrador y proporcionó los contactos necesarios con expertos en los países; Marty Makinen, John Blomquist y David Gwatkin también entregaron información clave sobre una primera versión. Por su parte, William Newbrander, David Collins y Lucy Gilson gentilmente ofrecieron su trabajo sobre esta materia, *Ensuring Equal Access to Health Services* (Cómo garantizar el acceso equitativo a los servicios de salud) (Newbrander y otros, 2000), lectura obligatoria para quienes están interesados en el tema de los mecanismos para proteger a los pobres bajo un sistema de recuperación de costos de salud. Los autores agradecen a todos aquellos que proporcionaron información de primera mano sobre los países y que facilitaron documentos sobre tarifas al usuario y mecanismos de protección para los pobres: Helen Dzikunu, Randy Ellis, Liliana Escobar, Wim Hardeman, James Knowles, Keese Kosterman, Tom McGuire, Wasunna Owino, Menno Pradhan, Gonzalo Sanhueza y Robert Sparrow. Por último, agradecen a Alex Preker, Maria Luisa Escobar, Paul Shaw, Tim Johnston, Jerry La Forgia y a todos los demás participantes del Seminario del Banco Mundial sobre este tema, realizado en junio de 2002.

Resumen

En vista de las reducciones presupuestarias a las que se ven enfrentados los servicios públicos de salud, muchos países en desarrollo han adoptado sistemas formales o informales de tarifas al usuario. En la mayoría de los países, el producto de las tarifas a los usuarios rara vez representa más del 15% de los costos totales en los hospitales y centros de salud, pero en general equivale a una proporción significativa de los recursos necesarios para pagar los costos no relacionados con personal. Sin embargo, el problema de este mecanismo es la falta de disposiciones para conferir exenciones parciales o totales a los pobres, lo que con frecuencia origina desigualdades en el acceso a la atención médica. Por lo tanto, el dilema es cómo hacer que un sistema tan necesario sea compatible con la meta de mantener el acceso equitativo a los servicios. Diversos países han intentado diferentes métodos, algunos de los cuales implican sistemas de exención con un atento diseño e implementación (por ejemplo, Tailandia e Indonesia); éstos han logrado mucho más éxito en términos de incidencia de beneficios que los países que han improvisado sistemas (Ghana, Kenya, Zimbabwe). La clave para el éxito de un sistema de exenciones es el financiamiento. Los sistemas que compensan a los proveedores por los ingresos no percibidos por otorgar exenciones (Tailandia, Indonesia y Camboya) han tenido más éxito que los que esperan que el proveedor absorba el costo de las exenciones (Kenya). Cuando existen sistemas de exenciones, los resultados mejorarán a medida que el reembolso se realice a tiempo. Entre otros factores de éxito, se incluyen la divulgación generalizada de información entre los posibles beneficiarios acerca de la disponibilidad y los procedimientos de exención; la entrega de apoyo financiero a los pacientes pobres para cubrir los costos de la atención que no están relacionados con las tarifas, como alimentos y transporte (como en Camboya); y la presencia de criterios claros para la concesión de exenciones, reduciendo así la confusión y la ambigüedad entre los responsables de administrar el sistema y entre los posibles beneficiarios. Los que enfrentan la tarea de adoptar un sistema de exenciones enfrentan varias opciones de diseño, entre las que se incluyen las siguientes: ¿se deben otorgar exenciones a grupos completos o a través de la focalización individual? (el análisis concluye que la mayoría de los sistemas se basa en lo último) ¿Las exenciones o liberaciones de pago deben ser permanentes o temporales? ¿Con qué frecuencia se debe reevaluar el cumplimiento de los criterios? El cumplimiento de las condiciones exigidas para tender derecho a las exenciones ¿se debe evaluar ex-ante, en el hogar o cuando los individuos llegan al establecimiento? Si bien este documento examina diversos enfoques aplicados por los países, es difícil evaluar sus ventajas prácticas en términos relativos, puesto que la información disponible es dispersa y variada.

Índice

AGRADECIMIENTOS.....	iii
Resumen.....	iv
Índice.....	v
Lista de cuadros.....	vii
Lista de figuras.....	viii
Siglas.....	ix
1 Tarifas al usuario en los servicios de salud: conceptos.....	1
1.1 Introducción.....	1
1.2 La aparición de las tarifas al usuario.....	2
1.3 El debate sobre políticas con respecto a las tarifas al usuario.....	2
1.4 Equidad en salud.....	7
1.5 El fundamento para las exenciones y liberaciones de pago.....	7
2 Mitigación del efecto de las tarifas: identificación y protección de los pobres.....	11
2.1 Identificación de los beneficiarios de los mecanismos de protección.....	11
(a) Identificación individual.....	11
(b) Identificación basada en características del grupo.....	12
(c) Autoidentificación.....	12
(d) Autoselección por tipo de servicio.....	12
2.2 Mecanismos de protección: Exenciones, liberaciones de pago y características de diseño.....	16
(a) Exenciones de pago.....	16
(b) Liberaciones de pago.....	17
(c) Combinación de exenciones y liberaciones de pago.....	18
(d) Características de diseño correspondientes a las exenciones y las liberaciones de pago.....	18
Exenciones de pago: Problemas de diseño y aplicación.....	20
2.3 Resultados de los mecanismos de protección.....	25
(a) Errores y exactitud en la identificación de beneficiarios.....	25
(b) Disyuntiva exactitud-costo en la identificación de beneficiarios.....	26
3 Información empírica sobre los mecanismos de protección.....	29
3.1 Introducción.....	29
3.2 Kenya.....	30
(a) Marco.....	30
(b) Política de tarifas al usuario y su efecto en los pobres.....	30
(c) Mecanismos de protección.....	31
(d) Resultados.....	34
(e) Lecciones aprendidas.....	34
3.3 Camboya.....	35
(a) Antecedentes.....	35
(b) Política de tarifas al usuario.....	35
(c) Mecanismos de protección.....	36
(d) Resultados.....	40
(e) Lecciones aprendidas.....	40
3.4 Ghana.....	41
(a) Antecedentes.....	41
(b) Política de tarifas al usuario.....	42
(c) Mecanismos de protección.....	42
(d) Resultados.....	42
(e) Mecanismos de protección.....	43
(f) Lecciones aprendidas.....	46
3.5 Zimbabwe.....	47
(a) Antecedentes.....	47
(b) Política de tarifas al usuario.....	47
(c) Mecanismos de protección.....	50
(d) Resultados.....	51
(e) Lecciones aprendidas.....	52
3.6 Indonesia: El programa <i>Kartu Sehat</i>	53

	(a)	Antecedentes	53
	(b)	Política de tarifas al usuario	53
	(c)	Política de protección.....	54
	(d)	Resultados	55
	(e)	Lecciones aprendidas	57
3.7		Plan de Tarjetas para Personas de Bajos Ingresos (LICS) de Tailandia	57
	(a)	Marco	57
	(b)	Política de tarifas al usuario	59
	(c)	Mecanismo de protección.....	59
	(d)	Resultados	61
	(e)	Lecciones aprendidas	64
3.8		Fondo Nacional de Salud de Chile.....	65
	(a)	Marco	65
	(b)	Política de tarifas al usuario	66
	(c)	Mecanismos de protección.....	67
	(d)	Resultados	67
	(e)	Lecciones aprendidas	70
4		Lecciones y prácticas óptimas.....	71
4.1		Resultados de los sistemas de exenciones y liberaciones de pago.....	71
	(a)	Seguimiento y evaluación de los resultados	71
	(b)	Métodos de focalización utilizados.....	71
4.2		Financiamiento de exenciones y liberaciones de pago y aspectos de diseño y aplicación	76
	(a)	Financiamiento	76
	(b)	Beneficios de salud cubiertos	76
	(c)	Existencia y claridad de la política nacional sobre exenciones y liberaciones de pago.....	77
	(d)	Consideración de las múltiples dimensiones de vulnerabilidad de los pobres	77
	(e)	Asignación de responsabilidades para la determinación de elegibilidad.....	78
	(f)	Actualización de las tarifas y los umbrales de ingresos para cumplir con los criterios ..	78
	(g)	Aspectos institucionales.....	78
4.3		Características de diseño y aplicación que influyen en la oferta de exenciones y liberaciones de pago	82
	(a)	Compensación del proveedor.....	82
	(b)	Puntualidad de la compensación	82
	(c)	Armonización de los incentivos creados por diferentes mecanismos de pago.....	83
4.4		Características de diseño y aplicación que influyen en la demanda de exenciones y liberaciones de pago	86
	(a)	Difusión de políticas y mecanismos de protección en favor de los pobres	86
4.5		Conclusión	89
		Bibliografía	90

Lista de cuadros

Cuadro 1 Requisitos para obtener exenciones de servicios de salud: ejemplo de América Latina	21
Cuadro 2 Exenciones y liberaciones de pagos: problemas de diseño y aplicación.....	23
Cuadro 3 Seguimiento y evaluación de los sistemas de exención y liberación de pago	25
Cuadro 4 Indicadores seleccionados, países incluidos en el estudio de casos*.....	29
Cuadro 5 Kenya: Ingreso por repartición de costos como porcentaje de los gastos ordinarios del Ministerio de Salud	30
Cuadro 6 Kenya: Categorías de pacientes y enfermedades liberadas de pago, 1989-98	32
Cuadro 7 Kenya: Criterios de elegibilidad para tener derecho exenciones en una selección de establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud	33
Cuadro 8 Ghana: Tarifas oficiales y reales cobradas en hospitales públicos de distritos, 1997 (cedis).....	43
Cuadro 9 Ghana: Ingresos por fuente de financiamiento (en millones de cedis).....	43
Cuadro 10 Ghana: Porcentaje de pacientes que paga tarifas al usuario completas según categoría de paciente y región	44
Cuadro 11 Ghana: Proporción de establecimientos que cobran por servicios libres de pago.....	44
Cuadro 12 Ghana: Duración promedio de la transferencia de fondos en diferentes niveles, enero-diciembre de 1999 (meses).....	46
Cuadro 13 Zimbabwe: Aumento esperado en los recursos del Ministerio de Salud, 1990 (Z\$ millones).....	49
Cuadro 14 Zimbabwe: Criterios de elegibilidad para obtener exenciones en términos reales y nominales	50
Cuadro 15 Zimbabwe: Comparación de líneas de pobreza y criterios de elegibilidad.....	51
Cuadro 16 Indonesia: Relación entre los criterios de elegibilidad de <i>Kartu Sehat</i> y el criterio de pobreza basado en los ingresos, 2000.....	56
Cuadro 17 Indonesia: Cobertura de los programas de redes de protección social a través de quintiles de gastos.....	56
Cuadro 18 Tailandia: Características de los planes de seguro de salud, alrededor del año 2000	58
Cuadro 19 Tailandia: Cobertura de LICS y VHCS	58
Cuadro 20 Tailandia: Línea de pobreza nacional y valores límite para LICS	59
Cuadro 21 Tailandia: Número de titulares de tarjetas para bajos ingresos, 1981-1998 (millones)	62
Cuadro 22 Tailandia: Recursos para LICS, 1988-97.....	63
Cuadro 23 Tailandia: Presupuesto y gasto de LIC, 1987-1997	63
Cuadro 24. Tailandia: Asignación presupuestaria per cápita para el LICS, por región (baht), 1992-1999.....	64
Cuadro 25: Chile: Clasificación de los afiliados del Fondo Nacional de Salud (FONASA)	67
Cuadro 26: Chile: Declaración personal y grupo implícito de FONASA, 2000.....	68
Cuadro 27 Chile: Beneficios y aportes per cápita en FONASA (Ch\$ de diciembre de 1995).....	69
Cuadro 28 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Indicadores de resultados:.....	73
Cuadro 29 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Características del financiamiento, diseño y aplicación	80
Cuadro 30 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Resumen de características del diseño y aplicación de la oferta.....	84
Cuadro 31 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Resumen de características del diseño y aplicación de la demanda y de los esfuerzos de seguimiento y evaluación.....	88

Lista de figuras

Figura 1 Políticas de tarifas fijas y móviles: Efecto en la demanda por parte de los pobres y los no pobres	8
Figura 2 Pasos de la adopción de mecanismos de protección en favor de los pobres	11
Figura 3 Prestación universal versus prestación focalizada	14
Figura 4 Proporción de los beneficios conferida al 40% más pobre, por sector	15
Figura 5 Proporción de beneficios conferida al 40% más pobre, por mecanismo de focalización	15
Figura 6 Métodos de identificación	16
Figura 7 Exención.....	17
Figura 8 Liberación de pago	17
Figura 9 Combinación de exenciones y liberaciones de pago	18
Figura 10 Errores de identificación	26
Figura 11 Camboya: operación de los fondos de capital	39
Figura 12 Camboya: Asignación per cápita del presupuesto fiscal para salud, 1999.....	75

Siglas

Sigla	País	Significado
Ausaid		Agencia de Australia para el Desarrollo Internacional
CASEN	Chile	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CIMU	Indonesia	Unidad Central de Monitoreo Independiente
CSMBS	Tailandia	Plan de Beneficios Médicos para Funcionarios Públicos
DIY	Indonesia	Provincia de Daerah Istimewa Yogyakarta
EF	Camboya	Fondo de capital
FONASA	Chile	Fondo Nacional de Salud
GTZ		Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
GOT		Gobierno de Tailandia
BID		Banco Interamericano de Desarrollo
IDT	Indonesia	Aldeas "atrasadas" (aldeas más pobres)
ISAPRE	Chile	Institución de Salud Previsional
LEB		Esperanza de vida al nacer
LIC	Tailandia	Tarjeta para personas de bajos ingresos
MINFA	Tailandia	Ministerio de Finanzas
MOH		Ministerio de Salud
MOPH	Tailandia	Ministerio de Salud Pública
MSA	Surinam	Ministerio de Asuntos Sociales
MSH		Ciencias de la Administración para la Salud
NESDB	Tailandia	Junta Nacional de Desarrollo Socioeconómico
NIDA	Tailandia	Instituto Nacional de Desarrollo
NTB	Indonesia	La provincia de Nusa Tenggara Barat
OD	Camboya	Distrito Operacional
ODA		Asistencia oficial de donantes
PAF	China	Fondo de Alivio de la Pobreza
(PPHUP)	Camboya	Proyecto de Salud Urbana de Phnom Penh
SDF	Zimbabwe	Fondo de Desarrollo Social
SISBEN	Colombia	Sistema de Identificación de Beneficiarios
SSS	Tailandia	Plan de Seguridad Social
USAID		Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VHCS	Tailandia	Plan Voluntario de Tarjeta de Salud
OMS		Organización Mundial de la Salud

1 Tarifas al usuario en los servicios de salud: conceptos

1.1 Introducción

A pesar de un aumento considerable en el nivel de vida durante las últimas décadas, la extrema pobreza –vivir con menos de US\$1 al día– disminuyó sólo lentamente en los países en desarrollo durante los años noventa, y el número de pobres se mantuvo casi constante a medida que la población aumentaba. La pobreza ha presentado un crecimiento rápido en Europa y Asia Central y se mantiene en aumento en África al sur del Sahara. En Asia, donde habita la mayor parte de los pobres del mundo, la proporción de pobres había disminuido considerablemente durante las últimas dos décadas, pero la reciente crisis ha desacelerado el progreso (Banco Mundial, 2001a). En la actualidad, la pobreza ocupa el primer lugar en las agendas de los organismos internacionales. En la Cumbre Internacional del Milenio de las Naciones Unidas, por ejemplo, se emitió una declaración que contenía los principales objetivos y metas de desarrollo, el más importante de los cuales es el compromiso de reducir a la mitad la proporción de personas con ingresos inferiores a US\$1 al día.

La comunidad mundial se aboca cada vez más a la lucha contra la pobreza y a la creación de redes de protección social que ayuden a los pobres a salir de esta condición, evitando al mismo tiempo que los que se acercan a ella caigan en este nivel. La mala salud se relaciona con la pobreza y no es una coincidencia que 4 de los 18 objetivos de la declaración del Milenio estén directamente relacionados con la salud. En su libro de consulta sobre estrategias para la reducción de la pobreza, el Banco Mundial afirma: “la pobreza es tanto una consecuencia como una causa de la mala salud”¹. Con frecuencia, las personas pobres carecen de los recursos financieros para pagar algunos servicios de salud y la mala salud puede afectar la capacidad de un hogar de enfrentar problemas financieros. Muchos países en desarrollo han recurrido a un sistema formal o informal de tarifas al usuario, las que tienden a representar una proporción importante del financiamiento de los costos no relacionados con el personal. Así, los sistemas de salud de estos países han llegado a depender de las tarifas al usuario. Sin embargo, cuando existe una falta de disposiciones que confieran exenciones parciales o totales a los pobres, esto puede originar una desigualdad en el acceso a la atención médica. Entonces el dilema consiste en cómo hacer que un sistema tan necesario sea compatible con la meta de mantener el acceso equitativo a los servicios. De aquí el interés por analizar los diferentes mecanismos disponibles para mitigar el efecto de las tarifas al usuario sobre el acceso de los pobres a los servicios de salud.

Este documento se centra en un análisis de este problema. En el Capítulo 1, se examinan las consecuencias de las tarifas al usuario sobre los pobres. En el Capítulo 2 se analizan, a nivel conceptual, las formas de proteger a los pobres cuando se aplican tarifas al usuario. En el Capítulo 3, se presentan estudios de casos detallados de siete países en desarrollo que cuentan con mecanismos de protección para los pobres en el sector salud. Para concluir, en el Capítulo 4 se entregan las lecciones aprendidas y las prácticas óptimas.

Lo que resta de este capítulo está organizado de la siguiente manera. En la Sección 1.2 se proporciona una breve perspectiva histórica sobre la aparición de las tarifas al usuario para atención de salud en los países en desarrollo. En la Sección 1.3 se examinan los argumentos encontrados en la bibliografía teórica y empírica a favor y en contra de las tarifas al usuario para la atención de salud. Estas dos secciones analizan el papel de las exenciones y liberaciones de pago en el marco del financiamiento

¹. Ver Banco Mundial. 2001. Reducción de la pobreza y el sector salud, Capítulo de la red de nutrición y población en el libro de consulta de estrategias para la reducción de la pobreza del Banco Mundial.

de la salud. En la Sección 1.3 se define la equidad en salud. Por último, en la sección se analiza el fundamento económico para los mecanismos de protección de exenciones y liberaciones de pago comúnmente usados.

1.2 La aparición de las tarifas al usuario

Aunque todos reconocen el papel que desempeña la buena salud en el desarrollo humano, no todos los gobiernos han tenido la capacidad o la disposición para aumentar el gasto en el sector salud o para mejorar su eficiencia. Durante las últimas dos décadas y a medida que el presupuesto fiscal destinado a los sectores sociales no ha podido seguir el ritmo de crecimiento y demanda de la población, muchos países pobres han recurrido a la aplicación generalizada de tarifas al usuario formales o informales en la atención de salud de los sistemas públicos de salud².

En la actualidad, las tarifas al usuario constituyen una fuente importante de financiamiento para el sector en la mayor parte de las regiones del mundo en desarrollo. En algunos países, como India, Nigeria, Pakistán, Camboya y Vietnam, los pagos en efectivo representan más de la mitad del gasto en salud (pública y privada) total. Las tarifas al usuario también desempeñan un papel predominante en el financiamiento de los servicios de salud relacionados con el VIH/SIDA. La epidemia del SIDA ha tenido profundas repercusiones en los sistemas de salud de todo el mundo, incluido los aspectos de financiamiento; en este sentido, las tarifas al usuario han surgido también como una enorme fuente de recursos para hacerle frente. En Ruanda, por ejemplo, éstos representan más del 90% de todos los recursos destinados al tratamiento de la epidemia (Schneider 2001).

A mediados de la década del ochenta, el Banco Mundial, junto con USAID y UNICEF, fue el principal organismo de desarrollo internacional en promover la adopción de tarifas al usuario en el sector público de la salud de los países en desarrollo (Banco Mundial 1987). Aunque varias naciones, como Camboya, habían aplicado tarifas al usuario para los servicios de salud estatal mucho antes, la proliferación del mecanismo se debió en parte a la influencia de estos organismos de desarrollo. Ahora bien, el Banco Mundial admitió que las tarifas podrían limitar el acceso de los pobres a los servicios, por lo tanto, muchos de sus documentos relativos a políticas recomendaban acompañar las tarifas por sistemas de exenciones correspondientes (De Ferranti 1985; Griffin 1992). Pero a pesar de que teoría suena bien, la viabilidad de las exenciones y liberaciones de pago reviste dificultades prácticas. Algunos autores no dejaron de mostrarse escépticos con respecto a la posibilidad de adoptar estos mecanismos y criticaron al Banco Mundial por pasar por alto las dificultades prácticas de su aplicación (Gilson 1988). En efecto, desde principios de los años noventa, el Banco Mundial le restó énfasis a las tarifas al usuario en relación con el financiamiento de la salud y en su lugar, comenzó a promover la repartición de los riesgos (Banco Mundial 1997, Dror y Preker 2002, Preker próxima publicación).

Las exenciones y liberaciones de pago –el tema de este documento– constituyen mecanismos que tienen el objeto de impulsar la equidad en el acceso y el financiamiento de los servicios de salud cuando se aplican las tarifas al usuario. Este tema se justifica por la presencia predominante, y en algunos lugares creciente, de las tarifas al usuario en el sector salud de los países en desarrollo y la posibilidad de que las exenciones y liberaciones de pago puedan mejorar los aspectos de equidad.

1.3 El debate sobre políticas con respecto a las tarifas al usuario

². Para conocer un análisis de las tarifas informales en el sector salud público, ver Lewis 2001.

Numerosos estudios teóricos y empíricos han abordado las consecuencias de las tarifas al usuario para la atención de salud en los países en desarrollo³. A continuación se presenta un análisis sobre el tema que se basa en estos textos, el que intenta resumir los principales argumentos a favor y en contra de las tarifas al usuario.

Aquellos que defienden las tarifas al usuario sostienen que los ingresos que de ellas se derivan pueden mejorar la eficacia del gasto público: al mejorar la disponibilidad de insumos complementarios, como los medicamentos, las tarifas al usuario permiten aprovechar mejor a los trabajadores y la infraestructura de la salud financiada por el Estado, que de lo contrario resulta subutilizada. La expansión en el volumen de producción que originan las tarifas al usuario también mejora la disponibilidad de los servicios para la población. Además, al financiar los medicamentos y otros suministros, las tarifas permiten que los proveedores de salud estatales mejoren la calidad de la atención (Birdsall 1983, Ainsworth 1984, Attah 1988, Nickson 1990).

Estos partidarios también observan que incluso cuando los servicios de salud prestados por el gobierno son nominalmente gratuitos, en la práctica, no sólo la calidad es baja, sino que existen pagos ocultos y costos adicionales para el usuario (como largas esperas y compras privadas de medicamentos), los que conllevan a una baja demanda o una demanda no satisfecha. Como consecuencia, aplicar tarifas bajas para obtener servicios públicos de mala calidad constituye una política menos deseable que el aplicar cierto nivel de tarifas por una atención de mejor calidad. Así, el exigir pagos inferiores al nivel del sector privado podría bastar para que los servicios de salud fueran aceptables y estuvieran a disposición de los pobres. En muchos casos, la aplicación de tarifas en establecimientos públicos permite reducir la pobreza, puesto que las tarifas moderadas reemplazan a los desembolsos mucho mayores que deben hacer los pobres en el sector privado (Akin 1986). La información proveniente de la República Dominicana y El Salvador indica que los servicios públicos de salud nominalmente gratuitos y de baja calidad tienen poca demanda (Bitrán 1987, 1989). Al mismo tiempo, incluso los más pobres pagan tarifas considerables por una atención privada de mejor calidad o más accesible, lo que demuestra que incluso estos sectores están dispuestos a pagar algo en lugar de recibir servicios gratuitos de baja calidad (ver Recuadros 1 y 2).

Algunos también consideran que las tarifas son una señal de servicios de mayor nivel que estimulan la demanda por sobre aquella de los mismos servicios ofrecidos en forma gratuita. Además, se sostiene que las tarifas promueven un sentido de pertenencia de los servicios recibidos, lo que faculta a los consumidores para exigir una mayor calidad y mayor responsabilidad por parte del proveedor (Birdsall 1986).

Otros autores también se refieren al aumento en la eficacia del consumo que podrían originar las tarifas al usuario, las que tendrían la virtud de disuadir la demanda ficticia y, al reflejar los verdaderos costos relativos de la producción, promover patrones de demanda más adecuados (es decir, eficientes en función de los costos) en el sistema de remisión completo (de Ferranti 1985, Barnum y Kutzin 1993).

Por último, algunos autores sostienen que estas tarifas, cuando están acompañadas de un sistema de exenciones o liberaciones de pago que funciona correctamente, pueden ayudar a establecer un sistema de fijación de precios con el cual mejorar la focalización de los subsidios públicos a los pobres (Gertler y Hammer 1997).

Los detractores de aplicar tarifas al usuario en los servicios de salud afirman que éstas causan más daños que beneficios. Según ellos, en muchos casos en que se aplican, los ingresos adicionales obtenidos sólo representan una porción pequeña e insignificante de los ingresos totales (Grupo de estudio de la OMS 1993); además, al mismo tiempo las tarifas tienen un efecto perjudicial sobre la demanda de los más pobres (Gilson y Russell 1994). Por otra parte, sostienen que con frecuencia los ingresos por tarifas

³. Wood (1997) ofrece una excelente bibliografía comentada sobre el tema.

desplazan a los subsidios públicos, y por consiguiente, no contribuyen a expandir la base de ingresos de los proveedores públicos.

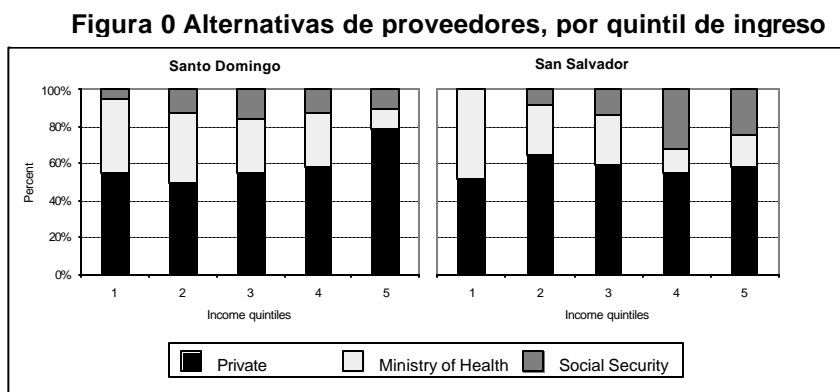
Otro de los cuestionamientos dice relación con la aseveración de que las tarifas inhiben la demanda ficticia en el sector salud (Abel Smith 1993). De acuerdo con estos detractores, el principal problema del sector salud de los países pobres es la subutilización de los servicios médicos, en lugar del exceso de uso. Por lo tanto, más que disuadir la demanda ficticia, las tarifas inhibirían la demanda adecuada, manteniendo así el uso de servicios preventivos y curativos bajo un nivel óptimo social, en especial, entre los miembros más pobres de la sociedad.

Si bien hay datos que indican que la presencia de esquemas de tarifas concretas podrían mejorar los patrones de demanda de la atención de salud –por ejemplo, tarifas más caras por consultar en hospitales públicos para aquellos que no acuden primero a los establecimientos de nivel inferior– los patrones de demanda existentes se consideran una respuesta racional por parte de los consumidores ante el mal funcionamiento de los servicios del nivel primario. En consecuencia, algunos sostienen que una política más eficaz y equitativa que las tarifas por saltarse niveles sería la reasignación de los fondos desde los hospitales públicos hacia al nivel primario, el que normalmente está subfinanciado. Esto mejoraría la capacidad de los proveedores de ese nivel, lo que atraería demanda y satisfaría las necesidades a un costo relativamente más bajo (Dercon y Ruttens 1998).

Aceptar el argumento de que las personas se sienten más atraídas por precios más altos en lugar de más bajos (o la ausencia de ellos) por el mismo servicio sería cuestionar el hecho de que, en general, el consumo de bienes disminuye a medida que aumenta su precio. Por último, es posible que las tarifas le confieran a los usuarios el derecho a exigir mejores servicios de salud, aunque si éstos mejoraran gracias a más financiamiento público y se ofrecieran en forma gratuita, la demanda sería mayor que si se aplican tarifas.

Recuadro 1. Características de los proveedores y consumo de servicios de atención de salud en Santo Domingo (República Dominicana, 1987) y San Salvador (El Salvador, 1989)

Aunque las tarifas al usuario en los establecimientos públicos sean nominalmente muy bajas o cero, el acceso por parte de los pobres siguen siendo restringido por la mala calidad de la atención, las tarifas informales y los problemas de accesibilidad. Al mismo tiempo, el uso considerable por parte de los no pobres de los servicios públicos subsidiados apunta una filtración de subsidios públicos o la mayor capacidad de este grupo de la población de pagar tarifas informales en los establecimientos públicos.



En Santo Domingo y San Salvador, por ejemplo, las tarifas al usuario formales en los establecimientos del Ministerio de Salud y Seguridad Social fueron insignificantes a fines de los años ochenta y siguen siéndolo en la actualidad. El precio de la consulta de medicina curativa era entre 20 y 40 veces más alta en el sector privado que en los establecimientos públicos. Sin embargo, como se ve en la Figura 1, en ambas ciudades y dentro de todos los grupos de ingreso, la mayoría de los individuos se atendió con proveedores privados, a pesar de que los precios son mucho más altos en el sector privado en términos relativos. El alto uso de proveedores públicos por parte de individuos no pobres (es decir, de los quintiles 3 y superiores) revela una filtración importante o una focalización deficiente de los subsidios públicos.

Cuadro 0 Pagos a los proveedores privados de salud

Income quintile	Santo Domingo (1987 pesos)	San Salvador (1989 pesos)
Quintile 1 (poorest)	41	20
Quintile 2	31	48
Quintile 3	44	46
Quintile 4	57	36
Quintile 5 (richest)	82	45

Source: Bitran, 1987 and 1989.

Como se muestra en el Cuadro 1, los pagos en efectivo por atención privada no difirieron significativamente según el ingreso para los cuatro quintiles inferiores en Santo Domingo y para los cuatro quintiles superiores en San Salvador. Sin embargo, como proporción del ingreso familiar mensual, estos pagos variaron en forma significativa entre los quintiles y fueron bastante regresivos.

En resumen, aquellos que defienden la aplicación de tarifas al usuario han sostenido que éstas:

- ?? Generan ingresos adicionales con los cuales mejorar la calidad de la atención de salud
- ?? Aumentan la demanda por servicios debido al mejoramiento en la calidad
- ?? Podrían reducir los pagos en efectivo y otros costos, incluso para los pobres, por medio del reemplazo de servicios privados más caros y menos accesibles por servicios públicos que se venderían a tarifas relativamente moderadas.
- ?? Promueven patrones de consumo más efectivos al reducir la demanda ficticia y estimular el uso de servicios de salud eficaces en función de los costos.
- ?? Alientan a los pacientes a que ejerzan su derecho a obtener servicios de buena calidad y obligan a los trabajadores de la salud a ser más responsable frente a los pacientes
- ?? Cuando se combinan con un sistema de exenciones y liberaciones de pago, sirven como instrumento para focalizar subsidios públicos hacia los pobres y reducir la filtración hacia los no pobres.

Los detractores de las tarifas al usuario sostienen que éstas:

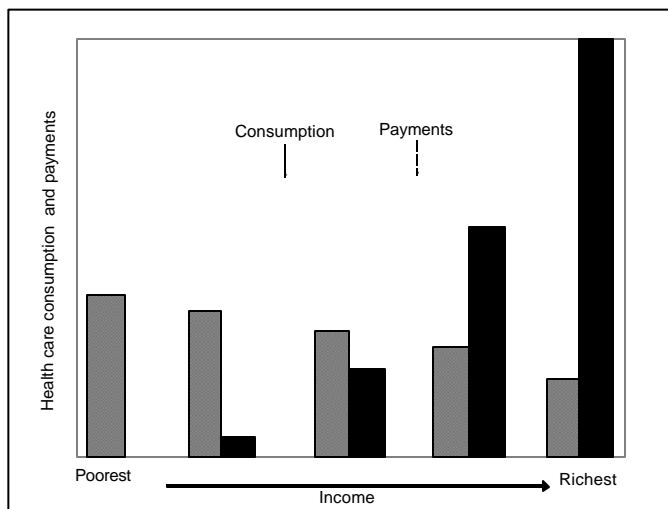
- ?? Rara vez se utilizan para lograr mejoramientos significativos en la calidad de la atención, ya sea porque su potencial de generación de ingresos es marginal o porque el ingreso por tarifas no se utiliza para financiar mejoras en la calidad.
- ?? No disminuyen la demanda ficticia porque en los países pobres hay una falta de demanda y no un exceso.
- ?? No promueven patrones de demanda eficaces en función de los costos porque el sistema de salud estatal no pone servicios rentables a disposición de los usuarios.
- ?? Afectan el acceso por parte de los pobres y con esto perjudican la equidad, porque rara vez se implementan sistemas de exenciones y liberaciones de pago adecuados.

Las posiciones opuestas acerca de la conveniencia de aplicar tarifas al usuario reflejan una diferencia ideológica a la vez que disparidades en las circunstancias empíricas. Para que las tarifas al usuario originen aumentos en el bienestar de los pobres, se deben cumplir ciertas condiciones y los datos disponibles indican que esto no siempre ocurre. Sin embargo, en general, la mayor parte de los países en desarrollo opta por aplicar una política de tarifas al usuario. Esta preferencia parece responder principalmente a consideraciones prácticas. A pesar de sus posibles efectos adversos en la equidad, son relativamente fáciles de implementar y, por lo tanto, en general, se las prefiere en lugar de otras políticas cuya aplicación es más compleja. Entre otras políticas que en general se consideran menos viables que las tarifas al usuario se incluyen un aumento en el presupuesto público para salud, impuestos adicionales destinados específicamente para salud, la reasignación de los fondos públicos de salud de las regiones más ricas a las más pobres, disposiciones de repartición de riesgos, la reasignación de fondos públicos de los hospitales urbanos a los establecimientos rurales de nivel primario y la focalización de subsidios de salud pública hacia los pobres.

1.4 Equidad en salud

Un principio generalmente aceptado en el marco de los servicios de salud es que la equidad se mantiene cuando el consumo se ajusta a la necesidad y el financiamiento coincide con la capacidad de pagar (Figura 3)⁵. La necesidad de contar con atención de salud varía de una persona a otra y hasta cierto punto, es aleatoria y en gran medida impredecible. Sin embargo, en los grandes grupos de la población, las necesidades de atención de salud se correlacionan negativamente con los ingresos, es decir, en general, los individuos más pobres tienen un estado de salud más bajo y, por lo tanto, necesitan más atención médica. Si el consumo de atención coincidiera con la necesidad médica, sería esperable observar que a nivel per cápita, los pobres consumirían

Figura 0 Equidad en la prestación y el financiamiento de atención de salud curativa básica



una mayor proporción de servicios de atención de salud curativa que los no pobres. Una condición necesaria para que el consumo se ajuste a las necesidades en salud es que el acceso –físico, financiero y cultural– a servicios adecuados favorezca a aquellos con mayor necesidad. En particular, no deberían existir barreras financieras para los que desean obtener atención de salud básica. Para los pobres, esto significa que el pago directo por servicios básicos, en forma de medicamentos o tarifas de consulta debería ser más bajo que para los no pobres. La equidad en el financiamiento se mantiene cuando aquellos con la misma capacidad de pagar efectúan los mismos pagos por la atención que reciben (equidad horizontal del financiamiento) y aquellos con una mayor capacidad de pago efectúan pagos mayores (equidad vertical del financiamiento). Los pagos incluyen impuestos directos e indirectos, aportes a la seguridad social y al seguro (principalmente para efectos de atención de salud), prepagos para atención médica y todos los pagos en efectivo por servicios relacionados.

1.5 El fundamento para las exenciones y liberaciones de pago

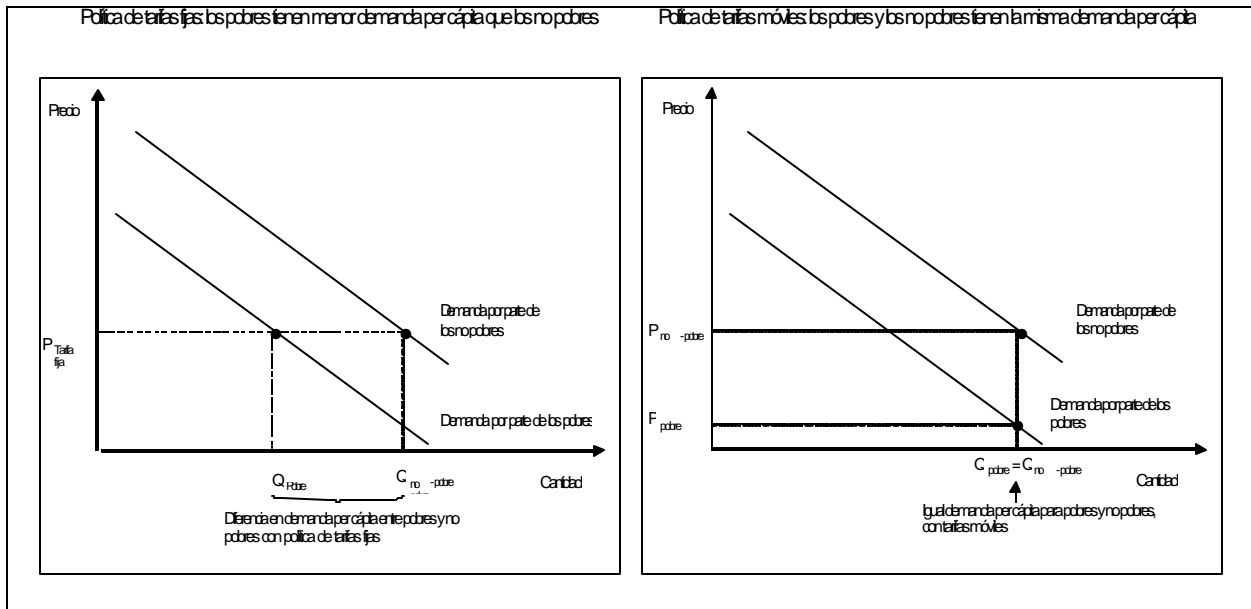
En el caso de los bienes normales, como la atención de salud curativa de buena calidad, la demanda por parte de los no pobres es mayor, a nivel per cápita, que aquella por parte de los pobres. Esto significa que en cualquier precio determinado, como una tarifa fija ($P_{\text{tarifa fija}}$) del panel izquierdo de la Figura 1, los no pobres demandarán mayores cantidades ($Q_{\text{no pobres}}$) que los pobres (Q_{pobres}). La mayor demanda de los no pobres responde al nivel de ingresos más altos y también a su mayor instrucción y más conocimiento acerca de los beneficios que trae la atención de salud de buena calidad y oportuna. Así, con una tarifa fija, los pobres se encontrarán en desventaja relativa. Las tarifas móviles o la discriminación de precios pueden ayudar a resolver este problema. Para simplificar, se supone que la necesidad de salud per cápita es igual para los pobres que para los no pobres. Si se puede cobrar una tarifa lo suficientemente más baja a los pobres, como P_{pobre} del panel derecho de la Figura 1, su demanda per cápita será igual a la de los no pobres.

Proteger a los pobres de las tarifas al usuario supone exactamente este tipo de mecanismo: la estructuración de un sistema de tarifas que promueva el mismo consumo per cápita por parte de los

⁵. Este es el principio propuesto por van Doorslaer, Wagstaff, y Rutten (eds.)

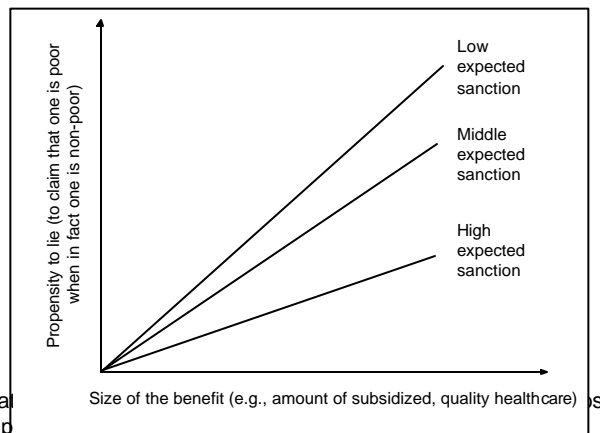
pobres y los no pobres⁶. Por lo tanto, en teoría, el problema de mitigar las consecuencias negativas de las tarifas al usuario en los pobres se resuelve de manera bastante simple. Es suficiente conocer la pendiente y la posición de las curvas de demanda, algo que se puede estimar en forma empírica mediante los datos de las encuestas domiciliarias. Sin embargo, en la práctica, es necesario saber quién es pobre y quién no lo es y aplicar precios diferenciales según corresponda. Lamentablemente, la experiencia demuestra que éste es un problema práctico muy difícil de resolver con importantes exigencias administrativas y logísticas. Además, está demostrado que las tarifas no son los únicos costos que enfrentan los potenciales usuarios de los servicios de salud. Por ejemplo, en Camboya, los costos de transporte y alimentación asociados al uso de los servicios hospitalarios pueden superar significativamente las tarifas cobradas por el proveedor (Hardeman 2001). Por lo tanto, aunque las exenciones de tarifas podrían mejorar la equidad en el acceso, en algunos casos, para que sean eficaces deben ir acompañadas de subsidios complementarios que se hagan cargo de los costos adicionales y significativos asociados al consumo que no sean tarifas.

Figura 1 Políticas de tarifas fijas y móviles: Efecto en la demanda por parte de los pobres y los no pobres



Un motivo importante tras la dificultad para distinguir a los pobres de los no pobres reside en los incentivos que enfrentan estos últimos para tergiversar su identidad. Si un servicio subsidiado necesario para los pobres y los no pobres se pone a disposición de todos, recibirá la demanda de ambos grupos. Pero las restricciones fiscales de los países pobres suponen que la atención de salud de buena calidad y completamente subsidiada no siempre está a disposición de todos. Es necesario racionar el beneficio subsidiado y tomar la decisión normativa adecuada para mantener a los no pobres alejados del plan subsidiado. Sin embargo, si todos necesitan

Figura 1 Propensión a falsear la situación económica como función de la magnitud del beneficio y de la sanción si se descubre la falsificación



⁶. En términos más generales, dada la mayor necesidad de los equitativos son aquellos que originan un mayor consumo per cápita p

servicios subsidiados, es posible que los no pobres intenten tergiversar su situación para quedar clasificados como pobres y así obtener el subsidio. Esto se ilustra en la Figura 5. La pendiente ascendente de la curva “propensión a mentir” indica que mientras más alta la retribución (es decir, la conveniencia del servicio subsidiado), mayor será la propensión a mentir de los no pobres. Si fuera de alguna forma posible que el proveedor del servicio social subsidiado distinguiera a los pobres de los no pobres, por ejemplo, con una visita domiciliaria por parte de un asistente social incorruptible y que sancionara a los que mienten, éstos enfrentarían una sanción conocida con una probabilidad conocida. En términos conceptuales, esto no es diferente al problema de la evasión tributaria. La Figura 5 indica que mientras mayor es el valor esperado de la sanción, menor será la propensión de los no pobres a tergiversar su situación. Desafortunadamente, no existe un sistema de sanciones perfecto y con frecuencia, la política óptima es la adopción de una combinación de incentivos –tanto positivos como negativos– que haga que la mayoría de los individuos se comporte de acuerdo con lo que esperan los administradores de los programas sociales. Para crear e implementar un conjunto de incentivos como éste, se requieren habilidades, recursos e información; además, esto constituye el gran desafío de implementar programas sociales focalizados eficaces y eficientes para mejorar el bienestar de los pobres. La experiencia de Colombia permite ilustrar las dificultades que se enfrentan para evitar la filtración de subsidios hacia los no pobres (Recuadro 3).

Recuadro 3. La experiencia de Colombia en el intento por distinguir a los pobres de los no pobres

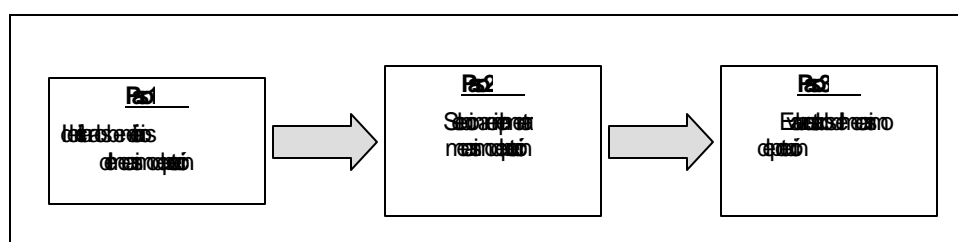
A mediados de los años noventa, Colombia comenzó a implementar una importante reforma de salud, conocida como la Ley 100. Uno de los principales objetivos de la reforma era lograr un mejoramiento en la focalización de los subsidios de salud pública para los pobres. Para llevarlo a cabo, los municipios de todo el país recibieron recursos y la tarea de efectuar encuestas de todos los hogares de su comuna con el fin de identificar a los pobres. La pobreza se determinó sobre la base de diversas características del hogar, como la calidad y el tamaño de la construcción, el número de miembros de la familia, el nivel de educación, etc.

Al parecer, el esfuerzo tuvo bastante éxito en llegar a los pobres de los municipios que habían recibido recursos adecuados. Sin embargo, se ha informado que algunas familias que de lo contrario no reunían los requisitos del subsidio, alquilaban durante unas pocas horas la casa de una familia pobre antes de someterse a la prueba, para reunir los requisitos y así burlar la herramienta de focalización. Además, algunos individuos sujetos a evaluación por parte de asistentes sociales en los hospitales públicos compraban boletas de servicios falsas, las que utilizaba el personal hospitalario para determinar quién paga qué cantidad por los servicios de salud recibidos. Los falsificadores de boletas se instalan en quioscos fuera de los hospitales y venden estas boletas personalizadas que hacen parecer pobre al comprador.

2 Mitigación del efecto de las tarifas: identificación y protección de los pobres

Mantener la equidad en el acceso a los servicios de salud con un sistema de tarifas al usuario se puede lograr siguiendo tres pasos (Figura 2). Primero, se debe identificar a la población pobre que recibirá el tratamiento preferencial con respecto a las tarifas al usuario. Segundo, se debe seleccionar e implementar un mecanismo de protección. Tercero, se requiere efectuar una evaluación de los resultados de la política de protección para asegurar que ésta funciona en forma adecuada. En este capítulo se abordan los puntos relacionados con estos tres pasos.

Figura 2 Pasos de la adopción de mecanismos de protección en favor de los pobres



2.1 Identificación de los beneficiarios de los mecanismos de protección

Existen varios métodos disponibles para identificar a aquellos que necesitan protección y, por lo tanto, focalizar los subsidios públicos hacia estas personas. Estos métodos constituyen una alternativa al enfoque tradicional de los ministerios de salud que consiste en la prestación universal (ver Recuadro 5). Cuál método de focalización funciona mejor en la práctica dependerá de su factibilidad y costos administrativos, viabilidad política, efecto en la demanda y otros factores (ver Recuadro 6)⁷. Diferentes autores ofrecen distintas tipologías de métodos de focalización⁸. Este documento contiene las cuatro categorías siguientes, representadas en la Figura 6, (para conocer una descripción y comparación más detalladas de estos métodos de focalización, vea el Apéndice A):

- ?? Identificación individual
- ?? Identificación basada en características del grupo
- ?? Autoidentificación
- ?? Autoselección por tipo de servicio

(a) Identificación individual

Con este método, quién tiene derecho o reúne los requisitos para los servicios de salud subsidiados se determina mediante una evaluación de las características individuales, como los ingresos, el estado de

⁷. Ver Sen (1995).

⁸. Grosh (1985) reconoció tres métodos principales: (1) mecanismos de evaluación individual, (2) focalización grupal o geográfica y (3) autofocalización; Glewwe y van der Gaag (1988) y Willis (1993) distinguen entre dos tipos de focalización: (1) focalización característica (equivalente a la focalización grupal de Grosh) y (2) focalización directa (basada en la evaluación directa individual o familiar). El Banco Mundial (1993) identifica (1) focalización individual, (2) focalización grupal, (3) autofocalización y (4) focalización por tipo de servicio.

salud, el estado nutricional u otros criterios. Cuando la selección depende de la capacidad de pago, la evaluación, en general realizada por un asistente social o un trabajador de la salud especialmente capacitado, se podría basar en los ingresos. Pero cuando los beneficiarios previstos en su mayoría se desempeñan en la economía informal, en la práctica, evaluar los ingresos puede resultar difícil. En tales circunstancias, se utilizan otros métodos para evaluar la capacidad de pago, como las comprobaciones de los medios de vida y las comprobaciones sustitutivas de los medios de vida (ver Willis 1993 y Apéndice A).

(b) Identificación basada en características del grupo

No siempre es fácil o eficaz evaluar las características individuales. Por ejemplo, supongamos que una encuesta domiciliaria realizada cuidadosamente en una muestra de hogares revela que la gran mayoría, por ejemplo, un 85% de los habitantes de una región geográfica en particular, son pobres y deben ser los beneficiarios previstos de un programa subsidiado. Dado el alto porcentaje de beneficiarios previstos, es posible que sea más eficaz otorgar protección a todos los residentes del área que intentar evaluar las características individuales para identificar la población no beneficiaria a un alto costo administrativo (el 15% de no pobres). El costo de distinguir a los pobres de los no pobres podría superar la cantidad de subsidios que se filtrarían hacia los no pobres si no se hiciera ninguna gestión de focalización. En tales circunstancias, se entrega protección a nivel grupal, en que un grupo puede ser un área geográfica considerada predominantemente como muy pobre. Para efectos de eficacia, se tolera la filtración hacia los no pobres.

(c) Autoidentificación

En el caso de la autoidentificación, el organismo que otorga la protección no realiza ningún esfuerzo por identificar sus beneficiarios porque los individuos se autoseleccionan. Es decir, los servicios de salud se entregan de tal forma que quienes acudirán principalmente a solicitarlos serán individuos que reúnen los requisitos de protección, mientras que las personas no beneficiarias en su mayoría solicitarán los servicios en otra parte. Por ejemplo, esto se puede realizar manejando un centro de salud en un barrio predominantemente pobre. La mayor parte de los usuarios serán las personas muy pobres que habitan el área, mientras que pocas personas no pobres decidirán solicitar atención debido al estigma, las preocupaciones sobre seguridad, las largas filas de espera, la falta de comodidades u otros motivos. A veces un sistema diseñado para operar con autoidentificación podría representar altos costos privados para los beneficiarios, como los problemas de seguridad y el costo de oportunidad de la espera.

(d) Autoselección por tipo de servicio

En este caso, la idea es ofrecer servicios subsidiados que, por motivos epidemiológicos, culturales o de otra índole, son solicitados en forma desproporcionada por los pobres, o el grupo beneficiario, dadas las circunstancias especiales de salud y las limitaciones de ingresos que enfrentan. Esta es la principal idea implícita en la prestación de un paquete básico de servicios de salud en los países en desarrollo. El tratamiento de deshidratación por efecto de la diarrea, los suplementos nutricionales y el cuidado de los afectados por enfermedades de transmisión sexual y tuberculosis son ejemplos de servicios que, si se ponen a disposición de todos, beneficiarán especialmente a los pobres.

Recuadro 5. Suministro universal versus focalizado

A pesar de su interés teórico y sus resultados favorables en el mundo en desarrollo y en otros sectores sociales, la focalización aún sigue siendo un método relativamente poco frecuente de dirigir los subsidios públicos de salud. De hecho, el método practicado en forma más generalizada en el mundo en desarrollo para llegar a los pobres con servicios gratuitos o subsidiados es el suministro universal, conocido también como subsidio general de precios. El suministro universal se refiere al sistema tradicional de proveedores del ministerio de salud nacional o regional, los que ofrecen atención gratuita o subsidiada a todos los pacientes, a menudo sin considerar la capacidad de pago (ver la Figura 3 más abajo). Sin embargo, van de Walle (1995a) sostiene que

“el suministro universal es demasiado costoso y no produce mucho efecto en la pobreza; además, la focalización puede promover la eficacia en función de los costos. Así, en el marco de las presiones para reducir el gasto público, se ha generalizado la opinión de que la focalización permite a los gobiernos reducir la pobreza de manera más eficaz y a un menor costo”.

Existen pruebas fehacientes en el mundo en desarrollo de que la prestación universal de servicios de salud lleva a una situación en que sólo una parte del subsidio público llega a los pobres, mientras que una proporción considerable de éste se filtra hacia los no pobres. Esto sucedió en 1997 en Indonesia, como se muestra en la

Figura 2 Indonesia: Asignación de subsidios estatales para atención de salud. 1987

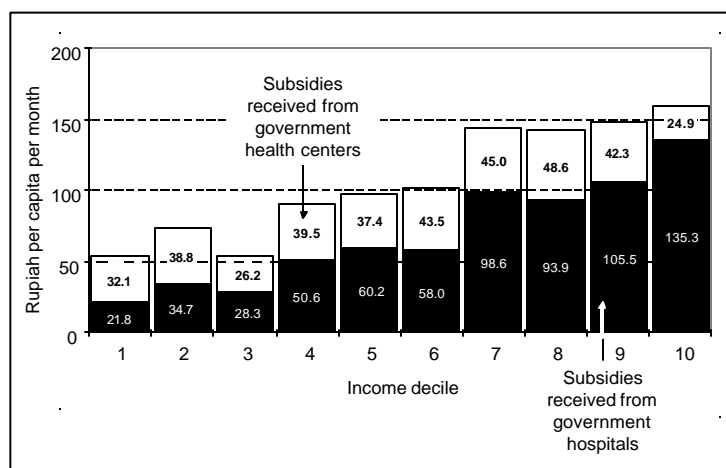
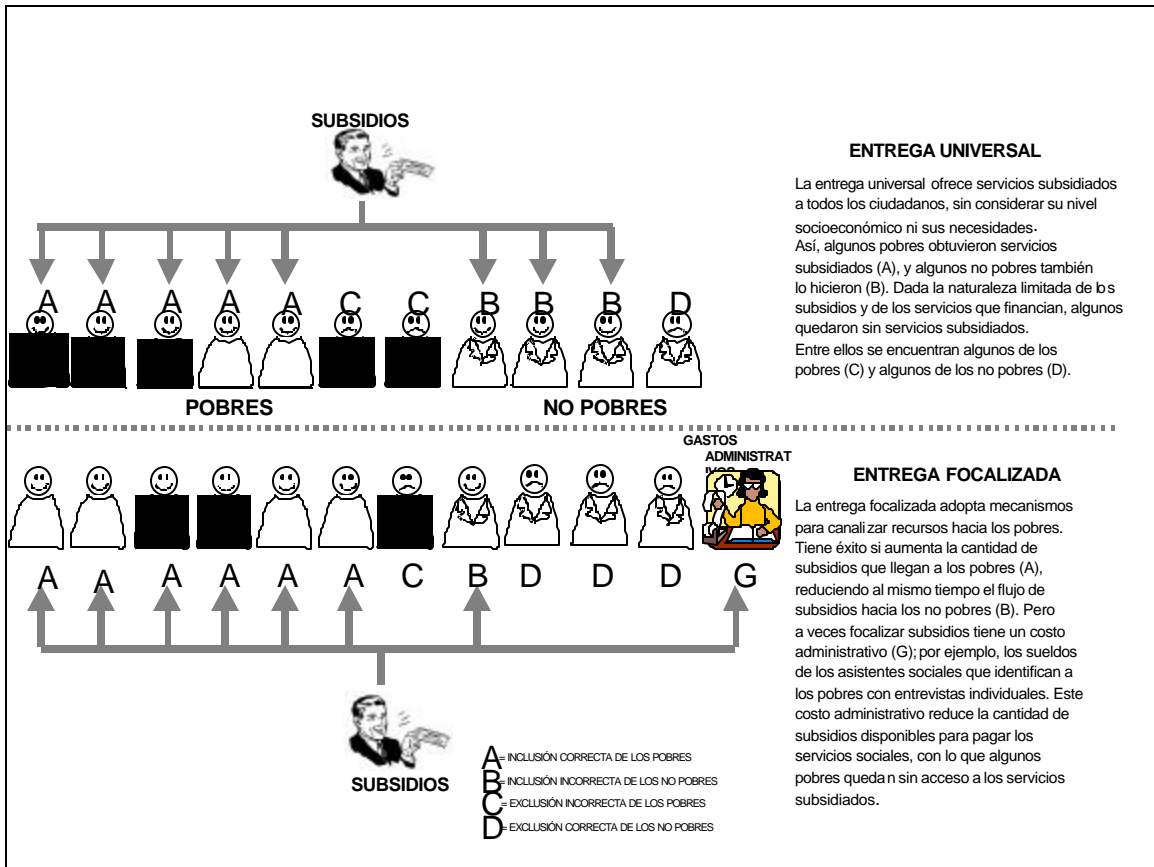


Figura 7. Los pobres y los no pobres consumieron cantidades similares de servicios ambulatorios subsidiados. Incluso los no pobres recibieron una proporción mucho mayor de atención hospitalaria de la que debían (es decir, si todos los ciudadanos tuvieran derecho a la misma cantidad de subsidio, sin considerar los ingresos). Esto puede deberse a que la mayoría de los hospitales públicos están ubicados en áreas urbanas donde vive en general la mayor parte de las personas no pobres y además, a la mayor capacidad de los no pobres para obtener subsidios públicos. Los datos recientes de Marruecos indican la ocurrencia de un fenómeno similar: los pobres pueden obtener certificados de indigencia a través del gobierno local, lo que les da derecho a atención gratuita en establecimientos públicos de salud. Sin embargo, el proceso de concesión de tales certificados se presta a abusos, por lo que los subsidios parecen estar mal focalizados. Se estima que el quintil más rico capta el 40% del gasto del Ministerio de Salud, mientras que el 40% más pobre recibe menos del 20% de los recursos (Banco Mundial 2001b). Cuando hay una filtración, estamos en presencia de un argumento para mejorar la eficacia de la focalización, puesto que esto permitirá llegar a los pobres con el subsidio y así eximirlos de las tarifas.

Figura 3 Prestación universal versus prestación focalizada



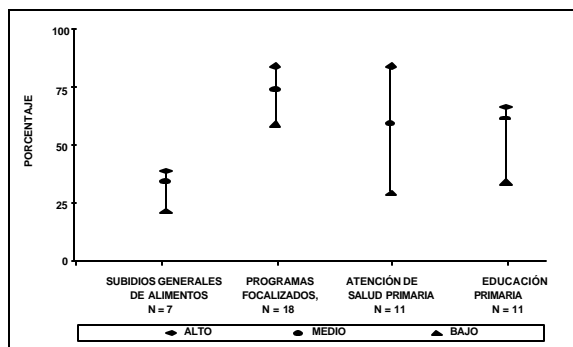
Fuente: Bitrán 2000.

Recuadro 6. Esfuerzo e incidencia de la focalización: Datos empíricos de América Latina

Para evaluar la disyuntiva entre los costos administrativos y los resultados de la focalización de los programas sociales subsidiados por el gobierno, Grosh (1995) realizó un análisis empírico de 30 de estos programas en América Latina, incluidos los del área salud y educación. La mayoría de ellos eran programas públicos con cobertura nacional; varios de los programas más recientes estaban específicamente motivados por el aumento de la pobreza durante la década del ochenta o por la necesidad de mitigar los costos sociales de los programas de ajuste macroeconómico. De los programas, 17 aplicaban mecanismos de evaluación individual, siete usaban mecanismos grupales o geográficos y seis eran autofocalizados (ver la *Figura 6*). Las dos interrogantes de la investigación de Grosh eran (1) ¿cuáles mecanismos de focalización proporcionan los mejores resultados? y (2) ¿cuáles son sus costos administrativos?

La investigadora descubrió que los programas focalizados tenían una mejor incidencia, es decir, una mayor proporción del subsidio llegaba a los pobres que en el caso de los subsidios generales y no focalizados sobre los precios de los alimentos (*Figura 4*). El programa de subsidio general sobre los precios de los alimentos con mejores resultados (es decir, el menos regresivo) destinaba el 37% de los beneficios al 40% más pobre del total de hogares. El programa con peores resultados de todos los focalizados (es decir, el menos progresivo) canalizaba el 59% de los beneficios al 40% más pobre de la población. En promedio, el 33% de los beneficios de los subsidios generales sobre los precios de los alimentos se destinaba a los dos quintiles más pobres, mientras que en el caso de los programas focalizados, la cifra era del 72%.

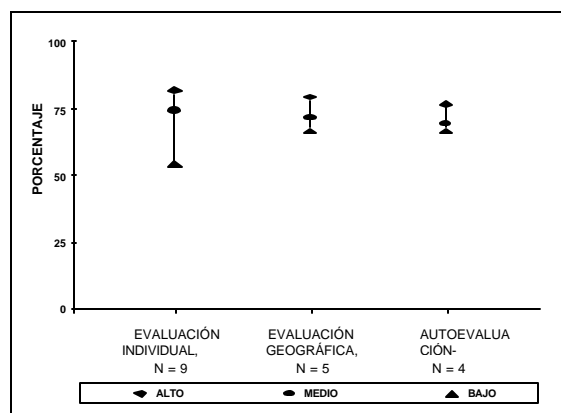
Figura 4 Proporción de los beneficios conferida al 40% más pobre, por sector



Grosh además observó que los diferentes mecanismos de focalización producían resultados

bastante similares en términos de incidencia de beneficios, como se muestra en la *Figura 5*. Los mecanismos de evaluación individual alcanzaron una mediana de beneficios dirigidos a los 2 quintiles más pobres del 73%. La cifra equivalente para los mecanismos de focalización geográfica fue del 72%, mientras que para la autofocalización fue del 71%. Además, se observaron sólo diferencias menores en los resultados de estos diferentes mecanismos entre los diversos países de la muestra.

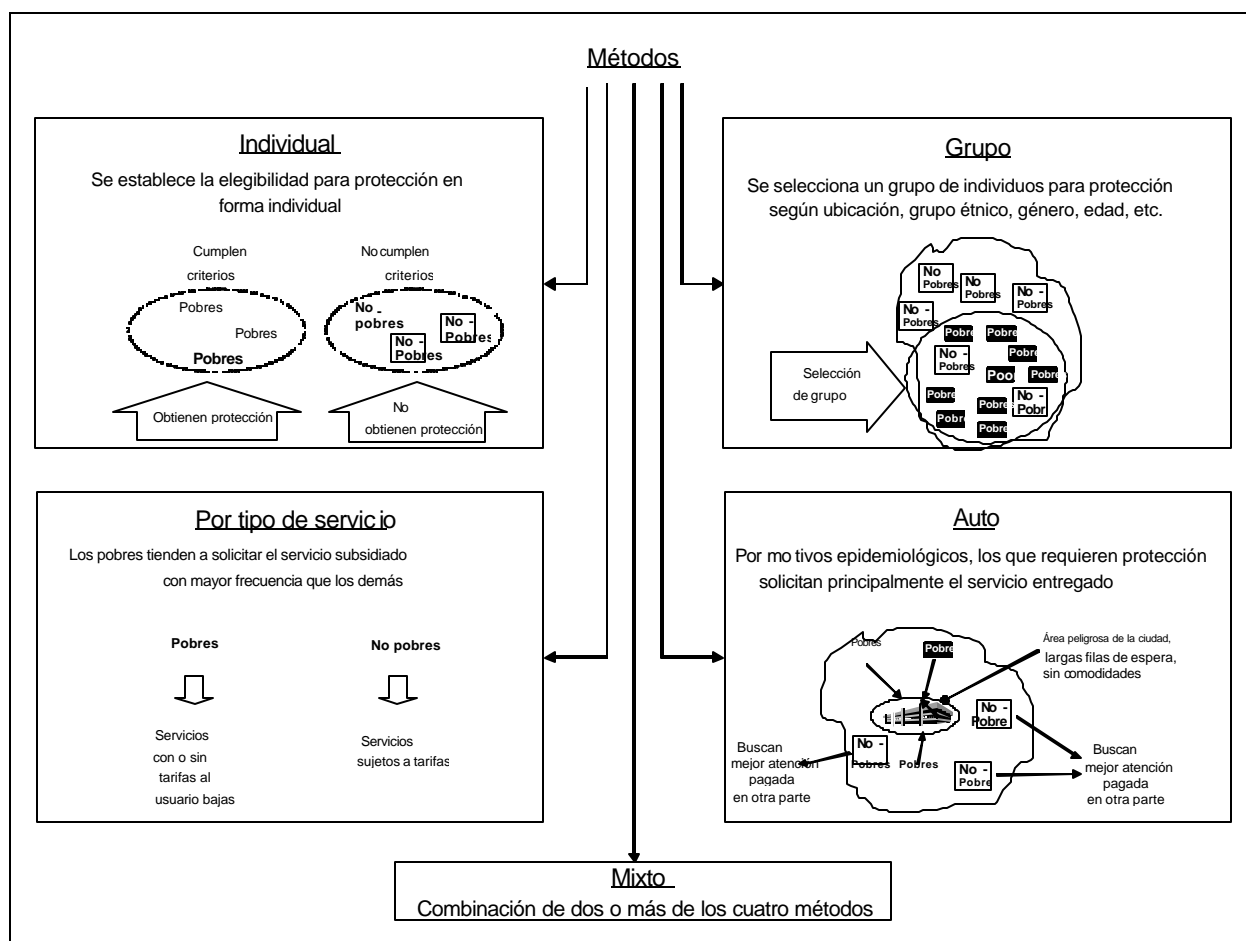
Figura 5 Proporción de beneficios conferida al 40% más pobre, por mecanismo de focalización



Aunque los programas focalizados tenían una incidencia mucho mejor que los no focalizados, Grosh debió examinar los costos relativos de ambos tipos de programa para poder inferir sus ventajas relativas.

La mediana del costo de focalización como porcentaje del costo total de los programas fue del 6% para los programas que se basan en la autofocalización, del 7% para los que utilizan evaluación geográfica y del 9% para los programas que se basan en la evaluación individual. Sin embargo, no todos los costos administrativos de los programas están asociados al esfuerzo real de focalización. Incluso los costos de focalización (identificación o selección de beneficiarios) fueron relativamente moderados, puesto la proporción del costo total del programa fluctuaba entre 0,4% y 8%. Por último, Grosh examinó si el costo de los programas que lograron canalizar una mayor proporción de beneficios a los grupos de ingresos más bajos fue mayor en términos administrativos. En efecto, la autora concluyó que no había una relación evidente entre los resultados de la focalización y los costos administrativos.

Figura 6 Métodos de identificación

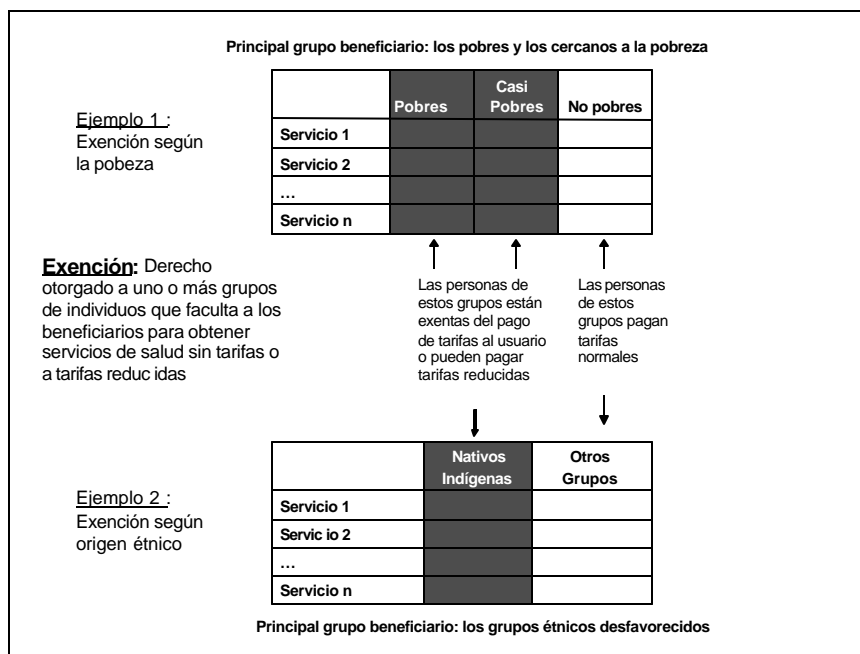


2.2 Mecanismos de protección: Exenciones, liberaciones de pago y características de diseño

(a) Exenciones de pago

Una exención es el derecho conferido a un individuo que lo faculta para obtener servicios de salud en ciertos establecimientos de salud sin cargos directos o a un precio reducido (ver la *Figura 7*). Los afectos a las exenciones son individuos. La existencia de exenciones en un sistema de salud supone que el sistema discriminará entre los que reciben exenciones y el resto de la población. Al reducir los pagos en efectivo por la atención entregada a los beneficiarios, las exenciones pretenden mejorar la equidad en el acceso y la equidad en el financiamiento de los servicios de salud.

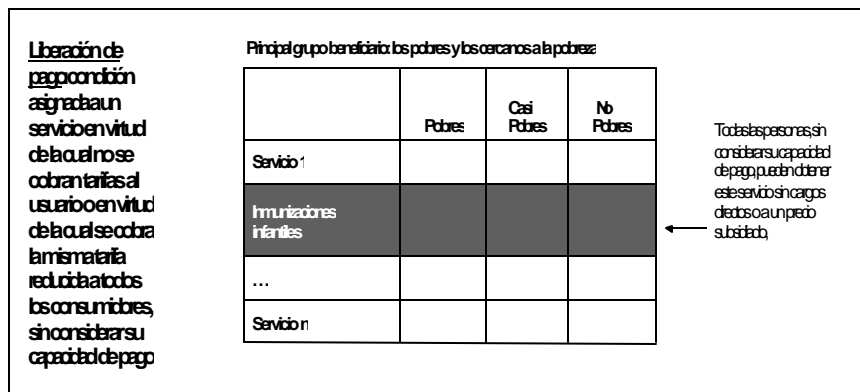
Figura 7 Exención



(b) Liberaciones de pago

Mientras que las exenciones están asociadas a ciertos individuos, las liberaciones de pago están asociadas a ciertos servicios. Un servicio libre de pago es aquel que se debe entregar sin cargos (o a un precio reducido) a los pacientes. En su forma más amplia, una exención permite al beneficiario recibir todos los servicios sin cargos directos; en su forma más amplia, una liberación de pago supone que se entregará el servicio libre de pago a todos los individuos sin cargos. Las liberaciones de pago se adoptan especialmente por motivos de eficacia y por lo tanto, pretenden corregir algunas fallas de mercado. Su propósito es promover el consumo de servicios de salud específicos, incluidos aquellos cuyos beneficios son subvalorados por la población, los que tienen externalidades o los que son simples bienes públicos. Las vacunas son un ejemplo común de liberación de pago, cuyo objetivo es corregir las fallas de información (las personas sin instrucción tienden a temer a las vacunas o subvalorar sus beneficios) y promover el consumo de un servicio médico que tiene una externalidad.

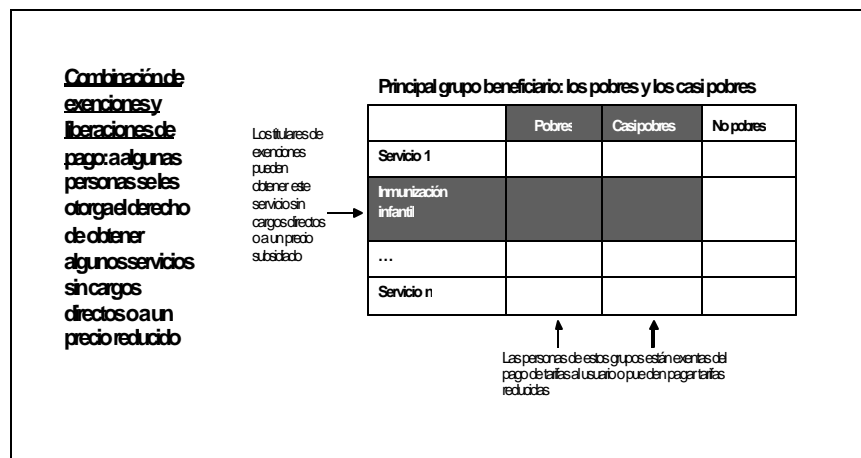
Figura 8 Liberación de pago



(c) Combinación de exenciones y liberaciones de pago

Las exenciones y las liberaciones de pago se pueden combinar, estableciendo con ello un sistema en que ciertos individuos tienen derecho a obtener algunos beneficios de salud en forma gratuita o bajo un subsidio (Figura 9).

Figura 9 Combinación de exenciones y liberaciones de pago



(d) Características de diseño correspondientes a las exenciones y las liberaciones de pago

Es mucho más simple diseñar e implementar un sistema de liberaciones de pago que un sistema de exenciones. Un sistema de liberaciones de pago requiere una decisión básica inicial, es decir, determinar qué servicios se ofrecerán gratuitamente o a precios reducidos. Tal determinación podría responder a criterios específicos económicos y médicos, como los mencionados en el párrafo anterior. Una vez tomada esa decisión, en general, administrar el sistema de liberaciones de pago es más simple en el aspecto administrativo que un sistema de exenciones. Esta relativa simplicidad, surge del hecho de que un sistema de liberaciones de pago no plantea la necesidad de identificar a los beneficiarios; un obstáculo importante en un sistema de exenciones. Así, adoptar liberaciones de pago puede resultar tan fácil como comunicarle a los proveedores pertinentes que los servicios que se liberarán de pago se ofrecerán sin cargo a todos los clientes. En la mayor parte de los países en desarrollo, existen sistemas de liberaciones de pago, los que funcionan bastante bien y sólo representan exigencias administrativas menores. Por ejemplo, en algunos países, todos los establecimientos públicos ofrecen en forma gratuita y a todos los pacientes a nivel nacional algunos servicios primarios y preventivos, como las vacunaciones infantiles.

Aparte de decidir qué servicios se eximirán de pago, diseñar un sistema de liberaciones de pago también supone determinar quién entregará los servicios libres de pago – pueden ser proveedores públicos, privados con fines de lucro y privados sin fines de lucro – y cómo financiará el pagador de los servicios los costos de entrega. Una situación común es que los proveedores de servicios libres de pago sean en su totalidad públicos y su financiamiento provenga de su presupuesto mensual fijo, en cuyo caso, sigue siendo fácil manejar el sistema de pagos. El suministro universal de servicios de salud libre de cargos para todos, entregado en establecimientos públicas y que se financia mediante presupuestos históricos es un sistema generalizado de liberaciones de pago. En algunas situaciones, el financiamiento de los servicios libres de pago podría provenir de los pagos efectuados por el organismo financiero al proveedor de estos servicios, basándose en un mecanismo de pago previamente acordado, en cuyo caso la administración puede llegar a ser más compleja. La capitación requiere que el proveedor entregue al pagador una lista de beneficiarios registrados, la tarifa por servicio requiere que el proveedor presente al pagador facturas periódicas, etc. El *Sistema Único de Saúde* (SUS) de Brasil ofrece un amplio conjunto de

servicios libres de pago a la población de Brasil a través de una red nacional de proveedores públicos y privados, a la cual debe pagar por los servicios afectos sobre la base de sistemas diversificados de pago.

En resumen, diseñar y adoptar un sistema de liberaciones de pago es relativamente simple porque, a diferencia de un sistema de exenciones, no plantea la necesidad de identificar a cada beneficiario. Un sistema de liberaciones de pago comparte con un sistema de exenciones la necesidad administrativa de establecer un sistema de pagos para afrontar los costos de los servicios que se ofrecen a precios reducidos.

En cambio, diseñar e implementar un sistema de exenciones es considerablemente más complejo porque impone la necesidad de adoptar diferentes reglas para las distintas personas. La necesidad de clasificar a los individuos como beneficiarios y no beneficiarios de exenciones, junto con la necesidad de identificarlos en el punto de servicio impone importantes exigencias administrativas en el servicio de salud. Aquí surgen varias opciones de diseño que tienen una serie de consecuencias para el sistema de salud en términos de incidencia de beneficios y costos administrativos. En el *Cuadro 2* se resumen en forma de preguntas las opciones de diseño que deberán enfrentar las autoridades responsables que desean adoptar un sistema de exenciones. Las últimas dos columnas del cuadro indican que algunas interrogantes se aplican tanto a las exenciones como a las liberaciones de pago, mientras que otras se aplican sólo a uno o a otro sistema. Las opciones de diseño del *Cuadro 2* se han clasificado en cuatro categorías diferentes que se indican a continuación:

- ?? **Disponibilidad de recursos:** ¿Con cuánto dinero se contará para financiar las exenciones y liberaciones de pago? A menudo, las autoridades responsables adoptan sistemas de exenciones y excepciones sin tomar las medidas necesarias para asegurarse de que el costo de producción total de los servicios que se eximirán o liberarán de pago se ajusta a los fondos disponibles para financiar la política. Para lograr ese ajuste se requiere disponer de estimaciones acerca de la población total de beneficiarios, su demanda de servicios con exención o liberación de pago y el costo de esos servicios.
- ?? **Diseño y aplicación generales:** Adoptar un sistema de exenciones o liberaciones de pago comprende una serie de problemas de diseño. Un problema central es la modificación del sistema de tarifas al usuario vigente en ese momento con el fin de favorecer los objetivos del sistema de exenciones o liberaciones de pago. Esto significa que se deben establecer tarifas al usuario para aquellos que cuentan con la capacidad de pagar (los pacientes sin derecho a exenciones deberán pagar la tarifa vigente) y que sólo los servicios libres de pago se deben entregar sin cargos (los servicios que no están libres de pago se cobrarán a los pacientes). Independientemente de si se permite al establecimiento mantener los ingresos de las tarifas o si éste está obligado a devolverlos a una autoridad regional o central, es importante modificar la política de tarifas al usuario; en cualquiera de los dos casos, a la larga, los ingresos por tarifas al usuario aliviarán el efecto fiscal de una política de exenciones o liberaciones de pago. Existen otros problemas clave de diseño y aplicación que se resumen en el *Cuadro 2*. En general, éstos se relacionan con la determinación de cuáles servicios se liberarán de pago y quiénes se eximirán, la duración de la liberación del pago o exención, la selección de un instrumento de identificación (o focalización) y el agente a cargo de la administración del sistema, entre otras cosas.
- ?? **Características del diseño y aplicación por el lado de la oferta:** Como ya se observó, el particular diseño del sistema de exenciones o liberaciones de pago entrega incentivos específicos a los proveedores de servicios. Un buen diseño es aquel que otorga incentivos para que los proveedores actúen de modo de favorecer los objetivos del sistema de exenciones o liberaciones de pago. Es decir, un buen diseño permite la entrega de la cantidad adecuada de exenciones a los beneficiarios previstos, la negación de exenciones a los no beneficiarios y la entrega de los tipos adecuados de liberaciones de pago. Las definiciones claras y realistas de los beneficiarios y la difusión adecuada de información acerca de los procedimientos son factores que contribuyen al éxito del sistema de exenciones. En cambio, un diseño defectuoso podría amenazar la política de

exenciones o liberaciones de pago. Por ejemplo, una definición ambigua o compleja de un beneficiario de un sistema de exención podría ser la causa de su fracaso. En el Capítulo 3 se proporcionan ejemplos de distintas experiencias con resultados positivos y negativos.

- ?? **Características del diseño y aplicación por el lado de la demanda:** Los sistemas de exenciones y liberaciones de pago entregan incentivos a los consumidores o deben estar acompañados de incentivos que se ajusten a los objetivos de cada sistema. Por ejemplo, cuando existen liberaciones de pago para algunos servicios, como los partos institucionales, se debe difundir la información pertinente entre las embarazadas, a menudo con la ayuda de promotores y líderes de la comunidad, con el fin de fomentar el conocimiento de los beneficios de salud de los partos institucionales, y así promover la demanda para el servicio libre de pagos. Liberar simplemente de pago los partos institucionales podría en algunos casos resultar un insuficiente como incentivo para impulsar la demanda por este servicio. En lo que respecta a las exenciones, es posible que un sistema que proporciona servicios de salud curativa gratuitos a los titulares de una tarjeta de indigencia no logre atraer a los beneficiarios previstos si los costos de acceso, aparte de la tarifa al usuario (por ejemplo, costos del viaje y el costo de oportunidad en tiempo), son altos. En este caso, el sistema de exenciones también tendrá que contemplar los fondos y un mecanismo para hacer frente a los demás costos de consumo de los pacientes beneficiarios.

Como ya se observó en relación con las liberaciones de pago, las exenciones presentan la dificultad adicional de que se otorgan sobre la base de características personales. Por lo tanto, el proceso requiere de una administración y de decisiones con respecto a su adjudicación, lo que se analiza a continuación:

Exenciones de pago: Problemas de diseño y aplicación

¿Quién otorga las exenciones? ¿Quién tiene la responsabilidad de identificar a los que se protegerá: un epidemiólogo del Ministerio de Salud, un especialista del Instituto Nacional de Estadísticas, un asistente social del organismo que entrega los servicios sociales o un médico que trabaja en el hospital? En El Salvador, los funcionarios del Ministerio de Salud determinan los distritos que tienen derecho a un paquete gratuito de servicios de salud, basándose en un amplio conjunto de indicadores de pobreza y de estado de salud. En Zaire, es la enfermera a cargo del centro de salud quien determina quién se libera de los pagos en forma parcial o completa. Así, las exenciones se pueden asignar a través de un organismo administrativo especial separado del establecimiento de salud, en cuyo caso, los beneficiarios deben portar algún tipo de identificación que los distinga de los no beneficiarios al solicitar servicios de salud o las puede proporcionar el mismo personal del establecimiento de salud, en cuyo caso la identificación es innecesaria. Cuando una entidad distinta al proveedor de salud otorga exenciones, surge un conflicto de intereses si el costo de los servicios exentos no lo enfrenta por completo la entidad que las concede y si el organismo de exención es recompensado de acuerdo con el volumen de las exenciones otorgadas. Por ejemplo, en Camboya, algunos fondos de capital que otorgan exenciones no necesitan rembolsar a los proveedores de salud el costo total de los servicios exentos y, por consiguiente, podrían entregar demasiadas exenciones. El Ministerio de Asuntos Sociales de Surinam solía entregar demasiadas exenciones porque no se hacía cargo del costo total de los servicios exentos y sus funcionarios obtenían beneficios personales con la entrega. Cuando esa situación cambió y el Ministerio de Asuntos Sociales comenzó a hacerse cargo del costo total de la atención de salud, el organismo se volvió más estricto y redujo la cantidad de exenciones otorgadas.

¿Las exenciones dependen de la oferta o de la demanda? ¿El sistema de identificación busca activamente a los posibles beneficiarios o espera en forma pasiva que se presenten a solicitar protección? En Surinam, el Ministerio de Asuntos Sociales (MSA) emite tarjetas de MSA que liberan a sus portadores del pago de tarifas al usuario en los hospitales públicos. Para obtener la tarjeta, las personas deben solicitarla, puesto que el MSA no busca activamente a los posibles beneficiarios. En cambio, en Colombia, el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SISBEN) administrado por los municipios entrevista activamente a todas las familias de su jurisdicción y selecciona las que ingresarán al Régimen

Subsidiado. Todos los beneficiarios del Régimen Subsidiado automáticamente tienen derecho al subsidio del Estado que cubre su prima por seguro de salud.

¿Cuándo se otorgan las exenciones? Las exenciones se pueden entregar en diferentes momentos. Por ejemplo, se pueden entregar a los beneficiarios en sus hogares o en los establecimientos de un organismo administrativo cuando los individuos no tienen una necesidad inminente de recibir servicios de salud. Así, los beneficiarios portan con ellos el documento de exención en caso de que necesiten presentarlo en un establecimiento de salud en el futuro, si surge la necesidad. El Fondo Nacional de Salud (FONASA) de Chile proporciona tarjetas de exenciones a los indigentes y éstos presentan las tarjetas a los proveedores públicos al solicitar servicios de salud, con lo que reciben atención gratuita. Otra forma es que la exención la entregue el personal del establecimiento de salud o un organismo especial en el momento en que se soliciten los servicios. Esto sucede en el Hospital Takeo de Camboya, donde personal de salud especialmente capacitado somete a los solicitantes de exenciones a una comprobación de medios de vida en terreno, solicitándoles que llenen un formulario para responder diferentes preguntas acerca de su empleo, las características de su casa, el número y la edad de los miembros de la familia, la posesión de vehículos y otros activos durables y la propiedad de animales domésticos. Así, el personal encargado de otorgar exenciones calcula una puntuación sobre la base de las respuestas entregadas y proporciona la exención si la puntuación se encuentra bajo cierto límite.

Cuando se entrega una exención – ex ante o en el momento en que se solicitan los servicios – esto podría afectar el comportamiento de búsqueda de atención de salud si los costos de solicitud de exenciones, también conocidos como “costos de participación”, son altos o si los posibles solicitantes no están seguros de poder obtener una exención. En situaciones en que las exenciones se otorgan ex ante, los beneficiarios conocen con seguridad que tendrán derecho a atención gratuita si solicitan servicios de salud en ciertos lugares. Así su demanda de atención no se verá disminuida por la posibilidad de un pago en efectivo. En cambio, en situaciones en que se determina la exención cada vez que se solicita un servicio de salud, algunos posibles pacientes podrían desistir de buscar atención si los costos de participación son altos o si perciben que tienen una probabilidad incierta de obtener una exención. Los costos de participación se relacionan con costos económicos, de tiempo y de otra índole en que tiene que incurrir un individuo para solicitar una exención. Por ejemplo, el *Cuadro 2* presenta algunos de los requisitos establecidos por un organismo público de un país de América Latina para otorgar tarjetas de exención para atención de salud o entregar atención gratuita a aquellos que no tienen derecho a una tarjeta de exención. Este es un ejemplo de un proceso de exenciones con altos costos de participación. Si la población beneficiaria considera que la entidad que proporciona exenciones siempre las otorga a los solicitantes, como era el caso del Ministerio de Asuntos Sociales de Surinam,⁹ el momento en que se entregue la exención – ex ante o cuando se necesiten los servicios – no tendrá ninguna diferencia en términos del comportamiento para buscar atención de salud por parte de la gente. Los que necesiten atención solicitarán servicios de todos modos, ya sea que cuenten con una tarjeta de exención o no, pero estarán seguros de que recibirán atención gratuita.

Cuadro 1 Requisitos para obtener exenciones de servicios de salud: ejemplo de América Latina

Individuos con derecho a una tarjeta de exención de pago de salud: requisitos para obtener la tarjeta	Contrato indefinido como trabajador asalariado	Contrato temporal como trabajador asalariado	Jubilado
Formulario de solicitud	Sí	Sí	Sí
Fotocopia del contrato de trabajo	Sí	Sí	-
Certificado de contribución	Sí, último pago	Sí, pagos a lo menos por 6 meses	No, pero debe presentar comprobante de pago de pensiones
Tarjeta de identificación nacional personal	Sí	Sí	Sí
Tarjeta de identificación nacional de cargas	Sí	Sí	Sí

⁹. Giedion, Bitrán y Muñoz. 2002.

familiares			
Certificado de cargas familiares	Sí, obtenido en el registro civil	Sí, obtenido en el registro civil	Sí, obtenido del administrador del fondo de pensiones
Duración de la exención	2 años	12 meses	Indefinida

Individuos sin derecho a una tarjeta de exención de pago de salud: requisitos para obtener servicios de salud gratuitos

	Trabajador independiente	Trabajador desempleado	Indigente
Certificado de indigencia	No	No	Sí
Certificado de contribución	Sí, pagos a lo menos por 6 meses	-	-
Tarjeta de identificación nacional personal	Sí	Sí	Sí
Tarjeta de identificación nacional de cargas familiares	Sí	Sí	Sí
Certificado de cargas familiares	-	Sí, administrador del fondo de pensiones	-
Certificación de afiliación al fondo de pensiones	Sí	-	-
Otros	-	Tarjeta de subsidio de desempleo	Certificado de enfermedad emitido por el servicio de salud o municipio

Requisitos de elegibilidad ¿Qué información se requiere para la identificación: datos de una encuesta domiciliaria, formularios individuales de impuestos, verificación de ingresos y evaluación de activos o inscripción en otros programas de protección social? Si los requisitos de identificación son importantes (como en el caso de Kenya descrito en el Capítulo 3), los costos de participación podrían ser demasiado altos, lo que originaría un nivel moderado de identificación (subcobertura). Por otra parte, si los requisitos son muy pocos, podría observarse una alta filtración. Los requisitos para beneficiarse podrían ser tan simples como responder y entregar una entrevista en terreno o un proceso más prolongado y exigente, como el descrito en el *Cuadro 1*. En un esfuerzo por aumentar la precisión, en general, los que diseñan y manejan los procesos de idoneidad adoptan pruebas y entrevistas complejas, exigentes y que requieren mucho tiempo. Esto eleva el costo de participación de las exenciones, desalentando así a algunos posibles solicitantes. Aquellos que optan por cumplir podrían ser personas de bajos ingresos cuyo costo de oportunidad es menor que el valor de los beneficios que supone la exención, pero tales engorrosos procedimientos también podrían desalentar la solicitud por parte de los individuos de bajos ingresos reservados con respecto a las preguntas y a la burocracia. Encontrar el equilibrio correcto entre la severidad de una comprobación de los medios de vida para las exenciones y la cobertura de un programa de exención (porcentaje de pobres que en realidad se benefician con las exenciones) constituye un importante desafío para las autoridades responsables.

Duración de la exención. Las exenciones pueden ser temporales o permanentes. La exención de menor duración es la que se entrega para un servicio específico dentro de un establecimiento de salud. Por ejemplo, un paciente hospitalizado podría tener que solicitar una exención del pago de un examen de laboratorio y nuevamente, durante la misma hospitalización, es posible que deba solicitar varias veces exenciones para otros procedimientos médicos, como los costos quirúrgicos o los medicamentos recibidos. Ese procedimiento de exenciones dividido en varias etapas, ilustrado en un ejemplo en el Capítulo 3, que en general causa confusiones y frustraciones entre los pacientes, es común en los establecimientos de salud que cuentan con departamentos médicos separados, cada uno de los cuales dispone de su propio presupuesto y política de exención. Una exención en cierta forma más amplia pero aún de corto plazo es aquella proporcionada para el tratamiento de un episodio de una enfermedad específica, que cubre todos los insumos y servicios entregados al paciente durante ese episodio, pero con vencimiento una vez finalizado el tratamiento. Los posibles pacientes deben volver a solicitar una exención en el futuro para tratar nuevos episodios de enfermedades. Las exenciones a largo plazo son las que se otorgan a las personas y que tienen una validez de un año o más, incluidas las indefinidas. En

algunos países, las personas discapacitadas o los ancianos tienen derecho a exenciones permanentes en ciertas establecimientos de salud.

Duración de la exención. Las exenciones pueden ser completas o parciales. Una exención completa faculta a su beneficiario para obtener gratuitamente los servicios que ésta cubra; una exención parcial podría requerir que el solicitante efectuara un pago parcial, es decir, inferior al pago total. El Fondo Nacional de Salud de Chile cubre exenciones completas para los beneficiarios indigentes, pero tiene una escala móvil de tarifas para beneficiarios no indigentes, con lo que otorga un subsidio de precios que disminuye con el ingreso. El antiguo sistema de tarjetas para personas de bajos ingresos (LICS) de Tailandia liberaba completamente a los pobres del pago en los establecimientos de salud.

Cuadro 2 Exenciones y liberaciones de pagos: problemas de diseño y aplicación

	Exención	Liberación de pago
Disponibilidad de recursos		
¿Con qué cantidad de recursos se contará para financiar las exenciones y liberaciones de pago?	X	X
Diseño y aplicación generales		
¿Se aplica la política de tarifas al usuario para favorecer los objetivos de la política de exenciones/liberaciones de pago?	X	X
¿Qué servicios se encuentran exentos o libres de pago?	X	X
¿Quién tiene derecho a una exención?	X	
¿En qué nivel del sistema de salud se proporciona la exención/liberación de pago?	X	X
¿Sobre qué base se proporciona la exención (evaluación individual, grupal, autoselección)?	X	
¿Qué tan bien informados se encuentran los ejecutores acerca de la política de exención/liberación de pago?	X	X
Si se entrega la exención en forma individual, ¿qué tipo de método de evaluación individual se aplica (comprobación de medios de vida, comprobación sustitutiva de medios de vida)?	X	
¿Quién proporciona las exenciones?	X	
¿Se entrega la exención a nivel individual o familiar?	X	
¿Se utiliza un sistema de tarjetas de identificación?	X	
¿Se revisan regularmente los criterios de identificación?	X	
¿Qué duración tiene la validez de la exención?	X	
Características del diseño y aplicación de la oferta		
¿Se compensa a los proveedores por los ingresos no percibidos?	X	X
¿Qué mecanismo de pago se utiliza para compensar a los proveedores?	X	X
¿Cuál es el significado de la compensación con respecto a las tarifas habituales y al costo real?	X	X
¿Qué tan oportuna es la compensación?	X	X
¿La compensación cubre los costos administrativos?	X	X
¿Se revisan los montos de compensación regularmente para ajustarse a los costos?	X	X
¿Se mantienen los ingresos por tarifas al usuario en los establecimientos?	X	X
¿Los ingresos del personal están ligados a los ingresos por tarifas al usuario?	X	X
¿Se mantienen registros de los ingresos por tarifas al usuario y de las exenciones y liberaciones de pago otorgadas?	X	X
Características del diseño y aplicación de la demanda		
¿Qué tan bien difundida está la política de exención/liberación de pago?	X	X
¿Los agentes responsables de otorgar exenciones seleccionan en forma activa a los beneficiarios o pasivamente esperan por ellos?	X	
¿Cuándo se entrega la exención: ex ante, cuando se solicita el servicio o ex post?	X	

Cuadro 2 Exenciones y liberaciones de pagos: problemas de diseño y aplicación

¿Qué importancia tiene el estigma social?	X	X
¿Se discrimina a los beneficiarios (es decir, se les trata mal o de manera diferente)?	X	X
¿Cuál es la accesibilidad de los servicios para los no beneficiarios?	X	X
¿Qué tan bien informados se encuentran los posibles beneficiarios acerca de la política?	X	X
¿Cuál es la magnitud de los costos individuales para el sistema?	X	X
¿El programa financia la totalidad o parte de los costos de acceso de los pacientes?	X	X
¿Qué penalidades se les impone a los que burlan el sistema?	X	

Alcance. La exención puede cubrir a algunos miembros del hogar o a todos. En general, es más común el último caso, pero hay varios ejemplos de sistemas de exención en que ésta se entrega a nivel individual; por ejemplo, en el caso de una exención que cubre a una madre soltera y a su hijo, los que viven con los padres de ésta, pero éstos no cumplen los requisitos para recibirla.

¿Quién proporciona los beneficios del programa? ¿Los mecanismos de protección limitan el conjunto de proveedores donde se entregan beneficios del programa, o los beneficiarios pueden seleccionarlos libremente? En Colombia, los beneficiarios del Régimen Subsidiado obtienen un subsidio de demanda del gobierno municipal que les permite inscribirse en una aseguradora de salud pública o privada de su elección. Pero pueden obtener servicios de salud sólo de los proveedores que tienen un contrato con su aseguradora. El Fondo Nacional de Salud de Chile faculta a los beneficiarios de mayores ingresos a obtener una exención parcial por servicios de salud privada y los beneficiarios pueden seleccionar libremente al proveedor de una amplia lista establecida por este mismo organismo. En Honduras, los beneficiarios del programa Materno Infantil de Cupones de Alimentos pueden recibir beneficios de salud financiados por el programa sólo en los establecimientos públicos, pero pueden canjear el cupón de alimentos en cualquier tienda de abarrotes privada.

Financiamiento de los beneficios de la exención. Hasta aquí, todos los puntos tratados en esta sección se han relacionado con el proceso de identificación de beneficiarios y administración del proceso de exenciones. Un componente distinto, pero igualmente clave de un sistema de exenciones es su financiamiento. Un programa de exenciones exitoso requiere que el valor de los servicios exentos de pago sea igual al financiamiento disponible para el programa. Rara vez se considera este equilibrio en el diseño de una política de exenciones, y por lo tanto, rara vez se mantiene. Como ya se observó, para lograr ese equilibrio se requiere conocer el número de beneficiarios del programa de exenciones, su demanda de los servicios con exención y el costo de los servicios. Estas necesidades de información aumentan con la cantidad y complejidad de los servicios que se incluya en el programa de exenciones. La falta de claridad acerca de los recursos necesarios para un programa a menudo significa que el financiamiento es insuficiente y el racionamiento de servicios surgen entonces como la herramienta de facto para imponer un equilibrio. Por ejemplo, el Programa de Extensión de Cobertura de Guatemala, implementado a fines de los años noventa, intentaba entregar cerca de 15 tipos diferentes de servicios de salud preventiva y primaria sin cargos a la población pobre a través de contratos de prestaciones con ONG. Debido a la falta de conocimientos sobre los costos de entrega reales el programa sufrió un subfinanciamiento y, como consecuencia, sólo se entregaron efectivamente algunos de los servicios contenidos en el paquete básico de 15 intervenciones a la población beneficiaria. Para que un programa de exenciones tenga éxito, es clave realizar un análisis detallado de las necesidades financieras.

Compensación del proveedor. ¿El proveedor de servicios obtiene una compensación financiera del programa por la entrega de servicios subsidiados a los beneficiarios de los programas de protección? ¿O debe cobrar los ingresos a los clientes no pertenecientes al programa para cubrir los costos de éste? ¿O bien debe racionar la entrega y limitar la atención gratuita para mantenerse con su actual presupuesto limitado? Muchos programas de exenciones fracasan porque no compensan totalmente a los proveedores por los ingresos que dejan de percibir al entregar servicios gratuitos a los beneficiarios de los programas (ver ejemplos del Capítulo 3). Evidentemente, la compensación requiere conocer los costos de producción

y la existencia de un sistema de pago mediante el cual el programa de exenciones canalice los fondos al proveedor. El sistema de pagos que se seleccione tendrá consecuencias para el funcionamiento del programa de exenciones. Por ejemplo, si se selecciona un sistema de tarifa por servicio y si ésta refleja el costo marginal total, el proveedor tendrá un incentivo para entregar atención gratuita a los beneficiarios. En un intento por impulsar los ingresos, también podría intentar entregar atención gratuita a los no beneficiarios, si el reembolso es más alto que el precio normal, y cobrarlo al organismo financiero. Para evitar el aumento de costos, es posible que el organismo financiero deba imponer un límite presupuestario para el pago de los servicios con exención de pagos. En cambio, la capitación consiste en el pago periódico al proveedor de un monto fijo de dinero por cada beneficiario registrado del programa de exenciones. Puesto que este pago no está ligado al volumen de servicios entregado en realidad, es posible que el proveedor tenga el incentivo de entregar una cantidad insuficiente de atención gratuita; precisamente el efecto opuesto al pago de tarifa por servicio. La selección del sistema de pago adecuado ha sido objeto de reciente debate en el marco de los fondos de capital de Camboya (Knowles 2001; Bitrán 2002).

Protección con beneficios específicos versus transferencias en efectivo no condicionadas.
 ¿Toman los beneficios de los programas de protección la forma de servicios de salud gratuitos o subsidiados o se entregan en forma de suplementos de ingresos, como efectivo, los cuales los beneficiarios pueden utilizar libremente en servicios de salud u otro consumo?

2.3 Resultados de los mecanismos de protección

La evaluación de los resultados de un mecanismo de protección debería formar parte integral de una política de protección para los pobres. Las preguntas que se deben formular incluyen lo siguiente (ver el Cuadro 3): ¿Los beneficiarios previstos están realmente protegidos? ¿Se ha registrado un aumento del uso de servicios de salud? ¿Se están beneficiando algunos no pobres de manera inadecuada con la protección? ¿Cuál es el costo administrativo real del mecanismo de protección? ¿Cuál es la eficiencia del mecanismo de protección en términos de la relación entre la protección otorgada y los costos administrativos de esta protección? ¿Cuáles son los resultados del programa en términos de un mejor estado de salud? A continuación se presenta una definición de conceptos relacionados con los resultados y un análisis de los problemas de medición de resultados.

Cuadro 3 Seguimiento y evaluación de los sistemas de exención y liberación de pago

Problemas de seguimiento y evaluación		
¿Se realizan evaluaciones de resultados en forma regular o esporádica?	X	X
¿El sistema de compensación del proveedor funciona en forma eficaz y el monto de compensación se ajusta al costo real del servicio?	X	X
¿Se exige de pago realmente a los beneficiarios esperados?	X	
¿Los beneficiarios exentos de pago utilizan en mayor medida los servicios que los individuos pobres y no exentos?	X	
¿Los beneficiarios de las exenciones obtienen protección financiera?	X	
¿Existe un aumento en la utilización de servicios libres de pago?		X

(a) Errores y exactitud en la identificación de beneficiarios

Un programa de identificación de beneficiarios exitoso identifica a aquellos que necesitan protección en forma precisa, sin ignorar a ningún miembro del grupo beneficiario ni permitir que ningún beneficio salga de éste. La identificación pocas veces es perfecta. Los que manejan un programa de identificación de beneficiarios pueden cometer los siguientes dos tipos de errores (se supone que aquellos

que necesitan protección son los pobres, como casi siempre sucederá en los programas sociales, como el de atención básica de salud):

Clasificar como no pobre a alguien que en realidad es pobre. Esto significa negar protección a alguien que la merece o la requiere. Este tipo de inexactitud se denomina *Error de tipo I* (conocido también como un falso negativo) o “subcobertura”. Los errores de tipo I pueden surgir de un mecanismo de selección excesivamente estricto, de la reticencia de los posibles beneficiarios a ser clasificados como pobres o de la falta de conocimiento entre los posibles beneficiarios del programa. Al reducir los Errores de tipo I se promueve la equidad, mejorando así el acceso a los servicios sociales por parte de los pobres.

Clasificar como pobre a alguien que no es pobre. Esto significa que se otorga protección a individuos no beneficiarios. Este tipo de equivocación se denomina *Error de tipo II* (conocido también como falso positivo) y más comúnmente como “filtración”.

La *Figura 10* resume los cuatro posibles resultados de un esfuerzo de identificación de beneficiarios. La exactitud del método se puede calcular en términos de errores de Tipo I y Tipo II. Se pueden expresar ambos tipos de error como el número de personas mal clasificadas o como cantidades de dinero empleadas en forma excesiva o insuficiente. El grado de error de Tipo I o subcobertura se mide dividiendo el número de pobres excluidos erróneamente de los beneficios por el número total de pobres. También se puede medir dividiendo el valor de los beneficios negados incorrectamente por la cantidad de dinero requerida para entregar beneficios a todos los pobres. Grosh (1992a) afirma "El complemento de la subcobertura es la cobertura o el porcentaje de aquellos que deben ser atendidos y son atendidos. Esto a veces se denomina la tasa de participación". El error de Tipo II o filtración se mide dividiendo el número de beneficiarios no pobres por el número total de beneficiarios o el valor de los beneficios erróneamente entregados a los no pobres (cuadrante superior derecho) por el valor total de los beneficios (cuadrantes superiores izquierdo y derecho).

Figura 10 Errores de identificación

		Suficiencia de la acción	Número de personas	Cantidad de subsidio otorgada o legada	
		NIVEL REAL			
		POBRES	NO POBRES	TODOS	
CLASIFICADO CORRECTAMENTE	(SUBSIDIO OTORGADO) POBRES	Subsidios otorgados correctamente Sin error P_1	Subsidios otorgados incorrectamente Error tipo II N_1	$P_1 + N_1$	
	(SUBSIDIO NEGADO) POBRES	Subsidios negados incorrectamente Error tipo I P_2	Correctly denied subsidies Sin error N_2	$P_2 + N_2$	
TOTAL		$P_1 + P_2$	$N_1 + N_2$	$P_1 + P_2 + N_1 + N_2$	
		$s \cdot P_1$	$s \cdot N_1$	$s \cdot (P_1 + N_1)$	

Cantidad de subsidio total requerida para cobertura completa de los pobres: $S = s(P_1 + P_2)$

Cobertura real de los pobres, o tasa de participación: $P_1 / (P_1 + P_2)$

Extensión error tipo I o subcobertura: $P_2 / (P_1 + P_2) = s \cdot P_2 / [s \cdot (P_1 + P_2)] = P_2 / (P_1 + P_2)$

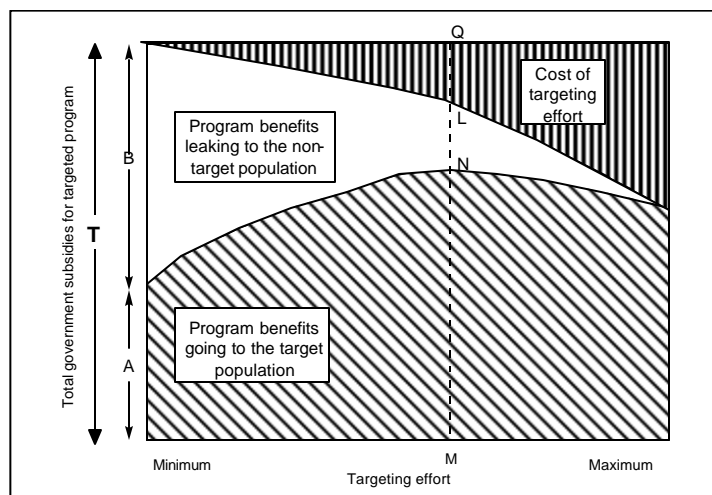
Extensión de error tipo II: $N_1 / (P_1 + N_1) = P_2 / (P_1 + N_1) = s \cdot N_1 / [s \cdot (P_1 + N_1)] = N_1 / (P_1 + N_1)$

(b) Disyuntiva exactitud-costo en la identificación de beneficiarios

En principio, se desearía que el esfuerzo de identificación fuera lo más preciso posible, idealmente que redujera las filtraciones a cero, llegando al mismo tiempo a todos los beneficiarios. Sin embargo, en la práctica, esto rara vez es posible. Mientras más exacto es el esfuerzo de identificación de beneficiarios, más alta será su cobertura (error de Tipo I más pequeño) y menor será su filtración (error de Tipo II mínimo). Sin embargo, para lograr un alto grado de exactitud se requieren costosos esfuerzos de recopilación de información y de cumplimiento para identificar a los beneficiarios previstos y excluir al resto.

Esta disyuntiva entre el esfuerzo de identificación y la incidencia del programa se ilustra en la *Figura 16*¹⁰. Consideremos un programa de salud subsidiado, por un valor de US\$T, entregado sin esfuerzos de focalización. Un ejemplo es el suministro universal sin cargos directos de servicios financiados por el Estado. En ausencia de un esfuerzo de focalización, parte del subsidio, o del monto A de la figura, llegará al grupo de población previsto (por ejemplo, definido como el 40% más pobre de la población); y, debido a una falta de focalización, parte del subsidio, igual a Be, se filtrará a los no pobres, de modo que $A+B=T$.

Figura 10 Solución de compromiso entre la precisión y el costo de la focalización



Si se hiciera un esfuerzo por identificar a los beneficiarios previstos – por ejemplo, aquellos que se encuentran bajo cierto umbral de ingresos o nivel socioeconómico – la cantidad de subsidio que llegaría a los pobres aumentaría con respecto a su valor original de A, mientras que los subsidios que llegarían a los no pobres disminuiría con respecto al valor inicial de B. Pero al mismo tiempo, un nuevo costo, el costo administrativo del programa de identificación de beneficiarios, comienza a consumir parte de la cantidad total de subsidio disponible. Por un tiempo, mientras mayor el esfuerzo de identificación, mayor será el volumen de subsidios que llegue a los pobres, mientras menor la proporción del subsidio que se filtra a los no pobres, mayor será la proporción del subsidio total que se destina al esfuerzo de identificación. Si el esfuerzo fuera máximo (extremo derecho de la figura), es decir, si de alguna forma el personal del programa pudiera identificar con precisión a todos los beneficiarios previstos y no previstos, ya no habría ninguna filtración más de recursos del programa: los subsidios se dividirían en beneficios destinados a los beneficiarios previstos y costos del esfuerzo de focalización.

Pero dado un rendimiento marginal decreciente de la identificación, claramente, no sería óptimo participar en el esfuerzo de identificación más alto posible, porque la proporción de beneficios del programa que se destina a los pobres no sería la máxima. Sería preferible un esfuerzo de identificación de beneficiarios más reducido u óptimo, representado por M en la figura: un máximo de beneficios igual a la distancia MN se destinaría a los pobres, un total de recursos igual a NL se filtraría a los no pobres y una cantidad igual a LQ sería consumida por el esfuerzo de identificación.¹¹

La exactitud y los costos determinan la eficacia de la identificación de beneficiarios. Así, la estrategia más exacta no necesariamente es la más eficaz porque podría comprender altos costos. El "producto" que se obtendrá de la forma más eficaz posible se define con el objetivo de la política (por

¹⁰. Este sistema fue presentado por Willis (1993).

¹¹. Se ha sugerido que para obtener apoyo político para un programa focalizado a veces es necesario permitir cierta filtración.

ejemplo proporcionar una mayor transferencia a los pobres). En este caso, la estrategia de focalización más eficaz es la que transfiere la mayor proporción de un presupuesto fijo a los pobres. Esto requiere minimizar la suma de los costos de focalización y los costos en forma de filtración a los no pobres.

3 Información empírica sobre los mecanismos de protección

3.1 Introducción

El Capítulo 1 consistía en un análisis conceptual de las tarifas al usuario utilizadas en el sector salud y su posible efecto en los pobres. El Capítulo 2 examinaba las teorías relacionadas con cómo mantener el acceso equitativo a la atención de salud cuando se aplican tarifas al usuario. Este tercer capítulo muestra la experiencia de siete países con mecanismos de protección, los que fueron seleccionados siguiendo criterios de novedad, éxito o fracaso del mecanismo, diversidad en las circunstancias socioeconómicas y disponibilidad de datos. Recopilar suficiente información para analizar un caso fue una tarea exigente, puesto que las fuentes son dispersas y a menudo informales, por lo tanto, la mayor parte de los casos descritos se basa en diversas fuentes, escritas y orales. El *Cuadro 4* presenta una lista de indicadores seleccionados para los países incluidos en el estudio de casos, organizados en orden ascendente de PIB per cápita ajustado según el poder adquisitivo (1997). Los casos que se presentan a continuación aparecen en el mismo orden, cada uno con la siguiente estructura en común: (a) marco; (b) políticas de tarifas al usuario; (c) mecanismos de protección; (d) resultados; (e) lecciones aprendidas para el mismo país o para otros que desean implementar este mecanismo.

Cuadro 4 Indicadores seleccionados, países incluidos en el estudio de casos*

	Kenya	Camboya	Ghana	Zimbabwe	Indonesia	Tailandia	Chile
Indicadores demográficos							
Población total 2001 (millones)	29,8	13,1	19,9	11,4	206,1	62,4	15,4
Esperanza de vida al nacer 1999 (años)	47,7	53,7	57,9	40,4	65,7	68,6	75,5
Población urbana 1999 (porcentaje)	32,2	15,6	37,9	34,6	39,8	21,3	85,4
Indicadores económicos							
Tasa de crecimiento del PIB 1997 (porcentaje)	2,1	1,0	4,2	2,8	4,7	-1,5	7,4
PIB per cápita 1997 (Paridad del poder adquisitivo US\$ 1995)	1.020	1.330	1.760	2.680	3.130	6.440	8.440
Indicadores de pobreza							
Año	1992	1999	1992	1990	1999	1998	1994
Población bajo la línea de pobreza, total (porcentaje)	42,0	35,9	31,4	25,5	23,4	12,8	23,2
Rural	46,9	25,2	34,3	31,0	19,5	17,2	21,8
Urbano	29,3	40,0	26,7	10,0	26,1	1,5	30,6
Gasto en salud							
Gasto en salud per cápita 1997 (Paridad del poder adquisitivo actual)	81	96	54	186	55	347	533
Gasto en salud privada como porcentaje del total, 1997	35,9	90,6	53	38,2	47,4	65,4	48,6
Estructura del gasto en salud, 1997 (porcentaje del PIB)							
Privada	5,4	6,4	1,6	3,7	1,1	3,9	3,1
Pública	2,4	0,7	1,4	2,9	0,6	1,8	3
Total	7,8	7,1	3,0	6,6	1,7	5,7	6,1

* Organizados en orden ascendente de PPA (Paridad del poder adquisitivo) 1997.

** Datos de Indicadores de Desarrollo del Banco Mundial, 2000/2001 e Informe de la OMS 2000, salvo que se indique lo contrario.

*** Los datos sobre pobreza correspondientes a Chile se obtuvieron de USAID, 1998.

3.2 Kenya¹²

(a) Marco

Kenya es el país más pobre de entre aquellos con estudio de caso seleccionados. El 42% de su población vive bajo la línea de pobreza nacional (Indicadores de Desarrollo Mundial, 2001) y en 1997, el gasto en salud total era del 7,8% del PIB. Kenya depende considerablemente del gasto privado, el cual representa el 70% del total destinado a salud. La grave crisis económica producida a principios de los años noventa originó una disminución constante de las asignaciones estatales para efectos de salud, de US\$29 per cápita en 1990 a US\$17 en 1993. En 1998, el gasto público total en salud per cápita había regresado a su nivel anterior a la crisis, de US\$30.

(b) Política de tarifas al usuario y su efecto en los pobres

Comenzando con la independencia en 1993, Kenya se comprometió a entregar educación pública y atención de salud gratuitas. Sin embargo, debido a las crisis económicas de fines de los años ochenta, en 1989 el país aplicó políticas de repartición de costos para obtener ingresos en las salas de pacientes ambulatorios de los hospitales y en los centros de salud. Con el tiempo, los ingresos por tarifas al usuario han aumentado en forma significativa de Ksh. 28 millones en el año fiscal 1990/91, a Ksh. 325 millones en el año fiscal 1998-99 (*Cuadro 5*). En el año fiscal 98/99, representaron el 3,4% de los gastos ordinarios en salud no relacionados con salarios (Owino, 2000)¹³.

Cuadro 5 Kenya: Ingreso por repartición de costos como porcentaje de los gastos ordinarios del Ministerio de Salud

Año fiscal	Ingreso por repartición de costos (Ksh. millones)	Ingreso por repartición de costos (US\$ millones)	Gastos ordinarios del Ministerio de Salud (Ksh. millones)	Gastos ordinarios del Ministerio de Salud (US\$ millones)	Porcentaje
1990/91	28	1,1	3.040	117	0,92
1991/92	34	1,1	3.500	116	0,97
1992/93	61	1,4	4.580	102	1,33
1993/94	130	2,3	5.900	103	2,20
1994/95	238	4,4	7.420	138	3,21
1995/96	200	3,7	8.280	153	2,42
1996/97	205	3,6	8.760	152	2,34
1997/98	186	3,1	9.100	152	2,04
1998/99	325	4,7	9.620	140	3,38

Fuente: Owino, 1998.

Nota: Las cifras excluyen las contribuciones por parte del Kenyatta National Hospital.

Los establecimientos estatales han fijado tarifas oficiales que en principio son uniformes en todo el país y están determinadas a nivel nacional por el Ministerio de Salud. Sin embargo, en la práctica, en respuesta a la reducción de las asignaciones presupuestarias del gobierno y a la inflación, varias Juntas Administrativas de los Distritos de Salud han aumentado sus tarifas sin previa consulta ni aprobación del Ministerio, lo que ha producido una amplia divergencia entre las tarifas oficiales y las reales (*Cuadro Error! Reference source not found.*, de Owino 1999).

Existen pruebas de que una recuperación de costos afectaría en forma adversa el acceso por parte de los pobres y que, en algunos casos, podría tener efectos negativos en la eficacia de la prestación de

¹² . La información para este estudio de caso se obtuvo principalmente de 1998, 1999 y 2000; Resumen de política de IPAR (Institute for Policy Analysis and Research), 1999 y Newbrander 1995.

¹³ . Al incluir el Hospital Kenyatta, este porcentaje aumenta al 14,5% para el año fiscal 94/95.

servicios de salud. En un estudio realizado por Moses (1992) que cubre un período de nueve meses, se demuestra que la aplicación de tarifas a pacientes que asisten al Consultorio de Tratamientos Especiales de Nairobi por enfermedades de transmisión sexual (ETS) originó una baja de asistencia de 40% en el caso de los hombres y de 65% en el caso de las mujeres. En otro estudio realizado por Osuga y Nordberg (1993), se examinan los efectos “antes y después” de la introducción de tarifas en un hospital rural, dos centros de salud y dos dispensarios en la División de Kibwezi del Distrito de Machakos en Kenya. En relación con los años anteriores, cuando los servicios eran gratuitos, la asistencia de pacientes ambulatorios disminuyó significativamente (con una fluctuación del 28% al 50%) en los primeros seis meses en todas los establecimientos que cobraban tarifas. En el hospital, aumentaron los ingresos de los pacientes hospitalizados, pero la duración de la estadía disminuyó, mientras que en los centros de salud se redujeron los ingresos, la duración de la estadía y los partos. La asistencia a los servicios que siguieron siendo gratuitos se mantuvo estable o aumentó levemente a nivel hospitalario, pero las tendencias fueron heterogéneas en los centros de salud, puesto que se observó una disminución del uso de atención para menores de cinco años y de atención prenatal y aumentó el uso de los servicios de planificación familiar. Luego del descenso en la asistencia se observó una recuperación, pero los niveles se mantuvieron entre un 20% y un 40% bajo los niveles anteriores a la aplicación de las tarifas. De manera similar, Mwabu y Wang’ombe (1995) indican que la introducción de tarifas para pacientes ambulatorios en los hospitales públicos de Kenya originó una caída considerable en la demanda. Por último, de acuerdo con un análisis de 1995 de los datos de entrevistas domiciliarias realizado por Newbrander y sus colegas (2000), el 91% de los hogares pobres informaron conocer a alguien que recientemente había declinado obtener atención médica debido a la incapacidad de pagar por ella. El 60% de los entrevistados informó que el aspecto financiero era un factor importante de la reducción de la demanda en los establecimientos estatales; el 30% mencionó la insatisfacción con respecto al proveedor del servicio o la calidad del servicio como un motivo para buscar tratamientos alternativos.

(c) Mecanismos de protección

En un esfuerzo por mitigar los efectos negativos de las tarifas al usuario en el acceso por parte de los pobres, el personal central del Ministerio de Salud impuso un sistema de liberaciones de pago para ciertas categorías de personas o pacientes afectados con determinadas enfermedades. Desde 1992, se han reducido las categorías liberadas de pago (*Cuadro 6*). Por ejemplo, mientras que antes de 1995, los niños menores de 5 años estaban exentos de pago en todos los establecimientos de atención primaria, después de 1998, sólo la mitad de todos estos centros mantuvo esta exención.

El personal del establecimiento (superintendentes médicos, matronas, secretarías del hospital o funcionarios administrativos) determina las exenciones a nivel local y las otorgan a los pobres según los ingresos y el estado de salud. En un principio, las autoridades locales y sus asistentes estaban a cargo de seleccionar y recomendar a los pacientes idóneos para recibir las exenciones. Sin embargo, se estimó que este proceso era susceptible de interferencia política y que originaba retrasos en el tratamiento (Owino, 1999). Además, al momento de formular esta política el Ministerio de Salud publicó las normas para establecer la elegibilidad de acuerdo con los ingresos, pero éstas resultaron ser difíciles de interpretar e implementar. Medir el ingreso en efectivo a nivel individual y familiar constituyó un importante obstáculo que obligó al personal utilizar valores sustitutivos de los ingresos. En un estudio de 9 establecimientos se demuestra que en la práctica, se utilizó una amplia gama de valores sustitutivos. Además, al parecer en algunos establecimientos se combinaban diferentes atributos de los pacientes para determinar la pobreza (por ejemplo, la vestimenta, el medio de transporte para llegar al hospital y el número de familiares que acompañaba al paciente, *Cuadro 7*)¹⁴. Aparentemente, algunos criterios, como la ocupación, la vestimenta y el peinado, son comunes a todos los establecimientos, mientras que otros, como el número de cargas familiares con respecto al tamaño de la familia, la relación con los miembros familiares que acompañan a la persona, sólo los utilizan unas pocas entidades.

Cuadro 6 Kenya: Categorías de pacientes y enfermedades liberadas de pago, 1989-98

1989/90	1992	1994	1998
Niños	0-15 años	0-5 años	0-5 años*
Detenidos	Sí	Sí	Sí
Pac. con tuberculosis (TB)	Sí	Sí	Sí
Pacientes con lepra	Sí	Sí	Sí
Pacientes de hogares de beneficencia / para indigentes	Sí	Sí	Sí
Planificación familiar	Sí	Sí	-
ETS/SIDA	Sí	Sí	-
Remisiones internas del Ministerio de Salud	Sí	Sí	-
Desempleados (certificados por su) funcionario de distrito	Sí	Sí	-
Consultorios prenatales y postnatales	Sí	Sí	-
Funcionarios públicos	Sí	-	-
Hijos solteros menores de 22 años (excepto para cargos de hospitalización)	Sí	-	-

Fuente: Owino, 1999

Notas:

"Sí", en caso de que la categoría esté incluida en la lista de liberaciones de pago en algún momento del período correspondiente.

*"Los niños menores de 5 están liberados de pago en el 50% de los establecimientos visitados, aunque los beneficios se limitaban a las consultas. Se informó que se encuentran en curso planes para eliminar a este grupo de la lista de liberaciones de pago (Owino, 1999).

¹⁴.

El personal que otorga exenciones debe llenar un formulario estándar del Ministerio de Salud y enviarlo al superintendente médico o a su delegado para la aprobación. El proceso administrativo comprendido para otorgar exenciones es engorroso y en promedio tarda cerca de una a dos horas; cuando participa la administración local, a veces el proceso de aprobación puede tardar hasta un día completo. Con frecuencia, el proceso se ve obstaculizado por la falta de artículos de oficina adecuados y personal calificado. Por lo general,

enfermeras y trabajadores clínicos y médicos y otros profesionales se encuentran a cargo de la entrega de exenciones, actividad que interfiere y compite con sus deberes habituales relacionados con la entrega de servicios de salud. El proceso de evaluar y liberar de pago a los pacientes, por lo tanto, a menudo se retrasa o posterga. No existe ninguna política explícita para compensar a los establecimientos por los ingresos no percibidos debido a las exenciones y las liberaciones de pago, y en consecuencia, más exenciones y liberaciones de pago significan menos ingresos para estos establecimientos.

Cuadro 7 Kenya: Criterios de elegibilidad para tener derecho exenciones en una selección de establecimientos de salud dependientes del Ministerio de Salud

Atributos relacionados con el paciente	Establecimiento								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Ocupación	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Vestimenta/peinado	X	X		X	X	X	X	X	X
Medio de transporte al hospital				X	X	X			
Recomendación por la adm. local			X	X	X		X		X
Observación directa			X		X	X	X	X	X
Número de cargas/tamaño de la familia		X		X					
Naturaleza y tipo de familiares		X	X						
Número y tipo de familiares acompañantes	X		X	X	X		X	X	
Duración de la estadía desp. del alta*			X		X	X	X		
Recomendación de la asistente social		X				X		X	

Fuente: Owino, 1998.

Notas:

"X" representa el atributo usado en el establecimiento para evaluar la idoneidad (Owino, 1999).

* Cuando los pacientes no pagaron la cuenta, no se les permitió abandonar el establecimiento.

(d) Resultados

No existe ningún seguimiento ni evaluación sistemáticos por parte del Estado del funcionamiento de los mecanismos de protección, y por consiguiente, hay una falta de datos sobre la cobertura del grupo beneficiario. En una encuesta reciente de 17 establecimientos informada por Owino (1999), se demuestra que rara vez más se otorgan exenciones a más de 2 personas al mes; una cifra insignificante dado que el 42% de los habitantes de Kenya vive bajo la línea de pobreza. Los beneficiarios son principalmente pacientes hospitalizados y ambulatorios con afecciones médicas sencillas y rara vez incluyen a pacientes con tratamientos costosos. Esta observación podría reflejar la reticencia de los proveedores a dejar de percibir ingresos importantes con liberaciones de pago costosas. También apunta a una situación en las liberaciones de pago no están realmente disponibles cuando más se necesitan: los tratamientos costosos tienen el efecto perjudicial en los pobres. El bajo nivel de liberaciones de pago contrasta con la alta prevalencia de la pobreza; revela la existencia de serios problemas de baja cobertura y apunta a importantes deficiencias en este mecanismo de protección.

En una encuesta realizada por Owino (1998), el 80% de los pacientes hospitalizados y el 86% de los pacientes ambulatorios desconoce la existencia de las exenciones y liberaciones de pago. Incluso los que sí sabían acerca de ellas no estaban seguros sobre los criterios de elegibilidad. Por lo general, la actitud del personal con respecto a las exenciones y liberaciones de pago era negativa y se mostraban reacios a difundir los mecanismos de protección. Con el temor a las pérdidas de ingresos, el personal estimaba que la información sobre las exenciones no deberían encontrarse fácilmente disponible para los pacientes y que los familiares de los pacientes deberían asumir los costos. De hecho, según Owino, al parecer existe una reticencia general por parte de los establecimientos a informar sobre el sistema de exenciones. En el mismo estudio, cerca del 70% de los funcionarios entrevistados estaba contra la difusión del sistema.

También se han registrado informes de filtraciones, en especial, en forma de liberaciones de pago para funcionarios públicos y personal de salud (Owino, 1999). De acuerdo con un estudio realizado por Newbrander (1995), sólo un tercio de todas las exenciones y liberaciones de pago beneficiaron a los pobres y dos tercios se otorgaron a no pobres. Al parecer, el problema no parece ser la filtración de las exenciones a través de la focalización individual. Sobre la base de una entrevista de altas de un día, Newbrander informa que el 100% de las exenciones otorgadas a través de la focalización individual se entregó a los pobres. Sin embargo, aparentemente hay más pruebas de prácticas corruptas en la entrega de exenciones y liberaciones de pago. Owino (1999) informa que las enfermeras a cargo de las salas obtienen sobornos a cambio de ayudar a los pacientes a huir sin pagar o bien, ayudarlos a obtener trato preferencial en el proceso de determinación de tarifas. Otra práctica aparentemente común es que el personal de salud se beneficie con las exenciones y liberaciones de pago, con el pretexto de que sus sueldos son demasiado bajos.

(e) Lecciones aprendidas

Las tarifas al usuario originaron un descenso considerable en la demanda en los hospitales y los pobres informaron sobre problemas de acceso relacionados con su aplicación. Las medidas para mantener el acceso de los pobres a través de exenciones y liberaciones de pago se caracterizan por la subcobertura y las filtraciones, cuyos principales factores causantes incluyen los siguientes:

- ?? Falta de directrices claras para determinar la elegibilidad.
- ?? Ausencia de incentivos para que el personal otorgue y promueva liberaciones de pago y exenciones, incluida la falta de mecanismos de compensación para los establecimientos de salud por los ingresos no percibidos.

- ?? El sistema de protección no ha asumido los costos administrativos comprendidos en la entrega de exenciones. La aprobación y la entrega de exenciones y liberaciones de pago se ven obstaculizadas por la falta de artículos de oficina adecuados y personal calificado, es decir, asistentes sociales del área salud. Esta falta de personal especializado ha obligado a enfermeras, funcionarios médicos y clínicos a asumir funciones administrativas que interfieren con sus deberes médicos y obstaculizan la eficacia del procedimiento de entrega de exenciones.
- ?? Falta de información e información deficiente entre los posibles beneficiarios acerca de los mecanismos de protección.
- ?? Mala calidad de los servicios percibida por todos los posibles pacientes, incluidos los pobres.
- ?? Capacidad de los trabajadores de la salud y otros grupos no previstos de captar subsidios a través de exenciones y liberaciones de pago.

3.3 Camboya

(a) Antecedentes

Camboya está terminando largas décadas de guerra civil e intranquilidad, durante las cuales se estima que murió entre un cuarto y un tercio de la población a causa de la violencia y el hambre. Desde principios de los años noventa, Camboya ha comenzado a reconstruir su economía y ha logrado tasas de crecimiento económico considerable; además, el gobierno se ha comprometido a mejorar la entrega de servicios sociales. Sin embargo, el país sigue siendo una nación muy pobre, con una prevalencia nacional de pobreza del 36% y con una alta concentración en las áreas rurales. Debido al bajo presupuesto público para el sector salud, poco se ha hecho por reducir la dependencia de las tarifas al usuario en el sistema público y por aliviar la carga que las tarifas representan para los pobres.

(b) Política de tarifas al usuario

El financiamiento del sector salud de Camboya depende en forma considerable de los pagos privados. Knowles (2001) afirma que:

En 1996-97, el financiamiento general del sector salud de Camboya absorbió entre el 12% y el 13% del PIB, lejos la proporción más alta entre los países en desarrollo de Asia. Otro aspecto sorprendente del financiamiento de este sector en Camboya es el importante papel desempeñado por los pagos en efectivo a nivel familiar, que representaron entre el 82% y el 84% del total del financiamiento del sector durante el mismo período. En cambio, el gobierno desempeña un papel relativamente menor en el financiamiento del sector, el cual representa sólo entre un 4% y un 5% del total. La asistencia oficial de donantes (ODA) y el financiamiento directo entregado por las ONG también contribuyen en forma significativa, con cifras que corresponden a un 8% a 12% y a un 2% a 3% respectivamente, del total del financiamiento del sector durante este período.

Según el Estudio de Demanda de Atención de Salud de 1996, en promedio, la atención de salud representó un 22% de todos los gastos familiares estimados. Este porcentaje aumentó con el ingreso, excepto en el caso de las familias más pobres que dedicaron el 28% de su gasto total a atención de salud. En 1996, el gasto promedio mensual en atención de salud por hogar se estimó en US\$13,90 (Ministerio de Salud / OMS / GTZ, 1998:20), ajustado por inflación interna, esto era equivalente a US\$27,10 por persona al año en 1999.¹⁵

¹⁵ La Encuesta Socioeconómica de Camboya de 1997 concluyó que el gasto en salud por hogar era de US\$18,60 al mes, equivalente a un pago en efectivo per cápita de US\$42 al año.

El Banco Mundial (2001) realizó un análisis de la capacidad de pago de los servicios de salud proporcionados por el gobierno, expresando el gasto en atención de salud en relación con el gasto familiar no alimentario per cápita (un valor sustitutivo para el ingreso familiar discrecional) y concluyó que la atención de salud era en extremo costosa para los pobres. Una visita ambulatoria a un establecimiento público costaba US\$30,00 o el equivalente a un tercio del gasto no alimentario de un año para aquellos que se encontraban en el quintil de gasto más pobre; en promedio, un ingreso hospitalario costaba US\$87,00 o más del doble que el promedio del gasto no alimentario anual.

En 1996, el Ministerio de Salud introdujo el Estatuto Nacional para el Financiamiento de la Salud (NCHF). Con esta iniciativa, se intentaba formalizar la recuperación de costos en forma de tarifas al usuario en todo el país. Además, el NCHF permitió la creación de planes piloto de financiamiento de la salud (con tarifas al usuario u otros mecanismos de financiamiento) en los establecimientos públicos, con el propósito explícito de “aumentar los recursos financieros para el sector y obtener un mejor valor por el dinero” (Estatuto Nacional para Financiamiento de la Salud del Reino de Camboya, 1996:2). En esta declaración se encontraban implícitos tres objetivos específicos: reducir los cargos extraoficiales y el desembolso familiar en efectivo; mejorar la calidad de la atención mediante el aumento y la disposición oportuna de suministros médicos y motivar al personal a través de pagos relacionados con el desempeño financiados por los cargos. Para lograr el tercer objetivo, el gobierno definió una norma de asignación de recursos mediante la cual el 49% de los ingresos por tarifas al usuario se podría utilizar para mejorar los sueldos, el 50% se podría destinar al pago de los costos operativos no salariales del establecimiento y el 1% nominal se debería transferir a la Tesorería Nacional. Por lo tanto, bajo el HCFC, los establecimientos mantienen y controlan el 99% de todos los ingresos por tarifas al usuario.

(c) Mecanismos de protección

En Camboya, no son comunes las liberaciones de pago en los establecimientos de salud, aunque la mayor parte de los establecimientos públicos en efecto las proporcionan a través de los procedimientos correspondientes. El Banco Mundial (1999) informó que en 1997 sólo alrededor del 18% de los usuarios de servicios de salud se liberaron del pago de tarifas en el país, y observó que las personas pertenecientes a hogares de ingresos más altos eran más susceptibles de liberarse de las tarifas al usuario que los pobres.

Un obstáculo importante para contar con niveles aceptables de liberaciones de pago, es decir, los correspondientes a los altos niveles de pobreza de Camboya, es el conflicto que existe entre los ingresos del personal de salud y la entrega de estos beneficios a los pacientes. El sueldo mensual del personal promedio de un establecimiento de salud pública es entre US\$10 y US\$15. Este nivel de ingresos se encuentra bajo la línea de pobreza. Para subsistir, los trabajadores de la salud del sector público dependen en forma considerable de las tarifas al usuario y de otras actividades remuneradas. En entrevistas con trabajadores de la salud de los establecimientos de tres provincias (Takeo, Sotnikum, Kandal) y de la ciudad capital de Phnom Penh, Bitrán (2002) observó que debido a la recuperación de costos proveniente de las tarifas al usuario, el ingreso promedio mensual de un trabajador de este sector podría llegar hasta US\$180, del cual menos del 10% proviene de su sueldo oficial. Wilkinson y otros (2001) observan lo siguiente:

Un establecimiento que intenta manejar un plan viable de liberaciones de pago y un plan viable de incentivos salariales enfrenta una tensión fundamental. Esencialmente, los dos sistemas compiten entre sí, en especial, en establecimientos que funcionan a plena capacidad o cerca de ella. En esta situación, cada liberación de pago entregada, efectivamente, es pagada por el mismo personal con el aumento de su sueldo. Si, como en el caso de Takeo, el hospital funciona a plena capacidad, e intenta mejorar la eficiencia, otorgar liberaciones de pago será casi intolerable. Es irónico que sea más probable que se entreguen liberaciones de pago en los establecimientos que presentan un desempeño inferior y donde atender a un paciente en forma gratuita no necesariamente significa excluir a un paciente que paga la tarifa. La competencia delineada anteriormente entre pacientes por mayores liberaciones de pago y el personal por incentivos salariales en realidad forma parte de la tensión sistémica a nivel más general, inherente al diseño del plan de financiamiento de la salud, entre equidad y eficacia. Existe un peligro real de que al aumentar la equidad, reduciendo los precios y

proporcionando más liberaciones de pago a los pobres, se debilita la eficacia, tanto a nivel de instalación como de O.D. [Distrito de Operaciones]. A su vez, a medida que los establecimientos tratan de lograr mayor eficiencia, existe un peligro real de que los pobres se marginen aún más. Si se relajan las tensiones antes mencionadas, está claro que el mecanismo para financiar las liberaciones de pago se debe separar por completo del mecanismo para financiar suplementos salariales y costos operacionales.

Las políticas de liberaciones de pago varían considerablemente entre las provincias y los distritos de Camboya (Espinosa y Bitrán 2000). Por ejemplo, en 1999 se eximió de pago al 25% de la población cubierta por el centro de salud de Rovieng. En cambio, en el distrito operacional de Pereaeng, la norma es que no se otorga ninguna exención, excepto en casos muy especiales. La política es mantener las tarifas lo suficientemente bajas como para que todos paguen, con lo que al mismo tiempo se evitan los problemas de accesibilidad financiera para los pobres. En el Hospital de Takeo, se estimó que la tasa de exenciones es de un 2%, mientras que en el Hospital de Pursat, el valor de las exenciones representaba entre un 13% y un 15% de los ingresos por recuperación de costos (Informe de Pursat sobre pagos de tarifas al usuario, enero de 2000).

Aparte del sistema de exenciones informales ya analizado, en Camboya existen dos interesantes modelos formales para promover el acceso equitativo a los servicios de salud por parte de los pobres: el modelo del Hospital Calmett y el modelo de fondos de capital (EF). El Hospital Calmett, conocido también como el Hospital Nacional, es un establecimiento público semiautónomo de 250 camas, ubicado en Phnom Penh que entrega servicios de salud sin cargos a los pobres y obtiene reembolsos del gobierno según un pago fijo de US\$26,00 por hospitalización. Un mecanismo especial denominado Capítulo 31 (una partida presupuestaria reservada para subsidios sociales para el personal de salud), que funciona exclusivamente en Calmette, hace posible este sistema de protección. Calmette tiene una escala formal de tarifas para pacientes no pobres y un mecanismo formal de comprobación de medios de vida para clasificar a su llegada a los pacientes en las categorías de pago y de liberación de pago. Calmette destina casi un tercio de sus camas a la atención de indigentes. Los índices de ocupación de camas son del 65% correspondiente a las camas pagadas y del 100% correspondiente a las camas destinadas a los pobres. El Hospital Calmette también recibe apoyo financiero y técnico de la Cooperación Francesa, un organismo que actualmente intenta obtener la aprobación del gobierno para extender el modelo Calmette a otros seis hospitales, dos de los cuales están ubicados en Phnom Penh y cuatro en las provincias. Desafortunadamente, los limitados presupuestos fiscales hacen que esta posibilidad sea poco probable y al parecer, los funcionarios públicos no están dispuestos a generalizar o extender este sistema.

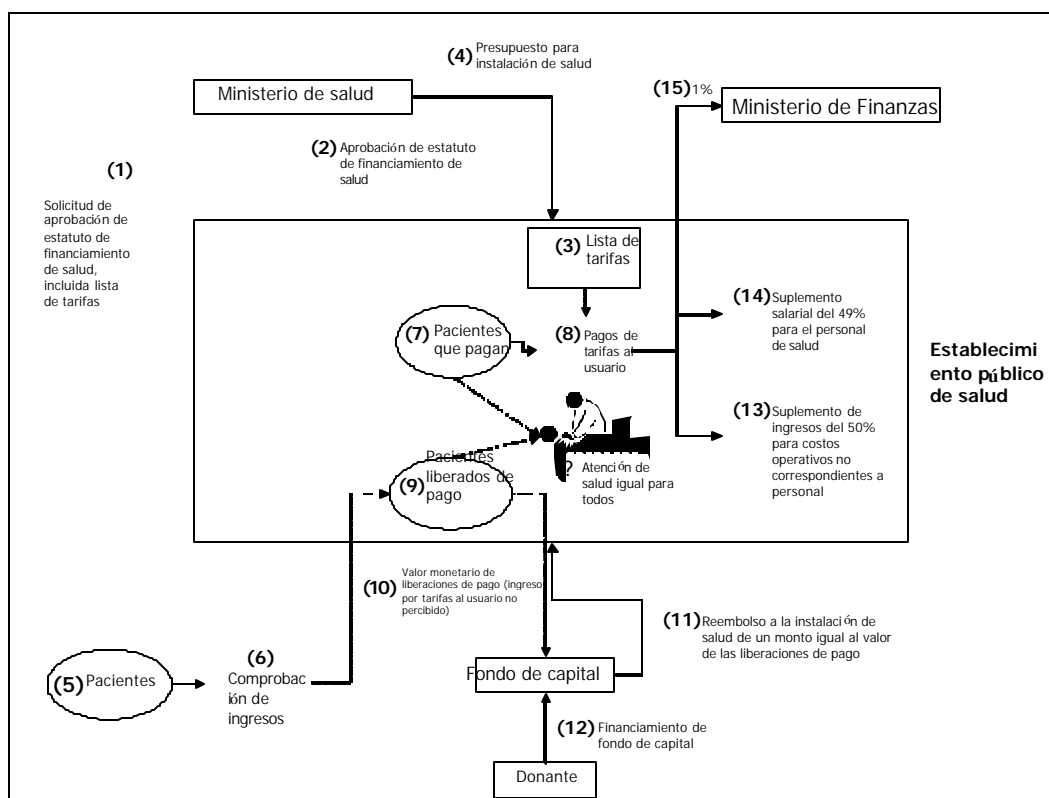
En Camboya, los fondos de capital fueron concebidos para financiar el costo de los servicios de salud entregados a los pobres, sin cargos o a precios reducidos. A diferencia del modelo Calmette, que hasta ahora se mantiene como la única excepción, es probable que el modelo de fondos de capital se generalice aún más. Un próximo préstamo del Banco Mundial podría promover y financiar la expansión del fondo de capital. En la *Figura 11*, se ilustra la modalidad básica de operación de un fondo de capital. El proceso de establecimiento de un fondo de capital se inicia cuando el establecimiento de salud presenta al Ministerio de Salud una solicitud de aprobación de su estatuto de financiamiento de salud, incluida su escala tarifaria (Acción 1). Una vez aprobado el estatuto por parte del Ministerio de Salud (Acción 2), el establecimiento adopta oficialmente su escala tarifaria (Acción 3), incluidos algunos criterios para eximir a los pobres. A su vez, el Ministerio de Salud cuantifica el presupuesto para el establecimiento, en principio, considerando la capacidad esperada del proveedor de generar ingresos complementarios de los usuarios (Acción 4). Los pacientes que llegan al establecimiento (Acción 5) y que desean ser eximidos de los cargos se someten a una comprobación de medios de vida para determinar si cumplen con los requisitos (Acción 6). Los pacientes que solicitan la exención pero no reúnen los requisitos, junto con los pacientes que no las solicitan (Acción 7), están sujetos a las tarifas habituales del proveedor y deben pagarlas (Acción 8). Por el contrario, a los pacientes liberados de pago se les ofrece atención gratuita o a un precio reducido (Acción 9).

En forma periódica, la instalación de salud informa al fondo de capital el nivel de exenciones entregado, al igual que el valor monetario equivalente de los servicios subsidiados (Acción 10). Por ejemplo, el proveedor podría mantener un registro de todos los servicios entregados en forma gratuita y luego, sobre la base de los ingresos por tarifas al usuario no percibidos, a los precios establecidos, cobra al fondo de capital. A su vez, este último reembolsa al proveedor, después de verificar y aprobar la declaración presentada por el proveedor (Acción 11). El fondo de capital requiere una reposición periódica de fondos (Acción 12), los cuales se agotan con los reembolsos al proveedor. Hasta ahora, el financiamiento del fondo de capital ha sido la función de los donantes (por ejemplo, Cruz Roja Suiza en el Hospital de Takeo y Save the Children en Sotnikum y el Reino Unido en el Proyecto de Salud Urbana de Phnom Penh), pero no existe nada en el diseño que impida al gobierno financiar estos fondos.

No todos los fondos de capital funcionan exactamente de la misma forma y las variaciones podrían tener importantes repercusiones en el comportamiento y consecuencias en el funcionamiento del sistema de salud. Estas incluyen la administración del proceso de exenciones; dónde reside la responsabilidad de establecer la elegibilidad; el método usado para pagar al proveedor; la inserción del fondo de capital en el sistema de remisiones y el tipo y el alcance de la protección financiera.

Las exenciones pueden ser gestionadas por el personal de salud, como en el Hospital de Takeo o en forma conjunta y coordinada por el personal de salud y los funcionarios del fondo de capital, como en Sotnikum y el Proyecto de Salud Urbana de Phnom Penh (PPHUP). Por ejemplo, en Sotnikum, el personal de salud del hospital de remisión detecta en primer lugar las señales de indigencia entre los pacientes y luego remite a estos pacientes al fondo de capital para una comprobación de medios de vida. Asimismo, la responsabilidad de determinar la elegibilidad podría estar a cargo de los funcionarios del fondo de capital, el personal de salud o ambos. En Sotnikum, la decisión final acerca de la entrega de exenciones reside en un profesional especialmente capacitado que realiza una comprobación de medios de vida formal de los solicitantes. Además, en Sotnikum, el personal del fondo de capital visita a los pacientes en su hogar después de su egreso, con el fin de confirmar la información proporcionada durante la comprobación de medios de vida.

Figura 11 Camboya: operación de los fondos de capital



Fuente: Bitrán 2002.

Los proveedores pueden depender de un presupuesto fijo para financiar las exenciones, como en Takeo o en el Proyecto de Salud Urbana de Phnom Penh (PPUHP), o se les puede pagar a través del fondo de capital según tarifa por servicio o caso por caso, como en Sotnikum. El fondo de capital podría promover el flujo de pacientes mediante el sistema de remisiones como en el PPUHP, en el cual los pacientes atendidos en salas médicas y que necesitan ser remitidos obtienen una exención por las tarifas asociadas a los servicios de salud requeridos en el nivel más alto. En su lugar, en Sotnikum, al igual que en Takeo, se otorgan liberaciones de pago cuando los pacientes se presentan en el hospital, porque el fondo de capital no funciona en los establecimientos de atención primaria ni en coordinación con ellos.

Otra diferencia es el alcance de la protección prestada por el fondo de capital, en términos de los tipos de servicios que cubre y la parte de los costos de servicios que paga. Así, un fondo de capital en principio podría entregar protección contra enfermedades catastróficas (hasta ahora ninguno lo hace) o podría financiar la totalidad o parte de los costos del episodio de una enfermedad. Los tres fondos de capital estudiados por Bitrán (2002) ofrecen protección financiera para servicios de alto costo en hospitales, pero tienen límites implícitos o explícitos en lo que cubren, y por lo tanto, es posible que no proporcionen verdadera cobertura en caso de enfermedades catastróficas. Aparte de la extensión de la cobertura de los gastos en salud, los fondos de capital pueden o no cubrir otros gastos relacionados con salud, como el transporte hacia y desde el establecimiento, los alimentos para el paciente y los miembros familiares, entre otros. Hardeman (2001) examinó este tema, entre otros aspectos del fondo de capital, mediante un estudio de caso en Sotnikum, por medio de un análisis de una muestra de 51 individuos que habían sido hospitalizados entre junio y julio de 2001 para evaluar los gastos de los pacientes y el nivel de apoyo financiero proporcionado a éstos por el fondo de capital de Sotnikum, en caso de que lo hubiese. El autor observó que entre los pobres y los muy pobres, el gasto más alto asociado a la hospitalización era la alimentación, que como promedio fluctuaba entre 38% y 42% (Figura 19). Las tarifas de hospitalización constituían el segundo gasto más importante para los pacientes, las cuales representaban cerca de un 32% a un 35% de todos los gastos. Los costos de transporte eran la tercera categoría más importante y

representaban un poco menos del 20%. Otros gastos representaban un 8%. Aunque el fondo de capital de Sotnikum apoyaba los cuatro tipos de gasto de los pacientes, la estructura de su apoyo no se ajustaba al gasto: la mitad de la ayuda se destinaba a las tarifas de hospitalización y un tercio, a los gastos de transporte. Sólo el 5% del apoyo promedio para los pacientes se asignaba a gastos en alimentación. En términos absolutos, el apoyo promedio por paciente ascendía a US\$10,00 y cubría gran parte de las tarifas hospitalarias y los costos de transporte. El gasto promedio total de los pobres y los muy pobres equivalía a US\$25 y US\$18 respectivamente, y por lo tanto, el fondo de capital de Sotnikum cubría el 40% del gasto promedio realizado por los pobres y el 56% de aquel correspondiente a los muy pobres.

(d) Resultados

Knowles (2001), que realizó una evaluación del fondo de capital de PPUHP, concluyó que el proyecto protegía en forma eficaz a los pobres frente a los altos costos de la atención de salud, y además evitaba que la gente quedara en la pobreza como consecuencia de ellos. Además, el autor estimó que el fondo de capital era una política fiscalmente eficaz, porque sus costos de administración eran menores que los asociados al alivio de la pobreza para aquellos que, como consecuencia de los pagos médicos, de otro modo quedarían en la pobreza. Knowles también observó que los costos de administración del fondo de capital en PPUHP eran altos debido a la gran incidencia de los costos de administradores extranjeros.

Hardeman (2001), quien evaluó el fondo de capital de Sotnikum, entregó una visión igualmente optimista. Observó que el fondo de capital mejoraba la equidad en el acceso a los servicios de salud al no discriminar en la entrega de atención entre pobres y no pobres. En promedio, el costo del apoyo para cada paciente hospitalizado era de US\$10, con lo que se permitía a los pacientes pobres y los cercanos a la pobreza recibir servicios médicos por un valor de US\$50 (US\$10 cofinanciados por el fondo de capital; US\$40 financiados por el gobierno, como promedio, mediante el apoyo de gastos hospitalarios ordinarios). Además, concluyó que casi no se producían filtraciones de beneficios hacia los no pobres. Este autor coincidió con la observación de Knowles acerca de la capacidad del fondo de capital para evitar la pobreza de los hogares vulnerables a causa de altos gastos relacionados con la salud.

(e) Lecciones aprendidas

Hardeman (2001) identificó varias limitaciones en el modelo del fondo de capital de Sotnikum. En primer lugar, observó su carácter pasivo en cuanto a que no buscaba en forma activa a los pobres con necesidad de asistencia, sino que en su lugar, esperaba que se presentaran. Esto probablemente originaba una subcobertura, fenómeno que se podría superar en forma gradual a medida que el fondo se hiciera conocido entre los residentes locales. Además, el autor estimó que entre un 30% y un 40% de la población era pobre o se encontraba cerca de la pobreza en el distrito de Sotnikum, pero sólo entre un 15% y un 20% de los pacientes hospitalizados se clasificaban en esas dos categorías. Otra conclusión es la falta de conocimiento acerca del fondo de capital y la pequeña cantidad total de pacientes que hasta ahora recibían apoyo de éste (309 personas) en relación con el total de la población beneficiaria de 220.000. Sin embargo, el conocimiento del fondo mejoraría en respuesta a la actual participación comunitaria en su promoción. Además, observó que los pobres aún estaban sujetos a la incertidumbre financiera asociada a la demanda de atención de salud, puesto que desconocían el resultado del procedimiento de comprobación de medios de vida antes de buscar atención. El autor se mostró cauteloso respecto de la capacidad del fondo de capital de mejorar la accesibilidad y de ejercer un efecto perceptible en el uso por parte de los pobres. Además demostró su inquietud por la capacidad de reproducir el fondo de capital, en particular, su estructura de administración y sus métodos para identificar a los beneficiarios y pagar a los proveedores. Una última preocupación era la futura capacidad de los fondos de capital de controlar y mantener niveles adecuados de calidad en los servicios de salud subsidiados.

En su evaluación del fondo de capital de PPUHP, Knowles (2001) recomendó que se eliminaran los topes existentes en la magnitud del apoyo del fondo de capital para los gastos de los pacientes, que se

mantuvieran los análisis caso a caso como sistema de reembolso para los proveedores, que se rechazara una propuesta de adopción de un reembolso de tarifa fija y que el fondo de capital reembolsara a los proveedores por el costo total, en lugar del actual 70%. Además, recomendó discontinuar los procedimientos de comprobación de medios de vida aplicados para evitar errores del tipo I (negar la entrega de beneficios a quienes realmente los necesitan). Otras recomendaciones implicaban la incorporación de vales para la atención obstétrica domiciliaria en los beneficios del fondo de capital; la entrega de asistencia parcial a los pacientes para remisiones a todos los establecimientos de nivel superior; la continuación de la entrega de pagos de bienestar complementarios a las personas por parte del fondo de capital, como forma de motivar la continuidad de la atención en establecimientos de nivel superior; el traspaso de la administración del fondo de capital a una ONG local y la futura apertura del fondo de capital a la participación de los no pobres a cambio de una tarifa mensual.

A continuación se indican las principales lecciones surgidas del caso de Camboya:

- ?? El fondo de capital parece ser un mecanismo eficaz para focalizar la asistencia hacia las personas pobres en necesidad de atención de salud en Camboya
- ?? Los costos de atención de los pacientes privados, aparte de los aranceles de los profesionales de la salud y de los medicamentos, pueden ser bastante significativos; para que sea eficaz, el fondo de capital también debe contemplar la cobertura de costos como transporte y alimentación de pacientes y familiares acompañantes.
- ?? La operación inicial del fondo de capital se ha caracterizado por la subcobertura. Una mayor difusión del fondo de capital podría producir una mayor demanda de su asistencia.
- ?? La entrega de exenciones en el momento de la atención supone cierta incertidumbre para los posibles beneficiarios que no siempre conocen las probabilidades que tienen de obtenerlas. Esto puede limitar la demanda por asistencia y atención de salud de parte de los pobres. Los encargados de diseñar los fondos de capital deben considerar la posibilidad de distribuir exenciones ex ante a nivel de hogar.
- ?? Al parecer, pagar a los proveedores por los servicios médicos entregados a los beneficiarios del fondo de capital es un factor clave para garantizar el acceso de los pobres a una atención oportuna y de buena calidad. Este pago otorga un beneficio económico a los proveedores, lo que los hace tratar por igual a beneficiarios del fondo de capital y a pacientes que pagan normalmente. Así, no discriminan a los pacientes que reciben asistencia de este fondo.

3.4 Ghana¹⁶

(a) Antecedentes

Los 20 millones de habitantes de Ghana tienen un ingreso per cápita ajustado por paridad del poder adquisitivo de US\$1.760. En 1999, el gasto en salud per cápita era de US\$54,00 (ajustado por paridad del poder adquisitivo) y el gasto total en salud ascendía al 3% del PIB, con un 61% de financiamiento privado, principalmente a través de pagos en efectivo de las familias. Según el Banco Mundial (1999), un tercio de la población de Ghana vive bajo la línea de pobreza nacional. En los últimos años, Ghana ha sufrido dificultades económicas que la han llevado a serias restricciones presupuestarias y han limitado los recursos destinados al financiamiento de la salud. En los años noventa, el gasto público en salud

¹⁶ Basado en Garshong Ansah y otros, 2001; Nyonator y Kutzin 1997; Nyonator, Daimenu, Amedo y Eleeza, 1996; y Coleman, 1997.

disminuyó tanto en términos reales como en cuanto al porcentaje del gasto público total (del 11,1% en 1991¹⁷ al 4,7% en 1998)¹⁸.

(b) Política de tarifas al usuario

En 1985, el gobierno formalizó la política de tarifas al usuario con la promulgación de la Ley 1313, la que regulaba las tarifas para la mayor parte de los servicios y exigía la recuperación total del costo por medicamentos. En los años siguientes, las tarifas de los medicamentos se ajustaron anualmente según la inflación, mientras que otras se mantuvieron constantes a nivel nominal y, por lo tanto, cada vez menos actualizadas. Durante el tiempo que ha transcurrido desde la aplicación de las tarifas oficiales, el valor real de aquellas no relacionadas con medicamentos ha disminuido en más del 90% (Nyonator, 1997). Antes de 1983, cualquier ingreso generado por las instituciones públicas a partir de tarifas al usuario se destinaba a una cuenta central del Estado. Desde 1983, los establecimientos de salud han podido mantener y gastar a nivel local sus ingresos por tarifas al usuario. El producto de las tarifas se mantiene en dos cuentas bancarias diferentes: una paga los medicamentos y la otra paga gastos no relacionados con éstos. Ninguna de las cuentas se puede usar para complementar los ingresos del personal, una medida explícita que pretende destinar las tarifas para financiar el mejoramiento de la calidad no relacionada con el personal.

(c) Mecanismos de protección

La Ley 1313 entregaba exenciones para “indigentes”, pero no proporcionaba una definición explícita de ese término ni incluía directrices para su identificación. La ley también requería exenciones y liberaciones de pago para los trabajadores de la salud, para algunos servicios preventivos y curativos de mujeres y niños (inmunizaciones, atención pre y postnatal) y para pacientes con tuberculosis, lepra y trastornos mentales. Además, la ley contemplaba liberaciones de pago parciales para pacientes que padecieran de una amplia variedad de enfermedades contagiosas. Desde la promulgación de esta ley, las autoridades responsables han ampliado los grupos beneficiarios y los requisitos para las liberaciones de pago en respuesta a los problemas de salud y las prioridades de política que han surgido. Entre los grupos agregados a la lista de los exentos están los niños menores de cinco años y las personas mayores de 70 años, mientras que las condiciones agregadas a la lista de liberaciones de pago son mordeduras de serpiente, rabia, úlcera de Buruli (Grashong y otros, 2001). De esta forma, la ley consideraba una combinación de mecanismos de focalización, incluida aquella según el tipo de servicio, la focalización grupal y la focalización individual (el “indigente”). La evaluación individual de la capacidad de pago la debe asumir el funcionario de bienestar social del hospital, el cual deberá realizar una comprobación de medios de vida al ingreso. Además, el establecimiento recibe reembolsos por las exenciones y liberaciones de pago. El nivel nacional transfiere los fondos al nivel regional desde donde se asignan a los distritos y desde ahí a los establecimientos de salud.

(d) Resultados

En Kenya, el efecto combinado de un descenso en el financiamiento estatal y una reducción real de las tarifas debido a la inflación llevaron a los proveedores de salud pública a adoptar su propia política de tarifas al usuario (ver más arriba). En una muestra de cuatro hospitales de distrito (*Cuadro 8*), las tarifas reales fueron sistemáticamente más altas que las oficiales y se observaron grandes variaciones en sus niveles entre los diferentes establecimientos¹⁹.

¹⁷. Nyonator, 1997.

¹⁸. Banco Mundial, 1999.

¹⁹. Adaptado de Coleman, 1997.

Además, los pagos extraoficiales o informales pasaron a ser una práctica común para cubrir la escasez de recursos. En un estudio realizado en la Región del Volta de Ghana, se observó que la mediana del pago de los usuarios en los hospitales públicos era 8 veces más alta que las tarifas autorizadas oficialmente. Aunque las tarifas reales parecen ser muy superiores a los montos oficiales, se encuentran bajo las tarifas oficiales si se ajustan según la inflación. Por otra parte, se cobraban múltiples tarifas por diferentes servicios durante una simple visita de un paciente, lo que significaba una carga de trabajo administrativo, especialmente para

Cuadro 8 Ghana: Tarifas oficiales y reales cobradas en hospitales públicos de distritos, 1997 (cedis)

Categoría de precios	Tarifa oficial	Tarifa real (media)	Tarifa real en relación con la tarifa oficial	Tarifa real máxima en relación con la tarifa real mínima
Dep. pacientes ambulatorios	50	350	7,0	2,5
Hospitalizaciones	100	325	3,3	2,5
Partos	100	2.000	20,0	3,0
Radiografías	200	2.000	10,0	1,0
Hemoglobina	10	475	47,5	1,3
Ex. de orina	40	575	14,4	1,6
Ex. de depos.	20	475	23,8	1,3
Cesáreas	1.000	55.000	55,0	20,0
Apendicetomía	1.000	55.000	55,0	22,0
Extracción de hernia	500	28,333	56,7	10,0

Fuente: Adaptado de Coleman (1997).

las enfermeras. En los hospitales, se solicitaba a los pacientes que realizaran depósitos antes de su ingreso. Los datos de 15 establecimientos ubicados en la Región del Volta indicaban que los ingresos por tarifas al usuario representaban cerca de dos tercios de los ingresos no salariales en los centros de salud pública y más del 80% de los ingresos no salariales en los hospitales públicos. Según información más reciente, las tarifas al usuario constituyen una parte sustancial de los ingresos para muchos hospitales, y en 1999, representaban cerca del 12% del financiamiento total de los hospitales públicos, un aumento con respecto al 8% de dos años atrás (Cuadro 9)²⁰. Estas cifras ilustran la alta dependencia actual de los establecimientos públicos de salud de los ingresos por tarifas al usuario para financiar costos no salariales.

(e) Mecanismos de protección

Aun cuando no existen sistemas metódicos de seguimiento, los estudios indican que rara vez se otorgaron liberaciones de pago. Según los datos del Ministerio de Salud (Nyanator y otros, 1996), sólo se consideraron pobres los no videntes y los discapacitados mentales, y por lo tanto éstos obtuvieron liberaciones de

Cuadro 9 Ghana: Ingresos por fuente de financiamiento (en millones de cedís)

Fuente de financiamiento	1997	1998	1999	Distribución 1997 (porcentaje)	Distribución 1999 (porcentaje)
Ministerio de Salud	139,5	195,0	238,2	43	57
Tarifas al usuario	27,7	33,0	50,7	8	12
Fondo de salud	6,4	12,6	32,9	2	8
Asignados	6,8	7,8	13,9	2	3
Administrados por los donantes	43,5	34,9	43,1	13	10
Total de donantes	56,6	55,2	104,9	17	25
Créditos	101,6	77,0	27,8	31	7
Total neto	325,4	360,2	421,6	100	100

Fuente: Adaptado de Coleman (1997).

pago. Las liberaciones de pago a los pacientes por motivos de incapacidad de pago fueron poco comunes. En un estudio de la Región del Volta, se reveló que 5 de cada 24 establecimientos de salud no otorgaban liberaciones de pago de ningún tipo. El número total de exenciones y liberaciones de pago representaba menos del 1% de la cantidad total de contactos registrados con los pacientes y el motivo más común (71% del total) era que el paciente era un trabajador de la salud. Las entrevistas a la salida a pacientes

²⁰. Referencia proporcionada por F.Decaillet, Banco Mundial

confirmaron la baja cobertura de los mecanismos de protección: de 313 pacientes seleccionados en forma aleatoria, menos del 2% fue completamente liberado del pago. En una encuesta más reciente realizada en diferentes áreas de Ghana, se confirman estas conclusiones: “Se les consultó a los jefes de hogar si ellos o algún miembro de la familia alguna vez había recibido tratamiento gratuito en algún establecimiento de salud público. En los 200 hogares estudiados en AMA (nombre de la región), sólo seis (3%) habían recibido algún tratamiento gratuito (es decir, habían sido exentos o liberados de pago). En la muestra rural, sólo tres (menos del 2%) habían recibido alguna vez tratamiento gratuito. En el primer caso, en 24 hogares había algún miembro que había recibido tratamiento gratuito, pero alguien lo había pagado (su empleador o el empleador de su cónyuge)” (Saprin, 2001).

Los recientes análisis realizados por Garshong (2001) y Coleman (1997) indican que los establecimientos de salud en general son reacios a eximir o liberar de pago a los pacientes y cobran tarifas por servicios que tanto a nivel oficial como universal son gratuitos (*Cuadro 10* y *Cuadro 11*²¹). Esto ilustra una vez más la indiferencia generalizada que existe entre los administradores de los establecimientos públicos con respecto a las políticas nacionales sobre tarifas y liberaciones de pago.

Cuadro 10 Ghana: Porcentaje de pacientes que paga tarifas al usuario completas según categoría de paciente y región

Región	Categoría de pacientes						
	Indigentes (N=20)	Mujeres embarazadas (porcentaje) (N=149)	Consultorio de bienestar infantil (N=35)	Atención curativa para niños menores de cinco años (porcentaje) (N=129)	Atención para personas mayores de 70 años (N=103)	Tuberculosis (N=39)	Otras enfermedades específicas (N=28)
Ashanti	-	100	100	100	60	67	100
Brong	-	50	38	100	63	0	40
Central	-	50	100	75	13	33	-
Oriental	0	82	100	50	73	0	100
Accra Mayor	25	93	100	94	63	43	100
Norte	33	18	0	24	8	-	43
Nororiente	50	24	0	56	44	0	0
Noroeste	50	42	0	31	9	33	20
Volta	0	56	-	100	31	0 / 6	50
Occidental	100	40	60	100	50	33	-
Total	40	56	51	71	41	28	36

Fuente: Garshong y otros, 2001

Al parecer siete factores explican la baja cobertura de los mecanismos de protección en Ghana. Primero, las categorías de liberaciones de pago no estaban bien definidas por las autoridades de salud, el personal no las comprendía adecuadamente y la ley era interpretada en forma divergente según el lugar. A continuación se presenta una lista de las definiciones más comunes del término “indigente” según un estudio reciente realizado por Garshong (2001):

- ?? Alguien que no tiene familiares
- ?? Alguien que no tiene los medios como para arreglárselas

Cuadro 11 Ghana: Proporción de establecimientos que cobran por servicios libres de pago

Enfermedad oficialmente libre de pago	Hospitales de distrito
Sarampión	10/11
Fiebre tifoidea	11/11
Hepatitis	11/11
Tétanos	11/11
Drepanocitosis	11/11

Fuente: Garshong y otros, 2001

²¹ Coleman, 1997.

- ?? Una persona discapacitada sin dinero ni familia
- ?? Alguien que no puede pagar, que se viste pobremente y que tiene una enfermedad crónica
- ?? Alguien que no tiene familiares ubicables y que no puede pagar por los servicios recibidos
- ?? Alguien que el párroco o la administración clasifica como incapaz de pagar el monto requerido

Segundo, muchos posibles beneficiarios desconocían o estaban mal informados sobre las exenciones y liberaciones de pago e incluso el personal de los establecimientos no comprendía por completo la política. La siguiente afirmación recopilada por Nyanator y sus colegas durante las conversaciones con grupos objetivo ilustra la mala información del público.

“Para ser sincero, no conozco ningún establecimiento así [que otorgue exenciones y liberaciones de pago para los pobres]; sin embargo, tengo entendido que las cuentas hospitalarias de los trabajadores públicos y sus cargas familiares las reembolsa el gobierno”. (Nyanator, 1997)

En un estudio más reciente realizado por Saprín (2001) se le consultó a 33 pacientes que visitaron un establecimiento público en busca de tratamiento si estaban al tanto de que no necesitaban pagar por la atención. Casi todos (94%) desconocían sus posibles derechos a quedar liberados del pago. Además el estudio de 2001 de Garshong y otros mencionado anteriormente demuestra que aunque el personal de los establecimientos parece conocer las categorías de exenciones para los pacientes (por ejemplo, los no videntes, los discapacitados), no comprenden por completo qué tipo de servicios se deben liberar de pago (por ejemplo, las inmunizaciones). Las conversaciones con grupos objetivo de mujeres embarazadas sostenidas en un establecimiento revelan importantes variaciones en la interpretación de esta política.

Tercero, la mayor parte de los establecimientos no ha efectuado ninguna disposición a nivel institucional para identificar a los pacientes pobres. Un motivo mencionado por el personal de salud fue la falta de trabajadores sociales o de personal especializado.

Cuarto, no existía ninguna supervisión ni seguimiento del proceso de liberaciones de pago y exenciones y tampoco había sanciones ni penalizaciones para los que no siguieran las directrices.

Quinto, existen dificultades financieras y administrativas en el proceso de reembolso para los establecimientos que otorgan exenciones y liberaciones de pago. En 1999, el Gobierno de Ghana podía entregar sólo cerca del 22% del monto necesario para rembolsar a los proveedores públicos por la atención gratuita (Coleman, 2000). Además, existían serios retrasos en el flujo de fondos de compensación por la atención gratuita en todos los niveles del sistema. Como se puede apreciar del *Cuadro 12*, es posible que los establecimientos deban esperar entre 1 mes y 1 año (4 meses como promedio) para obtener el reembolso por la atención gratuita. Los distritos también tenían que esperar hasta un año. El personal entrevistado observó lo siguiente:

“El gobierno nos solicitó que otorgáramos liberaciones de pago y [nos indicó] que luego se nos reembolsaría. Descubrimos que no llegaba el dinero, así es que dejamos de hacerlo. [...] Esto afecta nuestro poder adquisitivo: los bienes de consumo y los medicamentos se agotan”. (Garshong, 2001)

Además, el personal de los establecimientos se quejaba del aumento de la carga de trabajo y de los costos de los artículos de oficina relacionados con los procedimientos de liberaciones de pago y exenciones. Como lo señaló un proveedor de salud:

“Registrar las liberaciones de pago en el laboratorio implica trabajo adicional. Como es un trabajo adicional, debería contratarse a alguien para que lo hiciera. Algunas veces debemos quedarnos por más tiempo para hacerlo nosotros y no se nos paga por ello; yo tampoco le he pedido a nadie que pague”. (Garshong y otros, 2001)

Sexto, esta situación, junto con el aumento de la dependencia de los establecimientos en las tarifas al usuario para su financiamiento, parece haber creado incentivos más fuertes para poner énfasis en la obtención de ingresos en lugar de la protección de los pobres.

Por último y en séptimo lugar, al parecer hay problemas de filtración. Por ejemplo, desde fines de los años ochenta, los establecimientos han liberado de pago no sólo al personal del mismo centro, sino también a otras personas no beneficiarias, como funcionarios públicos, empleados de empresas relacionadas con el estado, miembros de directorios públicos y el personal de grandes empresas (Saprin, 2001).

Cuadro 12 Ghana: Duración promedio de la transferencia de fondos en diferentes niveles, enero-diciembre de 1999 (meses)

	Región	Distritos	Inst.
Ashanti	5	4	3
Accra Mayor	12	12,75	4,5
Oriental	10	4	4
Occidental	6	7	6
Brong	1	3	4
Volta	N.D.	4	5
Central	N.D.	N.D.	2,4
Nororiente	3	2	3
Noroeste	N.D.	N.D.	3,1
Norte	1	2	4

Fuente: Garshong y otros, 2001

(f) Lecciones aprendidas

En Ghana, la cobertura del mecanismo para proteger a los pobres con recuperación de costos es baja. Los siguientes son los factores principales que explican esta situación, muchos de los cuales son pertinentes para las autoridades responsables que desean implementar o fortalecer mecanismos de protección a los pobres bajo un sistema de tarifas al usuario.

- ?? Financiamiento insuficiente para el reembolso de los proveedores que otorgan exenciones y liberaciones de pago.
- ?? Incoherencia de objetivos a nivel de establecimiento surgida de una disyuntiva entre el objetivo de protección de los pobres mediante liberaciones de pago y exenciones y la generación de ingresos por tarifas al usuario para pagar los costos locales de los servicios de salud.
- ?? Burocracia excesiva y reembolso poco oportuno de los proveedores.
- ?? Explicación inadecuada de la política de protección de los pobres por parte de los ejecutores centrales a los niveles locales y falta de capacitación del personal sobre los procedimientos de exenciones y liberaciones de pago.
- ?? Actitud negativa del personal con respecto a las políticas de protección de los pobres, puesto que las exenciones representan menos ingresos y más trabajo.
- ?? Falta de conocimiento sobre las liberaciones de pago y exenciones entre los posibles beneficiarios de la población.
- ?? Deterioro de las tarifas al usuario a causa de la inflación y los intentos espontáneos y no regularizados por actualizar las tarifas por parte de los proveedores.
- ?? Costos administrativos altos y sin compensación para el personal de los establecimientos que participa en la dirección.

3.5 Zimbabwe²²

(a) Antecedentes

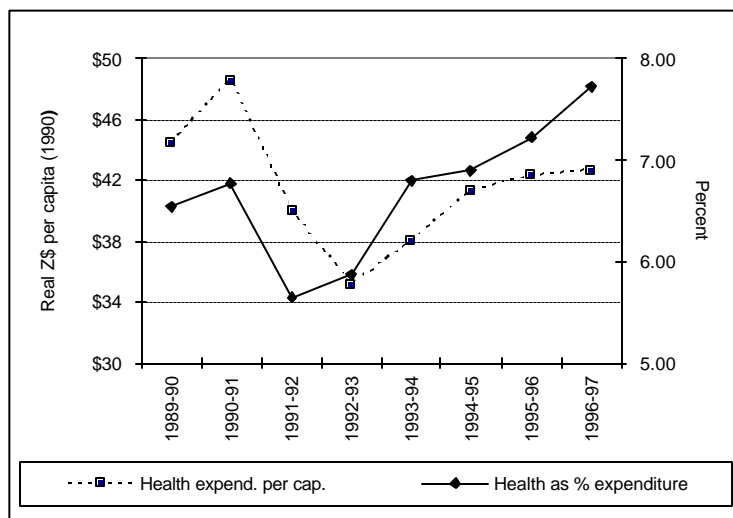
Aunque Zimbabwe no es el país más pobre de la muestra del estudio de casos, es el que presenta la esperanza de vida al nacer (LEB) más baja. Los 11,4 millones de habitantes de Zimbabwe tienen una esperanza de vida al nacer de sólo 40,41 años. En 1997 el ingreso per cápita era de US\$2,680 (ajustado por paridad del poder adquisitivo) y el gasto en salud per cápita era de US\$49,00, que representaba el 6,6% del PIB. Según el Informe de Desarrollo Mundial (2000), cerca de un 25% de la población vive bajo la línea de pobreza nacional. Una de cada tres personas que vive en áreas rurales se encuentra bajo la línea de pobreza y un tercio de todos los niños presenta desnutrición de segundo y tercer grado. Por otra parte, actualmente Zimbabwe se encuentra entre los países del mundo más afectados por la epidemia del SIDA, lo que origina un aumento por la demanda de tratamientos relacionados con esta enfermedad.

En los años del auge económico luego de la independencia, el gasto público real en salud aumentó rápidamente y luego creció un 4% anual entre 1982 y 1988. En 1990/91, el gasto en salud llegó a un máximo de 6,8% del presupuesto nacional. En términos per cápita, el gasto real en salud alcanzó Z\$49 (cerca de US\$20), entre los más altos de África (**Error! Reference source not found.**). En 1991, el gobierno inició su programa económico de ajuste estructural justo antes que se produjera la peor sequía del siglo. La combinación de la sequía y la aplicación inadecuada del programa de ajuste contribuyó a una reducción del 30% en el gasto en salud per cápita entre 1990/91 y 1992/93²³.

(b) Política de tarifas al usuario

Con la independencia, el gobierno eliminó las tarifas al usuario para todos aquellos con ingresos inferiores a Z\$150 al mes. En 1985 se volvieron a aplicar las tarifas, pero la inflación y la débil ejecución afectaron el valor real de las tarifas. A principios de 1994, las tarifas aumentaron en un promedio de 2,5 veces en términos nominales y el mayor aumento se produjo en los establecimientos de atención de nivel terciario y las áreas urbanas (Banco Mundial, 1998a); a nivel primario, éstas aumentaron de Z\$1 por visita a Z\$6,5. La atención prenatal, previamente gratuita, se fijó en Z\$10. Las tarifas de los hospitales de distrito aumentaron a Z\$17 y para agilizar el sistema de remisiones; se estableció una tarifa de derivación de Z\$24 para todos los pacientes que solicitaran atención directamente en los hospitales de distritos y Z\$38 en el caso de los hospitales provinciales (Watkins, 1997). Sin embargo, puesto que la inflación acumulada fue equivalente a más del 800% en el

Figura 11 Zimbabwe: Tendencias de la salud estatal



²² El caso de Zimbabwe cubre hechos que suceden en los años noventa, puesto que los autores no pudieron obtener información actual sobre la materia.

²³ Esta sección corresponde a Banco Mundial, 1998a.

mismo margen de tiempo, las tarifas reales fueron más bajas en 1994 que lo que habían sido en los años ochenta. La asesoría prestada por el Banco influyó en la decisión del gobierno de fortalecer la fiscalización y el control y de aumentar los niveles de tarifas correspondientes a los establecimientos públicos de salud (ver Recuadro 8). Sin embargo, el diseño real de la estructura tarifaria contravenía en muchos aspectos las sugerencias hechas por el Banco Mundial. Por ejemplo, el Banco había recomendado entregar ciertos servicios preventivos en forma gratuita o con tarifas altamente subsidiadas, recomendación que no fue seguida por las autoridades responsables. Además, el gobierno no implementó otras recomendaciones hechas por el Banco para aumentar los ingresos. En un informe del Banco Mundial (Banco Mundial, 1998a), se proporciona la siguiente explicación: “aunque las tarifas al usuario no constituían una fuente potencial de ingresos importantes, se encontraban bajo el control directo del Ministerio de Salud y se podían aumentar con un decreto administrativo”. Las demás recomendaciones (ver Recuadro 8) constituían esfuerzos a largo plazo que requerían nuevas leyes, un cambio institucional y la cooperación de otros ministerios y partes interesadas”.

En 1995, el gobierno dispuso la abolición de las tarifas al usuario en los centros de salud rurales, luego de un estudio realizado por el Ministerio de Salud (Ministerio de Salud, citado en Banco Mundial, 1998a) que concluía que los altos niveles de las tarifas y la confusión generalizada en relación con ellas y las políticas de remisión reducía la asistencia sin mejorar la eficacia de éstas últimas.

Recuadro 8 Recomendaciones del análisis sectorial de financiamiento de la salud

El estudio sobre el financiamiento de la salud realizado en 1990 fue el análisis más global e influyente del Banco sobre financiamiento y gasto en salud en Zimbabwe. El estudio estaba organizado en torno a tres temas principales: movilización de recursos para salud; aumento de la eficacia técnica y de asignación de la atención de salud; y fortalecimiento de sistemas y habilidades para fomentar un esquema más sólido de financiamiento de la salud.

Para mejorar la **movilización de recursos** para salud, este estudio recomendaba aumentar las tarifas al usuario en los establecimientos públicos (para restablecerlas a los niveles reales de 1985); establecer un fondo nacional de desarrollo de la salud (financiado a través de impuestos al alcohol y al tabaco); aumento de la "repartición de costos" por parte del gobierno local y los proveedores de salud de las misiones de las iglesias y la expansión del sistema privado de seguro de salud. El Banco sugirió que las medidas recomendadas podrían generar hasta Z\$250 millones en recursos adicionales al año para el sector salud (*Cuadro 12*).

De este total, el estudio estimó que Z\$130 millones se podrían poner a disposición del Ministerio de Salud (equivalentes a más de la mitad de su presupuesto de 1987-88). Sobre la base de estas recomendaciones, ESAP y el segundo Proyecto de Salud Familiar estableció la meta de recuperar el 10% del presupuesto del Ministerio de Salud en 1995.

Para mejorar la eficiencia, el Banco también recomendó una reasignación del gasto en salud con el fin de dar mayor importancia a la atención de salud primaria, mejorar los servicios de administración y subcontratar servicios en el sector privado.

:

Cuadro 13 Zimbabwe: Aumento esperado en los recursos del Ministerio de Salud, 1990 (Z\$ millones)

Partida de ingresos	Ingresos anuales
Cargos a los usuarios	42-52
Precio de costo total para los pacientes privados	(15-20)
Tarifas para los pacientes ambulatorios	(10)
Cargos por medicamentos	(10-15)
Ajuste de tarifas por inflación	(7)
Fondo Nacional de Desarrollo de la Salud	80
Repartición de costos con el gobierno local y los establecimientos de misiones	10-15
Seguro privado extendido	80-100
TOTAL	212-247

Fuente: Banco Mundial, 1998a.

Sin embargo, las recomendaciones del Banco se centraban en la recuperación de costos. El estudio destacaba correctamente que mejorar la facturación en los hospitales centrales y reducir los subsidios públicos a la atención privada eran medidas prioritarias para aumentar la recuperación de costos en los establecimientos de salud primarios y secundarios. En este sentido, se debían establecer tarifas para motivar a los clientes para que buscaran atención en el nivel más bajo del sistema. En los niveles inferiores, el principal objetivo de la recuperación de costos era mejorar la eficiencia del sistema de remisiones y evitar el uso innecesario. Además, el estudio sugería cobrar en forma separada los medicamentos de los pacientes hospitalizados y de los pacientes ambulatorios para recuperar costos y evitar el uso innecesario. El Banco también recomendaba traspasar la carga de comprobación de ingresos al cliente y aumentar el límite de ingresos para recibir atención gratuita.

No fue sino hasta fines de 1997 que el Ministerio de Finanzas permitió a los establecimientos mantener en su poder los ingresos por las tarifas al usuario. Antes de esto, cuando las tarifas al usuario iban a parar a manos de la tesorería central, los establecimientos tenían pocos incentivos para cobrar dichas tarifas. En 1995, los ingresos obtenidos por este concepto representaban cerca del 5% de los ingresos totales de los establecimientos de salud públicos.

(c) Mecanismos de protección

En 1991, el gobierno introdujo el Fondo de Desarrollo Social (SDF) con dos componentes; uno de ellos pretendía otorgar asistencia a los hogares pobres para cubrir las tarifas de educación y de salud. Bajo este esquema, se aplicarían exenciones a aquellos individuos cuyos ingresos familiares mensuales fueran inferiores a Z\$150. Este límite se mantuvo hasta 1991 cuando se aumentó a Z\$400 por familia. Como se puede apreciar en el *Cuadro 14*, la inflación constante producida durante este período afectó los criterios de ingresos. Los ingresos reales de los posibles beneficiarios tenían que disminuir en forma progresiva para que siguieran cumpliendo con los requisitos de las exenciones²⁴. Aun cuando el criterio de ingresos se ajustó por la inflación, seguía encontrándose bajo el umbral establecido inicialmente en 1981. Además, el valor límite de los ingresos en forma permanente estaba bajo la línea de pobreza urbana (*Cuadro 15*) y el criterio de ingresos no tomaba en cuenta el tamaño de la familia.

Cuadro 14 Zimbabwe: Criterios de elegibilidad para obtener exenciones en términos reales y nominales

Año	Términos nominales	Términos reales (1980=100)
1981	150	131
1982	150	111
1983	150	95
1984	150	84
1985	150	77
1986	150	67
1987	150	61
1988	150	57
1989	150	51
1990	150	45
1991	400	110

Fuente:

Para establecer su elegibilidad, los posibles beneficiarios debían dirigirse a las oficinas de bienestar social con abundante documentación, la que a veces era difícil conseguir. En las áreas urbanas, los documentos básicos exigidos para determinar los ingresos incluían comprobantes de pago, declaraciones de impuesto a la renta y cartas de las oficinas de bienestar social. En las áreas rurales, dicha información se debía complementar con datos sobre el tamaño del hogar, la propiedad de tierras y el tipo de vivienda. Desafortunadamente, los criterios adoptados resultaron ser rígidos y difíciles de aplicar debido a que sólo el 20% de la población trabaja en el sector formal y la mayor parte de los solicitantes obtenía ingresos en especies o irregulares (Loewenson, 2000; Banco Mundial, 1998a). Por otra parte, existía un proceso adicional de selección, puesto que el cumplimiento de los requisitos debía ser confirmado por los profesores jefes y los ancianos de las aldeas, procedimiento que tenía un costo administrativo a cargo de los posibles beneficiarios. Los costos de transporte también eran considerables y con frecuencia se necesitaba realizar varios viajes para completar el proceso. Finalmente, los beneficiarios que reunían todos los requisitos recibían “cartas de atención gratuita” las que debían presentarse en los establecimientos para recibir la atención sin cargos²⁵.

²⁴ Los datos sobre la inflación se obtuvieron de información de la Oficina Central de Estadísticas de Zimbabwe.

²⁵ Los datos sobre la línea de pobreza correspondiente a 1990 se obtuvieron de Banco Mundial, 1995. Los datos sobre pobreza para 1992 están expresados en dólares reales de Zimbabwe de 1990.

Los establecimientos recibían compensación por las liberaciones de pago otorgadas a través del Fondo de Desarrollo Social con sede en Harare. Sin embargo, este reembolso tardaba hasta 8 meses, puesto que requerían la aprobación de Harare. Por otra parte, el financiamiento era inadecuado ya que el Fondo otorgaba subsidios menores a los realmente necesarios. Por último, la información entregada a los posibles beneficiarios acerca del sistema de exenciones era inadecuada o insuficiente.

Cuadro 15 Zimbabwe: Comparación de líneas de pobreza y criterios de elegibilidad

Año	Valor límite de ingresos para elegibilidad de exenciones	Línea de pobreza (mes, por hogar)*	
		Urbano	Rural
1990	150	302	193
1992	450	529	338

Fuente:

* Línea de pobreza establecida en el informe de evaluación de la pobreza de 1995 del Banco Mundial. El nivel se basa en los recursos necesarios para cubrir los gastos del consumo de un paquete mínimo de productos (para obtener más detalles, ver Banco Mundial, 1995).

(d) Resultados

Existe información considerable que sugiere que las tarifas al usuario han afectado en forma negativa a los pobres.²⁶ Por ejemplo, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y sobre Salud de Zimbabwe de 1994, el motivo para no buscar atención médica indicado por el 42% de los pobres urbanos que declararon una enfermedad el mes anterior fue “no poder enfrentar los costos”, en comparación con el 14% para los pobres rurales²⁷. Además y luego del aumento en las tarifas, la asistencia para recibir atención prenatal disminuyó inicialmente en 1994 en algunos distritos y hospitales urbanos que atendían a poblaciones pobres, pero posteriormente se recuperó en la mayor parte de ellos. Las principales consecuencias negativas del aumento de las tarifas parecen ser: (i) las mujeres de bajos ingresos esperan antes de iniciar la atención prenatal o bien para ahorrar dinero o para asegurarse de que el embarazo llegará a su término (ii) la carga financiera en los hogares pobres. Esto indica que el análisis del efecto de las tarifas al usuario en los pobres no sólo debe considerar sus consecuencias en la cantidad de servicios consumidos, sino que además debe analizar su efecto financiero en los hogares, al igual que los cambios que podría significar en el comportamiento de la búsqueda de atención de salud (tipo de servicios consumidos, distribución cronológica de las visitas). La misma encuesta indica que el porcentaje de nacimientos en los establecimientos de salud no ha variado desde 198[?]. En la Encuesta Demográfica y sobre Salud de 1994 se observó que el 91% de las mujeres urbanas y el 61% de las mujeres rurales daban a luz en un establecimiento de salud, casi los mismos porcentajes encontrados en la DHS de 1988 (CSO 1988, 1995). Sin embargo, en un estudio realizado por Lennox (1994), se indica que luego de una fiscalización y un control más estrictos de los cargos, los ingresos por maternidad en la unidad de Maternidad del Hospital Central de Harare mostraban un aumento del 21% en el número de bebés ‘nacidos antes de llegar’ y que posteriormente necesitaban ingresar debido al surgimiento de problemas; entre estos lactantes, la mortalidad aumentó un 156%. Según Lennox, el costo era uno de los principales motivos para dar a luz en casa y para solicitar un egreso prematuro después del parto. En efecto, muchas personas no buscan atención porque no saben que están liberadas de los pagos. Por otra parte, los costos de las recetas producían la interrupción del tratamiento. Por otra parte, la asistencia de pacientes ambulatorios también ha disminuido en los distritos después del aumento del control y la fiscalización de las tarifas, especialmente entre los niños. En el caso de los niños menores de 5 años, ésta se redujo en 30% entre 1990 y 1992, lo que coincidió con el aumento de las tarifas en 1991 y la reducción de los ingresos a causa de la sequía de 1992. Luego de la eliminación de tarifas rurales en 1995, se produjo un aumento significativo de la asistencia, pero el promedio de las tasas de asistencia de pacientes

²⁶ Se puede encontrar un resumen de estos datos en Banco Mundial, 1998a.

²⁷ Se hace referencia a los pobres urbanos, puesto que en ese momento se habían abolido las tarifas en los establecimientos rurales.

ambulatorios menores de 5 años aún se encuentra bajo los niveles de 1990. En cambio, la asistencia de adultos sólo disminuyó en 20% durante esos dos años y en 1996 se encontraba un 20% sobre los niveles de 1990. En los hospitales que atienden a poblaciones de bajos ingresos, la asistencia de pacientes hospitalizados descendió luego del aumento de las tarifas, pero posteriormente se recuperó.

En un estudio realizado por Hongoro y el Ministerio de Salud (Hongoro, 1994), se demuestra que en los establecimientos rurales la demanda por atención de salud aumentó después que se abolieron las tarifas en 1995. Loewenson (2000) observó que después de 6 meses de la eliminación de las tarifas, la demanda volvió a disminuir cuando los inventarios de medicamentos y suministros médicos se redujeron, con lo que los pacientes debieron derivarse a establecimientos de atención primaria y buscar atención directamente de los hospitales a nivel de distrito, los que cobraban tarifas. Existen datos que indican que la gente está dispuesta a pagar tarifas cuando consideran que el pago les otorgará acceso a servicios de calidad. De hecho, las comunidades de Zimbabwe han movilizado recursos en varias formas, como una contribución en trabajo y donación de alimentos. En el caso de Zimbabwe, liberar del pago a los pobres rurales fue una manera poco eficaz de protegerlos, puesto que el sistema originó una disminución en la calidad de la atención. Loewenson (2000) observó:

“Al ver que los servicios estaban colapsando, la gente dejó de aceptar los mensajes políticos de ‘atención de salud gratuita’ y estuvo dispuesta a efectuar aportes justos”.

La recuperación total de costos a partir de las tarifa era baja, pero aumentó en forma considerable cuando se permitió a los establecimientos conservar dichos ingresos. Desde entonces, se ha estancado en un nivel menor al 5% del presupuesto de gastos ordinarios para salud (Loewenson, 2000). Por otra parte, se criticó el aumento de las tarifas por no estar asociado a servicios de mejor calidad, en especial, cuando se cobraba a los pacientes sin considerar si se les entregaban medicamentos o suministros. En el área urbana²⁸ donde supuestamente se habían establecido mecanismos de protección para resguardar a los pobres contra las tarifas al usuario, cerca del 40% de los pobres urbanos afirmaron que el motivo para no buscar atención de salud en los establecimientos públicos era el alto precio de los servicios (Loewenson, 2000).

Además, mucha gente pobre no solicitaba exenciones porque no habían oído del SDF o no sabían cómo solicitarlas. A fines de 1993, sólo alrededor de la mitad de la población había escuchado sobre la posibilidad de obtener exenciones a través del SDF (1997). Muchas personas que reunían los requisitos parecían poco dispuestas a efectuar solicitudes debido al estigma asociado a los beneficios de bienestar. En general, sólo el 20% de los pobres urbanos y el 10% de los pobres rurales recibía asistencia para enfrentar las tarifas relacionadas con la salud (Banco Mundial, 1998a). Existen datos empíricos que sugieren que algunas exenciones se otorgaron sobre la base de preferencias políticas (por ejemplo, dependía de quién era el candidato político preferido por el solicitante en la última elección). Por último, con frecuencia, los establecimientos de salud se mostraban reacios a otorgar exenciones puesto que los mecanismos de reembolso no funcionaban en forma adecuada.

(e) Lecciones aprendidas

A continuación se indican las principales lecciones surgidas de la experiencia de Zimbabwe relacionadas con la protección de los pobres bajo el sistema de tarifas al usuario:

- ?? El establecimiento de un fondo para compensar a los establecimientos por las liberaciones de pago y exenciones no es suficiente para otorgar incentivos a los proveedores para que liberen de pago a los pobres. Entre los motivos más importantes se encuentran: falta de financiamiento; retraso de los reembolsos por la pérdida de ingresos debido a las exenciones y liberaciones de

²⁸ . A mediados de los años noventa, se abolieron las tarifas al usuario en las áreas rurales.

pago; y altos costos asociados a los procedimientos burocráticos que demandan mucho trabajo.

- ?? Los altos costos de participación desalientan a los pobres para solicitar una exención.
- ?? La información limitada acerca del programa y sus beneficios entre los posibles beneficiarios impide la eficacia del sistema de liberaciones de pago.
- ?? Es posible que la abolición de las tarifas al usuario no impulse la demanda entre los pobres cuando esté acompañada de una baja en la calidad.
- ?? El criterio de ingresos es difícil de aplicar en un país donde la mayor parte trabaja en el sector informal, tiene ingresos irregulares y no existen sistemas de información que puedan ayudar a establecer la elegibilidad del solicitante.
- ?? Se deben ajustar los criterios de ingresos de acuerdo con las condiciones económicas variables.

3.6 Indonesia: El programa *Kartu Sehat*²⁹

(a) Antecedentes

Con una población de 206 millones de habitantes en 2001, Indonesia es la quinta nación más poblada del mundo, después de China, Rusia, Estados Unidos e India. El país gozó de un notable crecimiento económico en los años ochenta y gran parte de los años noventa. Como resultado, la clase media de Indonesia creció en forma considerable, pero la pobreza se mantuvo. En 1997, Indonesia se sumió en una crisis económica que produjo significativos cambios y aumentó la vulnerabilidad de los pobres.

Cerca del 25% de la población del país vive bajo la línea nacional de pobreza. En un esfuerzo por extender la cobertura de los servicios de salud para los pobres, desde principios de los años setenta, el gobierno ha promovido la expansión de los centros y subcentros de salud pública. A fines de los años setenta, la probabilidad de que los pobres, ante una enfermedad, buscaran tratamiento moderno era de menos del 40%; en 1987, ésta había aumentado al 52%. Sin embargo, estos progresos se han revertido con la fuerte reducción del ingreso sufrida por el país durante la actual crisis económica.

(b) Política de tarifas al usuario

Durante los años ochenta, la gran expansión y fortalecimiento del sistema de salud primaria presionaron el presupuesto público para fines de salud e indujeron a que a principios de los años noventa el gobierno tomara la decisión de aumentar la dependencia de los ingresos por tarifas al usuario para el financiamiento del sistema. Los establecimientos sólo pueden mantener en sus manos parte de los ingresos obtenidos a partir de las tarifas. En algunos lugares, los centros de salud pueden conservar el 25% de los ingresos recaudados; el saldo se distribuye con la asignación presupuestaria de la provincia (Newbrander, 2001). Al parecer las tarifas son bastante bajas, varían de acuerdo con el nivel de atención y a través del país y en general son más altas en niveles de atención superiores. En un estudio RAND que analizaba el efecto que las tarifas al usuario tienen sobre el acceso, se concluyó que los precios más altos disminuían la utilización de los establecimientos de atención de salud, en especial por parte de las familias de bajos ingresos. También se observó que muchos de los pobres salían del mercado formal de atención médica en respuesta a las tarifas más altas. Aunque hasta la fecha las tarifas se mantienen bajas

²⁹ A menos que se indique lo contrario, la información para este caso proviene de Gibbons 1995, Saadah y otros, 2001, Sumarto y otros, 2001, Ausaid v2000, Saddah, 2001 y SMERU, 2000.

en comparación con el costo, muchos de los pobres no pueden costearlas, en especial, en el caso de la atención de pacientes hospitalizados. El gasto privado representa casi el 65% del gasto total en salud y los pagos en efectivo realizados por los pacientes financian alrededor de la mitad de todo el gasto en el sector público.

(c) Política de protección

Indonesia combina diferentes mecanismos para proteger a los pobres frente a un sistema de tarifas al usuario. A las personas que no pueden afrontar el costo total de los servicios se les entrega una *Surat Miskin* o “cartas para pobres”. Para obtener esta exención, los pobres deben dirigirse al jefe de la aldea y a los funcionarios del subdistrito para recibir aprobaciones firmadas. Los establecimientos de salud públicas otorgan exenciones totales o parciales a los pacientes que portan una *Surat Miskin*. Sin embargo, aparentemente muy pocas personas utilizan la *Surat Miskin*, debido a los complicados requisitos administrativos y a los altos costos de viaje asociados. Además, los funcionarios públicos con frecuencia cobran tarifas adicionales a cambio de su firma de los documentos necesarios. Además, tradicionalmente se entrega atención gratuita a las personas que trabajan en forma voluntaria en los puestos de las aldeas que proporcionan servicios de atención de salud infantil y prenatal.

Desde 1994, en un esfuerzo por mitigar los efectos adversos de las tarifas al usuario en los pobres, Indonesia adoptó el Programa *Kartu Sehat*, iniciativa que continúa funcionando en la actualidad y que ha recibido impulso adicional durante la reciente crisis económica del Sudeste Asiático³⁰. Este programa pretende cubrir a todas las familias pobres del país y consiste en la distribución de tarjetas que habilitan a los beneficiarios para obtener servicios de salud gratuitos en todos los establecimientos públicos. Se entrega una tarjeta única a cada familia beneficiaria y se pueden inscribir hasta ocho miembros de la familia. Los titulares de la tarjeta que necesitan atención de salud deben dirigirse primero a un centro de salud estatal. Para recibir una atención de mayor nivel, el establecimiento de salud debe emitir una carta de remisión que permita al paciente obtener acceso gratuito garantizado en los hospitales públicos. Hasta hace poco, los establecimientos públicos debían absorber los ingresos no percibidos debido a esta política de atención gratuita. Sin embargo, a partir de 1998, se compensa a los proveedores de servicio por la carga de trabajo adicional mediante una transferencia de fondos públicos que se establece sobre la base de la cantidad de titulares de tarjetas que residan en el distrito (Cameron, 2000).

Las tarjetas de *Kartu Sehat* siguen un largo procedimiento burocrático antes de llegar a cada beneficiario. Se crean a nivel del gobierno provincial y descienden a través de la cadena de la descentralización³¹. Cada Ministerio de Salud provincial distribuye tarjetas al jefe del gobierno del distrito, el que a su vez, envía las tarjetas al jefe de sus subdistritos pobres. En cada subdistrito, se le otorga prioridad a las aldeas identificadas como las más pobres (conocidos también como aldeas IDT o aldeas “rezagadas”), basándose en información proveniente de la Oficina Central de Estadísticas. Desde ahí, se asignan las tarjetas a los jefes de las aldeas de bajos ingresos y luego al jefe de las subaldeas, donde por último se reparten a los hogares más pobres (los jefes de las aldeas o los funcionarios del centro de salud seleccionan a los hogares beneficiarios de una lista que contiene todos los hogares pobres de las aldeas involucradas). Originalmente, las diferentes aldeas usaban tipos distintos de información para seleccionar a los pobres; algunas utilizaban la denominada “lista Social *Dinas*” de todos los hogares pobres de las aldeas IDT; otras seleccionaban los hogares según su nivel socioeconómico (Gibbons, 1995). El que realiza el proceso de seleccionar a los más pobres es el jefe de la aldea o del barrio (Banco Mundial, 2000).

³⁰. *Kartu Sehat* significa “tarjeta de liberación de pago” en indonesio.

³¹. Hay 32 provincias y 357 distritos (regencias).

La *Kartu Sehat* ha recibido un importante impulso con el Programa de Redes de Seguridad Social que aplicó el gobierno a fines de los años noventa para combatir el efecto de la crisis económica. Sin embargo, se admitió que el plan no estaba funcionando según lo previsto. A lo más, los titulares de la tarjeta recibían servicios gratuitos en los *Puskesmas* (centros de salud), pero rara vez los servicios se extendían a los hospitales o a la atención para embarazadas. Con la adopción del mecanismo para compensar a los proveedores por las exenciones otorgadas a fines de los años ochenta mejoró el acceso a los servicios de salud por parte de los pobres. Además, ahora la *Kartu Sehat* ejerce mayor presión para que los proveedores desempeñen un papel activo en la administración del plan, incluido el proceso de identificación de las familias beneficiarias. En efecto, los proveedores que participan en el programa también deben registrar los detalles de los beneficiarios y emitir las tarjetas del programa (Ausaid, 2000). Además, se han modificado los criterios de elegibilidad. La medida de pobreza que se aplica actualmente para determinar la elegibilidad es el llamado “nivel de prosperidad” del hogar. Según esta nueva política, se considera que un hogar reúne los requisitos para recibir la tarjeta de salud si no cumple alguno de los siguientes criterios (Sumarto S, Suryahadi, A, 2001):

- ?? Todos los miembros del hogar pueden practicar sus principios religiosos.
- ?? Todos los miembros del hogar pueden comer alimentos básicos dos veces al día.
- ?? Todos los miembros del hogar tienen diferentes vestimentas para el hogar y el trabajo, y la escuela y el hogar.
- ?? La mayor parte de la superficie del piso de la casa no es de tierra.
- ?? El hogar puede obtener asistencia médica moderna para los niños enfermos y servicios de planificación familiar.

La información necesaria para llevar a cabo esta función está en manos de la Junta Nacional de Planificación Familiar y en este momento, la tarea de seleccionar a los beneficiarios la manejan equipos locales que deben desempeñarse según las directrices del programa, pero aún tienen considerable discreción para definir la elegibilidad.

(d) Resultados

El programa *Kartu Sehat* está aumentando rápidamente su cobertura. Los datos de una encuesta domiciliaria a nivel nacional (Susena, 1999) indican que un 10,6% de los hogares indonesios declaran tener una tarjeta de salud (Saadah y Pradhan, 2001).³² Por otra parte, los datos de la Unidad Central de Seguimiento Independiente (CIMU) son aún más prometedores, puesto que permiten observar que en julio de 2000, en 5 provincias controladas en forma detallada, el 89% de todas las familias pobres eran beneficiarias de *Kartu Sehat*; sólo alrededor del 10% de todas las personas cubiertas no eran pobres (filtración); y más del 70% de las mujeres embarazadas de los hogares pobres había recibido atención prenatal y asistencia durante el parto (Banco Mundial, 2000). Sin embargo, existe información que indica niveles mucho más altos de filtración que los señalados por CIMU. Según la Encuesta Domiciliaria Nacional de 1999, cerca del 39% de las tarjetas de salud estaban en manos de hogares de los tres quintiles más ricos (Susena, 1999).

El supuesto acerca de la alta filtración se confirmó en un estudio realizado por Sumarto y otros (2001), quienes observaron que la proporción de los que pertenecen al quintil más pobre y que utilizan tarjetas de salud para obtener los beneficios del programa era de un 10,6%, mientras que la proporción equivalente entre los no pobres era del 5.3% (*Cuadro 17*). En parte, la filtración se puede explicar por el hecho de que los criterios de ingresos utilizados por el programa *Kartu Sehat* probablemente no detecten la pobreza en forma adecuada. Sumarto (2001) utilizó datos de una encuesta domiciliaria para simular la

³² Cada tarjeta cubre a un hogar completo.

población beneficiaria con los actuales criterios de ingreso y los comparó con la población que sería idónea si en su lugar se utilizara la línea de pobreza basada en el consumo nacional. Además, los autores concluyeron que el 38% de los que cumplen con los requisitos para recibir la *Kartu Sehat* según la línea de pobreza nacional no son idóneos según los criterios oficiales de elegibilidad. Por otra parte, el 46% de los hogares que no son pobres son idóneos mientras el 38% de los pobres no lo era (Sumarto, 2001).

En varios estudios, se cuestiona la eficacia del programa *Kartu Sehat*, puesto que al parecer muchos titulares de las tarjetas de salud no las utilizan para obtener atención de un proveedor público (Saadah, Pradhan, 2001 y Cameron, 2000). Entre otras razones para este comportamiento, Soelaksono y otros (1999, citado en Saadah y Pradhan, 2001) mencionan la mala calidad del servicio prestado a los portadores de las tarjetas (por ejemplo, menos tiempo dedicado a los pacientes). Según los mismos autores, los titulares de las tarjetas confirman esta situación: perciben que la atención recibida mediante la tarjeta de salud es de menor calidad que los servicios obtenidos cuando no la utilizan. Esta situación se podría explicar por el hecho de que a los proveedores se les paga sobre la base de una suma global, en lugar de hacerlo caso a caso o a través de otra forma de pago relacionada con el volumen.

Cuadro 16 Indonesia: Relación entre los criterios de elegibilidad de *Kartu Sehat* y el criterio de pobreza basado en los ingresos, 2000

		Medida de la pobreza basada en el consumo		
		Pobre	No pobre	Total
Criterios de elegibilidad de <i>Kartu Sehat</i>	Elegible	15% (62%)	85% (46%)	100%
	No elegible	25% (38%)	75% (64%)	100%
	Total	(100%)	(100%)	

Fuente: Sumarto, 2001.

Cuadro 17 Indonesia: Cobertura de los programas de redes de protección social a través de quintiles de gastos

Programa	Beneficiarios elegibles	Cobertura del programa ([¿porcentaje?])						Relación no pobres-pobres	
		Pobres		No pobres					Total
		Q ₁	Q ₂	Q ₃	Q ₄	Q ₅	Total	Q ₁ - Q ₅	
Arroz subsidiado	50.385.444	52,64	46,24	41,71	35,76	24,33	36,90	40,09	0,70
Creación de empleos	50.385.444	8,31	6,89	5,79	4,58	2,53	4,94	5,61	0,59
Becas para la escuela primaria	29.745.369	5,80	4,84	4,02	3,52	2,04	3,60	4,03	0,62
Becas para el primer ciclo de la escuela secundaria	10.394.621	12,15	10,31	8,34	6,73	4,85	4,53	8,42	0,62
Becas para el segundo ciclo de la escuela secundaria	6.430.146	5,40	5,06	3,32	3,04	1,96	3,32	3,71	0,62
Servicios médicos	27.567.138	10,60	7,24	6,3	4,52	3,09	5,28	6,33	0,50
Nutrición	19.970.948	16,54	16,64	16,38	15,94	14,24	15,94	15,94	0,95

Fuente: Sumarto 2000.

El programa *Kartu Sehat* ha enfrentado varios problemas de aplicación que podrían ser de interés para otros países que deseen implementar mecanismos similares de protección. Uno de los problemas ha sido la falta de información generalizada sobre el programa, tanto entre el personal de los establecimientos de salud como entre los pacientes. Un boletín que evalúa el programa afirma:

“Demasiadas personas se muestran confundidas o simplemente no saben cómo funciona el plan de la Tarjeta de Salud. ¿Quién tiene derecho a recibir una tarjeta? ¿Qué beneficios entrega? ¿Qué miembros están cubiertos y por cuánto tiempo?” (SMERU, 2000)

Además, en los primeros años de aplicación, el conocimiento acerca del programa entre los funcionarios públicos variaba según la región³³. Por ejemplo, según un estudio en terreno realizado en

³³. No se disponía de información actualizada sobre este tema cuando se redactó este informe.

1995, los funcionarios de salud de distrito de la provincia de Daerah Istimewah Yogyakarta (DIY) recibían instrucciones claras respecto de la ejecución y criterios específicos para la selección de los hogares pobres de las listas locales. En cambio, en la provincia de Nusa Tenggara Barat (NTB), los procedimientos de ejecución no eran claros y el personal del programa era incapaz de implementar *Kartu Sehat* (Gibbons, 1995). De acuerdo con el mismo estudio, los proveedores de servicios de salud también tenían conocimientos limitados acerca del programa *Kartu Sehat*. La mayor parte del personal de salud que participó en una encuesta sobre el programa no sabía que los beneficiarios remitidos a los hospitales también tenían derecho a recibir atención gratuita en esos establecimientos.

(e) Lecciones aprendidas

Las siguientes son las observaciones identificadas como las más decisivas para la aplicación del Programa de *Kartu Sehat*:

- ?? Dos importantes problemas que ha enfrentado la aplicación del programa de *Kartu Sehat* han sido la falta de información por parte de los consumidores, proveedores y funcionarios públicos y el insuficiente nivel de la capacitación.
- ?? La engorrosa distribución de las tarjetas de *Kartu Sehat* de los niveles superiores a los inferiores del gobierno no sólo significa altos costos administrativos, sino también produce retrasos y retención. Este problema refleja que la aplicación del programa a nivel nacional puede ser muy difícil en países muy extensos y descentralizados.
- ?? Los criterios de elegibilidad no detectan adecuadamente a los pobres, puesto que muchos no pobres (medidos según la línea de pobreza nacional) son elegibles y muchos pobres no son elegibles para el programa *Kartu Sehat*.
- ?? El caso de Indonesia ilustra la importancia de rembolsar a los establecimientos por los ingresos no percibidos a causa de las exenciones. La cobertura del programa ha aumentado en forma considerable cuando los establecimientos han comenzado a recibir compensaciones por las exenciones entregadas a través de *Kartu Sehat*.
- ?? La cobertura es una medida insuficiente para la protección de los pobres. En Indonesia, muchos pobres en efecto tienen una tarjeta de salud, pero no la usan, puesto que a veces perciben que la calidad de los servicios prestados es baja.

3.7 Plan de Tarjetas para Personas de Bajos Ingresos (LICS) de Tailandia³⁴

(a) Marco

Tailandia experimentó un período de notable expansión económica en los años ochenta y noventa que le permitió convertirse en una de las economías con el crecimiento más rápido del Sudeste asiático y del mundo, con un aumento promedio del PIB anual del 9,1% entre 1986 y 1996. Los 62,4 millones de habitantes de Tailandia tienen una esperanza de vida al nacer (LEB) de 68,6 años, tres más que Indonesia y alrededor de 1,5 menos que China. Al igual que la mayoría de las economías, Tailandia comenzó a experimentar una severa crisis económica a fines de los años noventa. Como consecuencia, ha habido un aumento de la pobreza, aunque en los niveles de otros países de la región, como Indonesia y Corea.

³⁴. Basado principalmente en Gilson y otros, 1998, Donaldson, 1999 y Somchai 1998.

La crisis económica también cambió en forma drástica el escenario de financiamiento de la salud. El presupuesto fiscal per cápita para el Ministerio de Salud Pública (MOPH) disminuyó en 25% en términos reales entre 1997 y 1999 y en respuesta, la repartición redujo la inversión en capital fijo, racionalizó el uso y la adquisición de medicamentos y disminuyó el gasto en servicios y viajes. Por otra parte, se limitaron las prestaciones del Plan de Beneficios Médicos para Funcionarios Públicos sólo a la entrega de atención en los establecimientos del sector público. Además, entre 1996 y 1998 el gasto familiar anual en salud destinado a la atención en establecimientos disminuyó significativamente: en términos reales, en 36% (a 2.316 baht)³⁵. Al mismo tiempo, el gasto familiar en automedicación aumentó en 12% (a 552 baht). Este cambio en el comportamiento de los pacientes revirtió una prolongada tendencia de abandonar el autotratamiento para recurrir al tratamiento entregado por proveedores de salud capacitados (NESDB, 2000).

La población de Tailandia dispone de una amplia gama de planes de seguro o de beneficios. Los cinco sistemas principales son: el Plan de Beneficios Médicos para Funcionarios Públicos (CSMBS), un Plan de Seguridad Social (SSS), el Plan Voluntario de Tarjeta de Salud (VHCS), el Plan de Tarjeta para Personas de Bajos Ingresos (LICS) y el seguro de salud privado comercial (*Cuadro 18*). En conjunto, estos planes entregan protección a cerca del 76% de la población. Los pobres y aquellos que bordean esta condición están protegidos por el LICS (ver detalles a continuación) y el VHCS (*Cuadro 19*). El VHCS también cubre a hogares casi pobres, en especial, en las áreas rurales. Para obtener las prestaciones de este sistema, los beneficiarios pueden comprar en forma voluntaria una tarjeta que incluye un subsidio tributario de contrapartida y gracias a la cual tienen acceso a atención gratuita en los establecimientos públicos.

Cuadro 18 Tailandia: Características de los planes de seguro de salud, alrededor del año 2000

Programa de seguro	Naturaleza del plan	Cobertura (millones)	Cobertura (porcentaje)	Características de la población	Fuente de los fondos	Organismo de financiamiento
CSMBS	Beneficio de empleo	6,6	11	Funcionarios públicos	Fondo del MOPH	MOF
SSS	Obligatorio	4,8	8	Empleados en empresas con más de 10 personas	Contribuciones tripartitas (MOPH, empleador, empleado, 1,50% de los sueldos) ³⁶	Organización de seguridad social
VHCS	Voluntario	6,0	10	Cercanos a la pobreza	Fondo del MOPH	Ministerio de Salud
LICS	Bienestar social	27	45	Indigentes, niños menores de 12 años, ancianos, veteranos, discapacitados, líderes religiosos y comunitarios	Fondo del MOPH	Ministerio de Salud
Privado	Voluntario	1,2	2	Segmento más rico de la población	Prima	Hogares
Total		50,4	76			

Fuente: Donaldson y otros, 1999.

Cuadro 19 Tailandia: Cobertura de LICS y VHCS

Programa de seguro	Pacientes ambulatorios	Pacientes hospitalarios	Selección del proveedor	Maternidad	Promoción de prevención	Servicios no cubiertos
--------------------	------------------------	-------------------------	-------------------------	------------	-------------------------	------------------------

³⁵. [Proporcionar el tipo de cambio].

³⁶. Debido a la crisis económica, este porcentaje se redujo al 1,0% después de 1998 (ver Donaldson y otros, 1999)

zados						
VHCS	Público	Público	Requiere remisión	Sí	Posible	Cama privada
LICS	Público	Público	Requiere remisión	Sí	Limitado	Cama privada Enf. Reg. especial

Fuente: Donaldson y otros, 1999.

(b) Política de tarifas al usuario ³⁷

Tailandia tiene una política de tarifas al usuario de larga data en el sector público, implementada con claras directrices normativas desde 1976-77, gracias a la cual reúne una cantidad significativa de ingresos. Una estimación aproximada indica que en promedio, cerca del 60% del ingreso total de los hospitales del Ministerio de Salud Pública (MPH) proviene de asignaciones fiscales, mientras que el 40%, de los cargos al usuario. Aproximadamente el tercio de estos ingresos por tarifas al usuario se obtiene de pacientes sobre la base de tarifas por servicio (especialmente de la venta de medicamentos), y el resto proviene de reembolsos de planes de seguro. A menudo una parte importante de los pagos hospitalarios proviene de los planes de beneficios para los funcionarios públicos, que cubren a muchos de los pacientes hospitalizados y que pagan a los hospitales el total de sus tarifas. En los centros de salud, las tarifas al usuario pueden representar hasta el 70% del total de ingresos. Los centros de salud proporcionan un promedio de 3.644 visitas anuales, la mitad de las cuales corresponde a pacientes cubiertos por el programa de atención gratuita. Las tarifas al usuario se obtienen principalmente de la venta de medicamentos. Los hospitales y centros de salud fijan sus cargos sobre la base de una escala móvil y tienen la discreción para decidir cuánto cobrar a los pacientes, de acuerdo con la evaluación de su capacidad de pago que realiza el proveedor. Con frecuencia, los pacientes cubiertos con planes de seguros, como los funcionarios públicos y sus cargas familiares, deben pagar un precio más alto, equivalente a dos a tres veces el precio más bajo.

(c) Mecanismo de protección

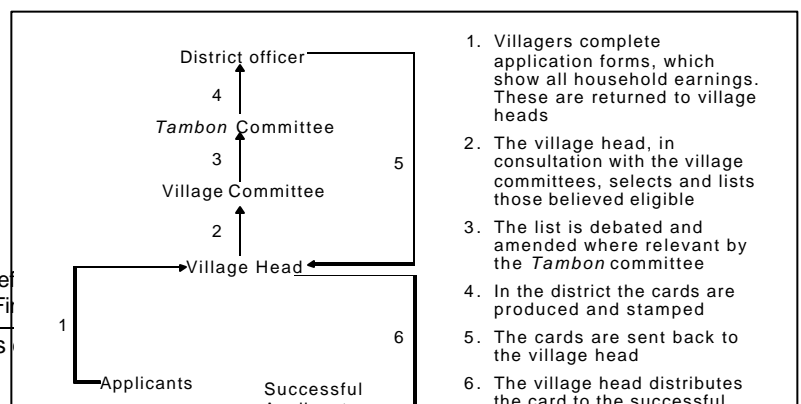
Para proteger a los pobres contra la carga financiera que implican las tarifas al usuario, el gobierno creó el Plan de Tarjetas para Personas de Bajos Ingresos (LICS), mediante el cual los pobres tienen acceso gratuito a los establecimientos públicos. Tailandia tiene más de 20 años de experiencia con LICS, puesto que las operaciones se iniciaron en 1975.

Al inicio del plan LICS, el director de un hospital público tenía la autoridad para seleccionar a los beneficiarios y otorgar liberaciones de pago a los pobres según su propio criterio. Se han utilizado diferentes valores límite para los ingresos en efectivo, con el fin de determinar la elegibilidad de los solicitantes. Desde 1993, los beneficiarios que reúnen los requisitos son personas solteras con un ingreso mensual de menos de 2.000 baht (US\$47) y hogares con una combinación de ingresos mensuales de menos de 2.800

Cuadro 20 Tailandia: Línea de pobreza nacional y valores límite para LICS

	1988-89	1993-94	1997-98
Línea de pobreza nacional per cápita mensual ¹	473	636	911
Valor límite para una persona	1.000	2.000	2.800

Figura 11 Tailandia: Procedimientos oficiales para seleccionar a los pobres 1981



³⁷ Extraído de: Proyecto de Ref <http://www.moph.go.th/ops/hcrp/mainhcrp.php?select=Fi>

baht (US\$66)³⁸. Los valores límite no estaban diferenciados según entornos urbanos y rurales y no se actualizaban regularmente. En el *Cuadro 20* se comparan los valores límite de elegibilidad para LICS con líneas de pobreza nacional de varios años. Dado que el nivel de ingreso exigido para tener derecho al LICS excede en forma sistemática la línea de pobreza, es posible que el programa no sólo cubra a los pobres, sino también a aquellos que bordean la pobreza.

Durante los años noventa, la elegibilidad para tener derecho al LICS se extendió y llegó a incluir no sólo a los pobres según sus ingresos, sino también a otros grupos, como los ancianos, los niños menores de 12 años, los veteranos, los discapacitados y los monjes. A partir de esta expansión, el LICS cambió su nombre de plan de bienestar médico para personas bajos ingresos por plan de bienestar médico para grupos desfavorecidos.

El otro grupo importante de cambios introducido en la aplicación del LICS se relaciona con la difusión de información acerca del proceso de asignación, puesto que la falta de información se consideraba un obstáculo importante para llegar a los más pobres. En consecuencia, el jefe de la aldea cumple ahora un papel más activo en el procedimiento de postulación: se le encargó anunciar el plan un mes antes del vencimiento del plazo para postular y realizar una encuesta domiciliaria instando a la gente a llenar sus solicitudes.

La identificación de los pobres se efectúa a nivel comunitario, y este proceso está principalmente a cargo de los jefes de las aldeas y *Tambon* (subdistrito). El procedimiento oficial para seleccionar a los pobres, introducido en 1981, se ilustra en la *Figura 21*³⁹. Un comité encabezado por el jefe de la ladea revisa los formularios de solicitud que elevan los postulantes. Luego, el jefe elabora una lista preliminar de beneficiarios junto con el comité, la que es revisada y modificada en el subdistrito. Desde su aplicación en 1981, la participación comunitaria en los procedimientos de selección se ha fortalecido gradualmente con la incorporación de nuevos miembros al comité de la aldea. Lo que es más importante, el proceso de selección involucra ahora a los trabajadores de la salud, puesto que los miembros del comité que no pertenecían al sector no comprendían cabalmente los procedimientos del LICS. Además, existía bastante preocupación de que los jefes de las aldeas asignaran las tarjetas según sus propios criterios o necesidades. Por último, el poder del jefe de la aldea se vio aún más contrarrestado por una norma aplicada en 1987, según la cual la persona encargada del centro de salud del *Tambon* verificaba la lista de postulantes idóneos elaborada por cada aldea del *Tambon* y por la incorporación de nuevos participantes locales para mejorar los criterios de elegibilidad.

Las personas que reúnen los requisitos reciben una tarjeta de beneficiario válida por tres años. Esta tarjeta especifica uno o dos establecimientos de salud designados –por lo general, centros de salud locales u hospitales de distrito– para atender a los beneficiarios en caso de enfermedad o lesiones. Este programa requiere que los beneficiarios obtengan atención médica en el centro de salud del *Tambon* como primer punto de entrada al sistema. Luego, el personal del centro de salud determinará si remite a los pacientes, para lo cual se les entregará atención gratuita. En caso de emergencias, los portadores de tarjetas que reúnen los requisitos pueden dirigirse a cualquier establecimiento público (Somchai, [¿año?]). Según el programa de atención gratuita, las personas pobres que no poseen una tarjeta se clasifican de acuerdo a un procedimiento ad hoc al llegar al establecimiento público y se liberan de pago en forma total o parcial⁴⁰.

Para compensar a los establecimientos por los servicios exentos de pago se reservan fondos especiales, los que se asignan en un presupuesto a nivel provincial y se financian con los ingresos generales. El Gobierno de Tailandia ha usado varios criterios para asignar el presupuesto del LICS a las

³⁸. El tipo de cambio en junio de 2002 era de 42,31 baht/dólar.

³⁹. Gilson y otros, 1998.

⁴⁰. Se denominan pacientes Tipo “B”, lo cual los distingue de los pacientes Tipo “A”

provincias, como el tamaño de la población, la cantidad de establecimientos de salud y la cantidad de titulares de tarjetas, lo que se ha estandarizado con las tasas de mortalidad y la carga de trabajo.

El LICS ha sufrido modificaciones que reflejan las dificultades que se enfrentaron al realizar la focalización. Varias modificaciones se han centrado en el fortalecimiento de la comunidad, utilizando procesos de selección que comprenden una amplia gama de participantes clave y, en especial, voluntarios de las aldeas (Gilson y otros, 1998). Más recientemente, Tailandia introdujo cambios radicales en la política de salud, la que involucró una modificación tendiente a un seguro de salud con cobertura universal. El VHCS y el LICS se sustituirán en forma gradual por la denominada “póliza de salud de 30 Baht”, iniciada en febrero de 2001. Con la nueva política, todos los ciudadanos no asegurados recibirían una tarjeta de salud universal, la cual se debe presentar al momento de buscar atención en un establecimiento público o privado registrado para este fin en el gobierno, junto con alguna otra identificación personal. El servicio de salud evaluador debe seguir el sistema de remisiones desde el centro de salud primaria o el hospital cercano. En caso de emergencias y accidentes, el asegurado puede acceder a cualquier servicio de salud público. Todos los beneficiarios deben contribuir con un copago de 30 Baht (US\$0,71) por visita⁴¹. La Póliza de Cobertura Universal de 30 Baht permite que los asegurados reciban un paquete predefinido de servicios de salud, que incluye la mayoría de los servicios, excepto atención cosmética, parto obstétrico posterior a dos embarazos, tratamiento contra la adicción a las drogas, hemodiálisis, trasplante de órganos, tratamiento para la infertilidad y otras intervenciones de alto costo. El gobierno financia su parte a través del mecanismo de capitación. El pago anual per cápita, que proviene de los ingresos tributarios generales, es de 1.404 Baht, parte del cual se paga a los establecimientos de salud de acuerdo con el número de titulares de tarjetas registrados ahí (APHEN, 2001; The Nation 2002). Dado que este nuevo plan recién se encuentra en sus comienzos, aún no ha sido sometido a evaluación. Las principales inquietudes planteadas por los analistas son la falta de fondos para financiar el plan, los incentivos para que los establecimientos eviten la entrega de servicios de alto costo y los incentivos para que las personas aseguradas en otros sistemas se cambien a la tarjeta de salud de 30 baht (The Nation 2002). Cabe mencionar que más recientemente, Tailandia ha optado por alejarse de los mecanismos que se centran en liberar a los pobres del pago de tarifas al usuario y en su lugar, ha comenzado a promover un plan que cubra a todos los tailandeses no asegurados a cambio de un copago moderado (30 baht) por episodio. Aún queda por verse la viabilidad financiera de este plan, puesto que es posible que cree incentivos para que los asegurados se cambien a este sistema.

(d) Resultados⁴²

En 1998, la cantidad de beneficiarios de todas las categorías (bajos ingresos, ancianos, discapacitados, etc.) era aproximadamente de 17,6 millones, equivalente al 29% de la población. Los titulares de tarjetas para bajos ingresos representaban alrededor de 5,8 millones del total de beneficiarios (*Cuadro 21*). De acuerdo con una fuente más reciente, en el año 2000, el LICS cubría hasta el 37% de la población total (Tangcharoensathien 2001).

Los datos sobre la cobertura de los grupos beneficiarios y la filtración a los beneficiarios no elegibles varían. Según los estudios realizados por Supachutikul (1996) y Mongkolsmai (1993), la cobertura del grupo beneficiario del Ministerio de Salud (personas bajo los valores límite de ingresos) a principios de los años noventa equivalía a aproximadamente el 76%. Además, al parecer, la cobertura de los pobres que viven bajo la línea de pobreza nacional ha aumentado desde entre 30% y 40% a fines de los años ochenta, hasta alrededor de 80% a principios de los años noventa. No todos los estudios han confirmado este acentuado aumento de cobertura. Según un estudio realizado por el Instituto Nacional de Asistencia para el Desarrollo, NIDA, existen serios problemas con respecto a la cobertura y a la filtración.

⁴¹. Tipo de cambio de junio de 2002: 42,31 baht = US\$1,00.

⁴². El análisis se limita al LIC, puesto que la “póliza de 30 baht” aún se encuentra en sus primeros meses de aplicación.

Una encuesta demostró que cerca de un tercio de los hogares entrevistados era pobre y sólo el 32% de ellos tenía tarjetas para personas de bajos ingresos. Por otra parte, parece haber problemas de filtración, puesto que sólo el 55% era pobre, según los criterios de ingreso familiar (Sriracha Charoenparij y otros, 1999). La filtración de beneficios hacia los no pobres podría reflejar el hecho de que los criterios oficiales para los ingresos de elegibilidad se encuentran por sobre la línea de pobreza oficial y, por lo tanto, la población beneficiaria del LICS incluye a muchas personas que no son pobres.

Además, al parecer los beneficiarios del LICS no siempre se encuentran protegidos en forma suficiente de los pagos por atención de salud. En un estudio realizado 1993, se observó que los que tienen LICS gastan 6,1% de sus ingresos anuales en salud, en comparación con 0,6% a 2,3% gastado por otros grupos asegurados (Pannarunothai y Mills, 1993). Diferentes estudios explican esta situación con datos que indican que los titulares de tarjetas del LICS con frecuencia no las utilizan para acceder a los servicios y prefieren pagar, en lugar de recibir atención gratuita mediante la Tarjeta. Como ya lo ha ilustrado el programa *Kartu Sehat* de Indonesia, esta es una situación que no sólo sucede en Tailandia. La alta cobertura de los documentos que certifican la elegibilidad para las liberaciones de pago no parece ser una prueba de la eficacia de los mecanismos de protección.

Cuadro 21 Tailandia: Número de titulares de tarjetas para bajos ingresos, 1981-1998 (millones)

	1981	1984	1987	1990	1993	1998 ¹	1998 ²
Central	1,84	1,66	1,29	1,82	1,82	0,75	3,24
Noreste	4,99	4,52	3,50	5,57	5,57	2,97	8,14
Norte	2,97	2,72	1,85	2,39	2,39	1,40	3,94
Sur	1,10	1,23	978	1,64	1,64	0,69	2,33
Bangkok	0,00	0,03	0,022	0,08	0,08	0,02	0,03
Total	10,89	10,16	7,64	11,50	11,82	5,79	17,67

Fuente: Charoenparij y otros 1999 basado en datos de la División Rural de Salud, Ministerio de Salud Pública, Tailandia.

Notas:

¹. Cifras indicadas para las tarjetas de bajos ingresos emitidas en 1998.

². Cifras indicadas para todos los tipos de tarjetas emitidas para los desfavorecidos (bajos ingresos y otros grupos).

El presupuesto reservado para cubrir las liberaciones de pago para los titulares de las tarjetas y otros pacientes pobres ha aumentado cinco veces en términos reales entre 1988 y 1997 (*Cuadro 22*). Sin embargo, se estima que esta cifra se encuentra bajo la cantidad de ingresos son percibidos debido a las liberaciones de pago. Según un estudio realizado por Donaldson (1999), en 1997 el presupuesto se encontraba aproximadamente un 30% bajo el gasto correspondiente a los pacientes liberados de pago. El resto recibía subsidios cruzados de los propios ingresos generados por cada hospital con los cargos al usuario y los planes de seguro (*Cuadro 23*).

El problema relacionado con la falta de financiamiento empeoró con la desigualdad en las asignaciones geográficas, en que las regiones más adineradas parecían recibir asignaciones per cápita más altas que las más pobres (*Cuadro 24*) aun cuando la situación ha mejorado a medida que la asignación se ha acercado a una fórmula basada en la capitación.

Gilson y otros (1998) realizaron un estudio comunitario en terreno con el cual demostraron que las personas valoran bastante la tarjeta porque “protege a los más pobres frente al costo de enfermedades menores y más serias y para los grupos de ingresos más altos, ésta representa una red de protección: acceso gratuito a la atención pública en casos de enfermedades crónicas o serias costosas o enfermedades que no tratan eficazmente otros proveedores”. A pesar de estos logros, Gilson y sus colegas identificaron diversos obstáculos para aumentar el éxito de la Tarjeta para Personas de Bajos Ingresos, entre los cuales se encuentran:

?? Las múltiples vulnerabilidades y la situación marginal de los pobres, lo que hace difícil llegar a ellos: en general, viven muy alejados y trabajan por jornadas más largas, lo que hace aún más complicado difundir la información y persuadirlos para que soliciten la tarjeta de salud.

“Nunca me han entregado una tarjeta LICs y nunca he visto ninguna información sobre ella. En todo caso, esto se podría deber a que mi casa está aislada del resto de la comunidad y no tengo mucho tiempo para charlar con los vecinos. He estado trabajando por mucho tiempo como asistente de un paciente anciano de las 7 de la mañana a las 6 ó 7 de la tarde... Es posible que haya estado demasiado ocupado como para escuchar anuncios”. (Gilson y otros, 1998).

?? La dificultad al aplicar criterios de ingresos formales, cuando la mayoría de los solicitantes pertenece al sector informal, son muy móviles y reciben parte de su ingreso en especies.

?? El uso del poder para asignar tarjetas a cambio de favores personales y para fines políticos.

?? Una percepción negativa de la calidad del servicio público por parte de los pobres; muchos titulares de tarjetas prefieren no utilizar el LICs.

Cuadro 22 Tailandia: Recursos para LICs, 1988-97

Año	Número de personas cubiertas por el programa (millones)	Presupuesto en precios actuales (millones de baht)	Presupuesto en precios de 1993 (millones de baht)
1988	7,65	706	901
1989	7,65	800	936
1990	10,73	1.500	1.736
1991	10,73	2.000	2.205
1992	11,70	2.500	2.625
1993	11,70	2.750	2.750
1994	11,80	4.273	3.876
1995	11,80	4.475	4.059
1996	14,00	5.706	4.929
1997	15,00	6.703	5.515

Fuente: Somchai Suksiriserekul, 1998 de acuerdo con la base de datos de la oficina de seguro de salud.

Cuadro 23 Tailandia: Presupuesto y gasto de LIC, 1987-1997

Año	Recursos asignados para financiar las liberaciones de pago	Pérdida debido a las liberaciones de pago
1987	705.839.500	2.051.856.237
1991	2.000.000.000	2.345.067.875
1997 ⁴³	6.370.524.000	9.018.341.515

Fuente: Donaldson 1999.

Nota: Los gastos no son medidas válidas de los costos del servicio, sino más bien, de los cargos no pagados por los pacientes del LICs.

⁴³ Cabe notar que las cifras citadas por Somchai Suksiriserekul, 1998, no coinciden con la información contenida en el informe realizado por Donaldson 1999.

Cuadro 24. Tailandia: Asignación presupuestaria per cápita para el LICs, por región (baht), 1992-1999

	1994	1996	1998	1999
Noreste	132	140	205	264
Norte	194	193	263	306
Sur	323	160	239	273
Central	539	183	258	316
Noreste central	4,08 : 1,00	1,38 : 1,00	1,16 : 1,00	1,20 : 1,00

Fuente:

?? Financiamiento insuficiente (según lo confirman los datos contenidos en el *Cuadro 23*). La mala experiencia con respecto al costo y a la calidad del servicio entregado con la Tarjeta para Personas de Bajos Ingresos disuade a algunas personas de solicitar la tarjeta y usarla para obtener atención de salud.

“Nunca obtengo medicamentos gratuitos. Tengo que pagar por cada visita”.

“Desde que tengo la tarjeta, nunca la he usado. No sabía cuándo ni cómo usarla. Oí que los pacientes que utilizaban la tarjeta obtenían sólo medicamentos de baja calidad y tenían que esperar más tiempo. Los pacientes que pagan el tratamiento obtienen primero el servicio. Prefiero comprar los medicamentos. Es bueno tener la Tarjeta para Personas de Bajos Ingresos, pero también tiene sus desventajas. Mi cuñada la utilizó en el hospital. No nos prestaron atención. Pensaban que no teníamos dinero, nos prestaron menor atención.” (Gilson y otros, 1998).

?? La estigmatización de los pobres, que impide a algunos titulares ejercer sus derechos en virtud del LICs. Los titulares sienten que los trabajadores de la salud los desalientan a utilizarlas, haciéndolos sentir inferiores y avergonzados.

“A veces me trato a mi mismo, no deseo que [el trabajador de la salud] se queje de que frecuentemente obtengo medicamentos gratuitos en el centro de salud” (*Ibid*).

(e) Lecciones aprendidas

Los antecedentes generales de Tailandia son bastante sobresalientes si se comparan con la mayoría de los demás países. Primero que todo, la Tarjeta para Personas de Bajos Ingresos de Tailandia cubre hasta el 80% de su población beneficiaria y, como lo ha demostrado el estudio de Gilson y sus colegas (1998), es un sistema bien valorado por muchos beneficiarios. Además, la extensa experiencia con el programa ha permitido al gobierno fortalecer en forma gradual el LICs, aumentando la participación de la comunidad, cambiando los valores de ingreso límites, aumentando los fondos para rembolsar a las instituciones, ajustando fórmulas para asignar recursos destinados a cubrir gastos y, más recientemente, reconsiderando los criterios para identificar a los pobres.

Como se observó, sólo alrededor del 13% de la población tailandesa o el equivalente a 7,9 millones de personas vive bajo la línea de pobreza nacional (Somchai 1998) y al año 2000, el LICs había alcanzado a cerca del 37% de la población total. Así, la cantidad de beneficiarios del programa supera con creces el número de personas pobres del país. La cobertura incluye no sólo parte de los pobres, sino también muchos no pobres. Esto se explica principalmente con la adopción de un umbral de elegibilidad ubicado sobre la línea de pobreza y con la inclusión de otros grupos (entre los cuales, se encuentran los niños menores de 12 años y los monjes), muchos de los cuales pueden no ser pobres. La pregunta que aún queda pendiente es si Tailandia debería tratar de limitar el LICs a los más pobres, redefiniendo sus valores límite o incluso reemplazándolos por otros valores sustitutos de la pobreza. Una mejor focalización permitiría al programa proporcionar más financiamiento para liberaciones de pago, con lo que podría mejorar la calidad de los servicios entregados a los pacientes. En lo que respecta al proceso de implementación, las siguientes son algunas lecciones:

- ?? No se puede medir la eficacia de un sistema de protección sólo en términos de filtración y cobertura. Es fundamental que los beneficiarios accedan realmente a los servicios gratuitos.
- ?? Es posible que los usuarios prefieran pagar por los servicios de salud, en lugar de recibir servicios de mala calidad.
- ?? Las múltiples dimensiones de la vulnerabilidad de los pobres requieren un diseño cuidadoso de los mecanismos de protección.
- ?? Es difícil tener acceso al nivel de ingresos de un solicitante, puesto que por lo general éstos trabajan en el sector informal, tienen empleos irregulares y móviles, y reciben ciertos ingresos en especies.
- ?? Al diseñar organismos de selección para identificar a la población beneficiaria, se deben considerar cuidadosamente los conocimientos e incentivos de sus miembros. La experiencia tailandesa indica que los jefes comunitarios tenían incentivos para asignar liberaciones de pago como retribución de favores personales y políticos y carecían de los conocimientos para identificar a los pobres.
- ?? La atención gratuita sin compensaciones creó incentivos para entregar servicios de mala calidad.
- ?? Las fórmulas de asignación geográfica del presupuesto influyen en la eficacia de los mecanismos de protección.
- ?? Tailandia ha efectuado ajustes irregulares y esporádicos en sus valores límite de ingresos. Ajustarlos de acuerdo con los cambios (por ejemplo, la inflación) parece ser bastante adecuado.
- ?? La falta de coincidencia entre los criterios de elegibilidad y las líneas de pobreza nacionales puede crear serios problemas. En el caso de Tailandia, esto ha originado una filtración considerable de los beneficios del programa, puesto que muchos titulares de tarjetas no son pobres, pero reúnen los requisitos para conseguirlas.

3.8 Fondo Nacional de Salud de Chile⁴⁴

(a) Marco

Chile es un país de ingresos medios altos que presenta uno de los mejores indicadores de salud, tanto entre los países de América Latina como entre aquellos de similar categoría de ingresos. Con una esperanza de vida al nacer de 75 años, una mortalidad infantil de 10 por cada mil nacidos vivos y un ingreso per cápita anual de US\$8.440 (ajustado por paridad del poder adquisitivo), Chile es el país más rico de la muestra del estudio de casos, y tiene uno de los mejores indicadores de salud.

Chile tiene un sistema de atención de salud mixto, en el cual el financiamiento y la producción están en manos de los sectores público y privado. La cobertura para seguro de salud es obligatoria para los trabajadores del sector formal, los cuales, según una ley aprobada en 1981, deben destinar el 7% de su sueldo al seguro de salud público o privado. Existe un único y gran asegurador público, el denominado Fondo Nacional de Salud, FONASA, y varios aseguradores privados en competencia, conocidos como

⁴⁴. Este caso se basa en Bitrán (2000) y en información proporcionada por los funcionarios actuales y antiguos de FONASA.

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), así como también compañías tradicionales de seguros de indemnización comerciales.

En principio, todos los chilenos tienen la libertad de elegir entre FONASA y las ISAPRES. Sin embargo, en la práctica, el nivel de ingresos y la edad de una persona determina si se afilia o no al asegurador público o a una de las diferentes instituciones privadas. FONASA cubre a las personas de ingresos medios, medios bajos y bajos, mientras que las ISAPRES cubren a los individuos de ingresos medios, medios altos y altos. Además, los ancianos activos o jubilados no pueden por lo general ingresar al sistema de ISAPRES, debido a las altas primas, por lo que muchos optan por afiliarse a FONASA.

Aproximadamente el 75% de la población está cubierta por FONASA y un 25% por las ISAPRES. Cerca del 40% del financiamiento de FONASA proviene de subsidios de la tesorería nacional y el 60% de los aportes de los beneficiarios. Los aportes consisten principalmente en las retenciones salariales para previsión social del 7% y en mucho menor medida, de bs copagos realizados por los pacientes en los establecimientos de salud. Las ISAPRES se autofinancian a través de las deducciones salariales del 7% y de aportes adicionales efectuados por miembros voluntarios. El 40% de los beneficiarios de FONASA se ha clasificado como “individuos indigentes”; éstos no realizan aportes salariales a FONASA ni pagos en los establecimientos públicos. Se les entregan servicios de salud gratuitos, pero sólo cuando en los establecimientos de salud públicos. El 60% restante de aquellos cubiertos por FONASA se conocen como afiliados cotizantes y sus cargas familiares. Ellos son los que efectúan aportes salariales y que, al utilizar los establecimientos públicos o privados hacen copagos que aumentan en base a su ingreso.

(b) Política de tarifas al usuario

Los hospitales públicos de Chile han aplicado tarifas al usuario durante más de dos décadas hasta ahora, pero éstas sólo representan una parte marginal del ingreso de los establecimientos de salud públicos. Bitrán y otros (2000) estimaron que en 1995 los ingresos por tarifas al usuario en los hospitales públicos representaban sólo el 11% de los ingresos totales. Estos ingresos quedan en poder de los establecimientos y se pueden utilizar a nivel local de acuerdo con ciertas directrices oficiales.

FONASA paga a los hospitales por los servicios entregados a sus beneficiarios (los afiliados indigentes y los cotizantes) de acuerdo con un sistema de pagos mixto que consiste principalmente en presupuestos previsible y en menor grado, pagos según el caso resuelto (una versión simplificada de los Grupos Relacionados por Diagnóstico, DRG). Los presupuestos se calculan según el volumen esperado de servicios y gastos históricos. Los ingresos por tarifas al usuario complementan el ingreso de los hospitales del sector público, y por lo tanto, estos establecimientos tienen un incentivo para cobrar tarifas. Esto parece ser especialmente válido en el caso de los hospitales de atención terciaria y de procedimientos complejos, donde las cuentas pueden ser bastante altas. Los hospitales públicos se han visto asolados por déficit crónicos y están utilizando recursos de las tarifas al usuario para cubrir parte de su brecha financiera. Sin embargo, FONASA podría estar creando un incentivo contra el cobro de tarifas debido a una reciente política que financia transitoriamente la brecha financiera de los hospitales con los mayores déficit. Esta situación, junto con los costos administrativos implícitos en la recuperación de costos, debilita los incentivos para cobrar tarifas al usuario. Un ex funcionario de FONASA explica:

“¿Por qué [la administración del hospital público] habría de molestarse si [FONASA] cubre sus gastos de todas maneras?”

(c) Mecanismos de protección

FONASA clasifica a sus beneficiarios en grupos de la A a la D, según los ingresos y el nivel socioeconómico (*Cuadro 25*). El grupo “A” comprende a los indigentes. Estos corresponden a los pobres desempleados o a las personas que, a pesar de tener algún empleo u ocupación informal, se consideran pobres, y por lo tanto, tienen derecho a los subsidios públicos totales para servicios de atención de salud. Los grupos B, C y D corresponden a trabajadores activos que se clasifican en estos grupos según el ingreso. A medida que aumentan los ingresos, las personas se trasladan del grupo B al C y al D, pero el aporte del 7% para salud de su sueldo imponible se mantiene constante. Sin embargo, existe un límite para el ingreso sujeto al 7%, el que actualmente es igual a unos US\$1.470 mensuales por trabajador⁴⁵. Así, los que pertenecen al grupo B no pagan ninguna tarifa en los hospitales públicos, pero sí efectúan el aporte regular para salud descontado de su sueldo. Los afiliados de los grupos C y D realizan aportes para salud descontados del sueldo y pagan tarifas al usuario en los establecimientos públicos. En todo caso, los pagos que realizan los beneficiarios de los grupos C y D sólo representan una pequeña parte (a lo más un 20%) del costo real de la atención.

Cuadro 25: Chile: Clasificación de los afiliados del Fondo Nacional de Salud (FONASA)

Grupo	Criterios de elegibilidad	Obligaciones como beneficiarios de FONASA	
		Aporte descontado del sueldo	Tarifa al usuario en hospital público
“A”	Personas que “carecen de recursos”, beneficiarios de pensiones subsidiadas, beneficiarios de subsidios familiares (subsidios para niños de familias de bajos ingresos)	No	No
“B”	Ingreso mensual bajo el sueldo mínimo nacional y familias con más de tres cargas familiares e ingreso mensual sobre el sueldo mínimo y bajo 1,46 sueldos mínimos	Sí	No
“C”	Ingreso mensual sobre el sueldo mínimo y bajo 1,46 sueldos mínimos y menos de 3 cargas familiares. Ingreso mensual sobre 1,46 sueldos mínimos y 3 o más cargas familiares.	Sí	Sí, 10% del costo del servicio
“D”	Ingreso mensual sobre 1,46 sueldos mínimos y menos de 3 cargas familiares.	Sí	Sí, 20% del costo del servicio

Fuente: Fonasa, 2002.

La identificación de los pobres está descentralizada y la realizan los municipios y los establecimientos de salud. Los funcionarios municipales están a cargo de la selección de los pobres; en los establecimientos de salud, esta responsabilidad por lo general le corresponde a un asistente social, que somete a los posibles beneficiarios a una entrevista para determinar si cumplen con los requisitos. Con frecuencia luego de la entrevista se realiza una visita al hogar para verificar o complementar la información ya recopilada. Una vez determinado el estado de indigencia, se entrega una “tarjeta de salud gratuita”. Los pacientes pobres que no posean una “tarjeta de salud gratuita” son clasificados por los establecimientos de salud a su llegada. La “falta de recursos” es el principal criterio de elegibilidad para obtener una tarjeta de salud gratuita (Grupo A). No existen directrices específicas para establecer lo que constituye esta “falta de recursos” y el proceso, que no está sujeto a ningún tipo de supervisión, depende mucho del criterio del funcionario a cargo.

(d) Resultados⁴⁶

⁴⁵ . Esto significa que el aporte máximo legalmente exigido es de US\$103. FONASA no recibe ningún monto superior a éste. Sin embargo, las ISAPRES están autorizadas para cobrar un monto adicional sobre este aporte obligatorio máximo si ese máximo no es suficiente para pagar la prima de un plan de salud determinado de una ISAPRE.

⁴⁶ . Basados principalmente en Bitrán y otros, 2000a.

En el *Cuadro 26* se presenta el número “real” e “imputado” de afiliados de acuerdo con información de la encuesta nacional domiciliaria CASEN 2000. El nivel real se determina basándose en la declaración personal del entrevistado (se solicitó a los entrevistados que presentaran la tarjeta FONASA para la encuesta). Una persona se considera afiliada real de FONASA si declara tener una tarjeta FONASA. El nivel imputado se definió como el que la persona debía tener (es decir, el grupo FONASA en el cual debería estar) basándose en el nivel de pobreza y el nivel de ingreso en efectivo. Hay cobertura casi total de los pobres, puesto que sólo el 11% (15.064) de los individuos que deberían pertenecer al grupo A de FONASA no están cubiertos por seguro de salud alguno. Además, incluso los pobres que no tienen una tarjeta de salud gratuita en general pueden obtener servicios de salud libres de costo de manera bastante fácil a través de una comprobación de medios de vida realizada en el establecimiento, como se mencionó anteriormente.

Cuadro 26: Chile: Declaración personal y grupo implícito de FONASA, 2000

Grupo declarado de FONASA	Grupo implícito de FONASA según CASEN ⁴⁷				
	A	B	C	D	Total
A	89.390	529.729	140.514	242.715	1.002.348
B	22.550	647.805	384.794	448.835	1.503.984
C	4.412	139.864	183.343	279.140	606.759
D	3.500	104.790	114.538	520.511	743.339
Desconocido	1.856	30.398	22.999	43.231	98.484
Fuerzas Armadas	184	15.790	12.173	155.513	183.660
ISAPRE	2.283	76.715	92.926	1.182.015	1.353.939
Ninguno	15.064	196.286	71.463	317.603	600.416
Otro	190	4.382	1.996	12.523	19.091
No sabe	610	18.475	10.194	20.834	50.113
Total	140.039	1.764.234	1.034.940	3.222.920	6.162.133

Fuente: Bitrán y Asociados se basó en la encuesta domiciliaria Casen 2000.

Nota: Los grupos implícitos de FONASA se obtuvieron aplicando los grupos definidos por FONASA a la información de Casen. Se obtiene el grupo imputado A de FONASA aplicando la línea de pobreza nacional a los datos de ingresos proporcionados en Casen. El cuadro excluye las cargas familiares.

Además, FONASA es bastante progresivo en la entrega de sus beneficios de salud. En el *Cuadro 27* se indican los beneficios per cápita, los aportes y los subsidios correspondientes a los cuatro grupos de FONASA provenientes de un estudio basado en datos de principios de los años noventa (Bitrán y otros 2000). Los beneficios per cápita para el grupo A y B son considerablemente más altos que los beneficios de los grupos C y D, lo que refleja un uso más intensivo de la red de establecimientos de salud de FONASA por parte de los más pobres. Es decir, existe una desigualdad progresiva en la distribución de beneficios a favor de los pobres, la cual podría ayudar a eliminar una brecha en la entrega de servicios de salud del país (cabe observar que los beneficiarios de los grupos B, C y D pueden utilizar atención de salud privada sin subsidios y que esta información no se indica en el cuadro). El financiamiento de la salud también parece progresivo. Como se puede apreciar en el cuadro, los aportes per cápita aumentan con el ingreso, los que fluctúan entre Ch\$7.461 para el grupo A y Ch\$70.479 para el grupo D. La progresividad parecería aún mayor si también se consideraran en el ejercicio los impuestos no destinados a la salud, como el impuesto a la renta o los impuestos a la propiedad.

⁴⁷ Grupo *imputado* de FONASA se refiere al grupo de FONASA al cual *deberían* pertenecer de acuerdo con su nivel de ingresos. Grupo declarado de FONASA se refiere al grupo de FONASA al cual realmente pertenecen los individuos de acuerdo con Casen 2000.

Cuadro 27 Chile: Beneficios y aportes per cápita en FONASA (Ch\$ de diciembre de 1995)

	Grupo de FONASA					Sólo B, C y D
	A	B	C	D	Total A-D	
Cantidad estimada de beneficiarios	3.664.733	2.806.016	1.050.634	946.484	8.467.867	4.803.134
Beneficios						
Atención primaria	6.247	4.691	3.388	2.249	4.930	3.925
Atención secundaria	7.513	8.134	2.806	2.883	6.617	5.934
Atención terciaria	38.289	31.346	9.261	10.377	29.267	22.383
<i>Subtotal de atención primaria, secundaria y terciaria</i>	<i>52.049</i>	<i>44.170</i>	<i>15.455</i>	<i>15.509</i>	<i>40.814</i>	<i>32.241</i>
Modalidad de libre elección	794	11.608	17.927	19.053	8.544	14.457
Subsidios para embarazo y enfermedad	932	4.381	5.833	7.401	3.406	5.294
DFL 36 (atención adicional del sector privado)	1.507	1.283	438	447	1.182	933
<i>Beneficios totales</i>	<i>55.282</i>	<i>61.442</i>	<i>39.654</i>	<i>42.409</i>	<i>53.945</i>	<i>52.926</i>
Aportes						
Aportes del 7% del sueldo	6.987	32.851	43.739	55.495	25.539	39.695
Copagos en establecimientos públicos	0	0	3.515	3.586	837	1.475
Copagos de modalidad de libre elección	475	6.944	10.725	11.398	5.111	8.649
<i>Aportes totales</i>	<i>7.461</i>	<i>39.794</i>	<i>57.979</i>	<i>70.479</i>	<i>31.487</i>	<i>49.819</i>

Fuente: Bitrán y Asociados, 2000. Los valores corresponden a pes os chilenos de diciembre de 1995.

Sin embargo, más recientemente, se produjo bastante agitación cuando en 2001 FONASA descubrió que hasta medio millón de los supuestos indigentes del grupo A en realidad eran contribuyentes que en promedio efectuaban pagos anuales de impuesto a la renta sobre Ch\$3.000.000 (cerca de US\$4.500). Este descubrimiento se pudo lograr a través de un progreso administrativo con el cual por primera vez se autorizó a FONASA para realizar una verificación cruzada de la información sobre sus afiliados con la información de los pagos de impuesto a la renta del servicio de impuestos internos. Esta situación se confirmó con los resultados de la encuesta CASEN 2000. El *Cuadro 26* muestra que de un total de 1.002.348 afiliados autodeclarados del Grupo A, sólo el 9% son pobres de acuerdo con la línea de pobreza nacional. Además, casi el 40% de los afiliados del grupo A tienen niveles de ingresos que los clasificarían en los grupos C y D de FONASA. En general, la cantidad de beneficiarios del grupo A de FONASA supera 7 veces la población del país que se ubica bajo la línea de pobreza. El problema de Chile se relaciona claramente con la filtración y no tanto con la cobertura. Algunos de los factores que explican esta situación son los siguientes:

?? No existen normas claras con respecto a los criterios que se deben aplicar en los establecimientos de salud al determinar la pobreza. La “falta de recursos” es un término muy vago. Al consultar a un ex funcionario sobre cómo decidían si una persona recibirá la “tarjeta de salud gratuita”, éste señaló:

“[en el hospital] la entrega de la “tarjeta de salud gratuita” a una persona dependía mucho de cuánto implorara el paciente...”.

?? Existen incentivos para el engaño, puesto que en la práctica, los pacientes del Grupo A reciben los mismos beneficios que los pacientes del Grupo B, aun cuando los del Grupo A no realicen aportes de ningún tipo a FONASA, mientras que los beneficiarios del Grupo B efectúan un aporte mensual equivalente al 7% de su ingreso mensual.

?? No hay incentivos claros para identificar en forma correcta a los pobres. En Chile, los ingresos

municipales no están ligados a la recuperación de costos. Además, los municipios no son responsables de los resultados financieros de los hospitales públicos. En estas condiciones, los municipios no tienen fuertes incentivos para evitar la filtración al identificar a los pobres, y es posible que sí tengan incentivos para obtener favores políticos al entregar “tarjetas de salud gratuitas”.

(e) Lecciones aprendidas

La aplicación de un mecanismo de protección para los pobres en Chile revela varios desafíos de interés para los países dispuestos a participar en procesos similares. Chile ha llegado a casi todos los pobres a través de FONASA y al parecer, los pobres tienen acceso a servicios de salud casi en la misma medida que los segmentos más ricos de la población. Los problemas están asociados a la filtración y no tanto a la cobertura.

Al diseñar mecanismos de protección, se debe considerar cuidadosamente quién determina la elegibilidad. El caso de Chile ilustra que los países deben seleccionar las entidades encargadas de determinar la elegibilidad de manera de encontrar el equilibrio entre el interés de los establecimientos de salud en la obtención de ingresos y el posible interés de las entidades administrativas o políticas por pagar favores asignando tarjetas a los no pobres.

Al diseñar mecanismos de protección para los pobres con tarifas al usuario, se deben considerar atentamente los posibles incentivos creados para la población contribuyente más rica. En Chile, claramente existen tales incentivos, puesto que los beneficios para los indigentes y los no pobres en la práctica, son los mismos. Los beneficiarios del Grupo “A” se liberan por completo de los pagos y obtienen básicamente los mismos beneficios que los beneficiarios del Grupo “B”, “C” y “D”, que realizan aportes descontados de sus sueldos y pagan tarifas al usuario (con la excepción del grupo “B”). En estas circunstancias, existen fuertes incentivos para que los posibles beneficiarios queden clasificados como beneficiarios del Grupo “A”.

El caso de FONASA en Chile ilustra una vez más la importancia de definir con claridad los criterios de elegibilidad. Sin embargo, en el país parece no existir consenso acerca de cómo interpretar la “falta de recursos”.

Es fundamental implementar mecanismos eficaces de supervisión capaces de medir la cobertura y de realizar un seguimiento de los problemas de filtración. Hace poco, Chile logró un gran avance al decidir realizar una verificación cruzada de su base de datos de beneficiarios de FONASA con la base de datos de la Administración Tributaria. Con la integración de las bases de datos, Chile pudo detectar un problema de filtración a gran escala.

4 Lecciones y prácticas óptimas

En este capítulo final se resumen las conclusiones de los países de los estudios de casos y se obtienen lecciones acerca de las prácticas óptimas. En la Sección 4.1, se analiza el resultado de los sistemas de exención y liberación de pago. En la Sección 4.2, se comenta sobre el financiamiento de los mecanismos de protección y los tipos de beneficios de salud que cubren. Además, se analiza el diseño general y los aspectos de la aplicación, en particular, los que se relacionan con la elegibilidad de los beneficiarios. En las Secciones 4.3 y 4.4, se examinan los aspectos de diseño y aplicación de las exenciones y liberaciones de pago que influyen respectivamente en el comportamiento de los proveedores (o en la oferta de exenciones y liberaciones de pago) y de los consumidores (la demanda de exenciones y liberaciones de pago). Por último, en la Sección 4.5, se ofrecen observaciones concluyentes acerca de las prácticas óptimas.

4.1 Resultados de los sistemas de exenciones y liberaciones de pago

(a) Seguimiento y evaluación de los resultados

En todos los casos estudiados, la evaluación de resultados se ve obstaculizada por la falta de análisis. Ninguno de los casos examinados controla en forma sistemática los resultados en términos de quiénes son los beneficiarios de exenciones y liberaciones de pago y cuál es la influencia de estos mecanismos de protección en el acceso y el pago en efectivo por salud realizado por los pobres. La falta de seguimiento es una debilidad importante de los sistemas de exenciones y liberaciones de pago, puesto que impide evaluar sus consecuencias y analizar sus políticas en forma regular. En todos los casos, los indicadores de resultados provienen de estudios ad-hoc. Como mínimo, el seguimiento regular de los sistemas que favorecen a los pobres a través de registros de rutina en los establecimientos y de encuestas domiciliarias periódicas, deberían:

- ?? Registrar las exenciones y liberaciones de pago otorgadas.
- ?? Cuando se usa focalización individual, establecer una base de datos que contenga información básica sobre los beneficiarios, como número de identificación, nombre, edad, sexo y ubicación geográfica
- ?? Comparar los niveles reales de liberaciones de pago y exenciones con los previstos.
- ?? Estimar la cobertura y la filtración de los mecanismos de protección.

(b) Métodos de focalización utilizados

En el *Cuadro 28* se describe el método de focalización o identificación de beneficiarios aplicado y se presenta un resumen de los indicadores de resultados, incluida la cobertura del grupo beneficiario, filtración, costos administrativos, acceso a servicios de salud por parte de los beneficiarios del mecanismo de protección y el efecto de la protección en los pagos en efectivo por salud (“carga financiera”).

En algunos casos, los métodos de focalización para entregar exenciones eran una combinación de focalización geográfica y comprobación de medios de vida individual (Kenya, Ghana, Indonesia, Tailandia), mientras que en otros, sólo se basaban en comprobaciones de medios de vida individuales (Camboya, Zimbabwe y Chile). Al combinar la focalización geográfica con la individual, algunos países, como Ghana y Zimbabwe, intentaban mejorar la equidad en la asignación de subsidios públicos para la salud compensando a los proveedores bajo un sistema que vinculaba los subsidios públicos adicionales con el nivel de las exenciones proporcionadas. Otros, como Kenya, también combinaban la focalización grupal e individual, pero no incorporaban la política de otorgar exenciones mediante un flujo de subsidios

de compensación. Los países que sólo aplicaban la focalización individual, como Camboya, a la larga podrían mejorar la equidad en la asignación de subsidios públicos para la salud, si incorporaran los criterios de focalización geográfica.

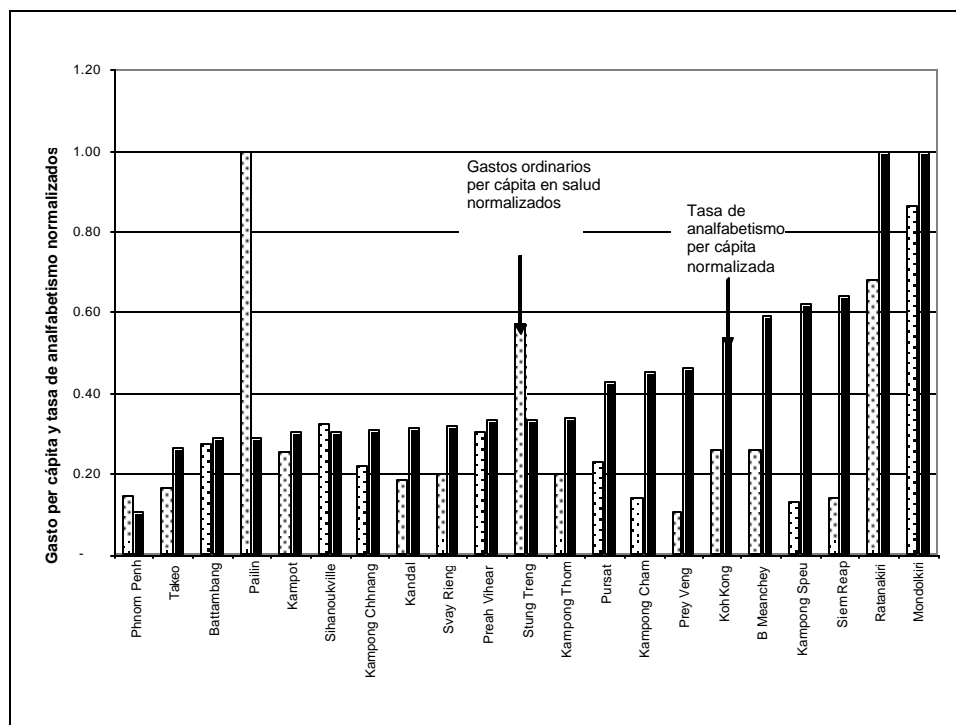
Cuadro 28 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Indicadores de resultados:

País	Sistema de focalización	Variable de resultados				
		Cobertura	Filtración	Costos administrativos	Acceso	Carga financiera
Kenya	Focalización grupal, focalización por tipo de servicios y comprobación de medios de vida (no hay criterios claros para el umbral de ingresos)	No existe seguimiento, por lo tanto, no hay información sistemática. Como promedio, 2 liberaciones de pago al mes por instalación; contrasta con el 42% de los habitantes de Kenya que se encuentran bajo la línea de pobreza	No hay información sistemática. Los funcionarios públicos y los trabajadores de la salud pública reciben atención gratuita	No disponible	No disponible	No disponible
Camboya	Comprobación de medios de vida individuales realizados por el personal del Fondo de Capital o de la instalación de salud	En general, sólo el 18% de los usuarios de los servicios de atención de salud fueron liberados de pago, pero el 36% de la población es pobre	Filtración baja.	En general, altos, en especial, debido al uso de mano de obra extranjera	Todos los beneficiarios del Fondo de Capital tienen derecho a atención de salud gratuita y la obtienen	Los beneficiarios del Fondo de Capital obtienen atención gratuita, con lo que se alivia la carga financiera de las tarifas al usuario
Ghana	Focalización grupal, focalización por tipo de servicio y comprobación de medios de vida (no hay criterios claros con respecto al umbral de ingresos)	No hay seguimiento sistemático. Según algunos datos, se otorgaron liberaciones de pago a menos del 2% de los pacientes	Filtración alta en la Región del Volta: la mayor parte de las liberaciones de pago son otorgadas a los trabajadores de la salud; hay pruebas de liberaciones de pago a funcionarios públicos.	No disponible	No disponible	No disponible
Zimbabwé	Comprobación de medios de vida, umbral de ingresos	Cerca del 20% de los pobres urbanos y del 10% de los pobres rurales habían recibido asistencia con atención gratuita; el 25% o la población bajo la línea de pobreza	No hay información sistemática. Existe información empírica de que a veces se otorgaban exenciones por motivos políticos	No disponible	No disponible	No disponible
Indonesia	Focalización geográfica y focalización individual. La identificación de hogares pobres variaba según la región. Actualmente, se utilizan valores sustitutos uniformes de la pobreza.	La cobertura actual equivale al 11% de los pobres, pero está aumentando rápidamente. En algunas provincias, llega al 89% de todas las familias pobres.	Posiblemente hasta de un 39%. Podría ser el resultado de los criterios de elegibilidad que no se relacionan con la pobreza (por ejemplo, la capacidad de las familias de cumplir con sus obligaciones religiosas)	No disponible	Se podría mejorar marginalmente el acceso; el 36% de los beneficiarios declaran no utilizar la tarjeta.	No disponible
Tailandia	Focalización geográfica combinada con comprobación de medios de vida; umbral de ingresos combinado con cierta focalización grupal (monjes, veteranos, niños menores de 12 años).	El 80% de la población que vive bajo la línea de pobreza nacional tiene una tarjeta de salud gratuita	Cerca del 45% de los titulares de tarjetas son no pobres en relación con la línea de pobreza nacional	No disponible	No hay datos sistemáticos. Existe información empírica de que algunos titulares de tarjetas no las utilizan debido a la percepción de mala calidad	No disponible

Chile	Umbral de ingresos y otros valores sustitutos + focalización por tipo de servicio (la atención de nivel inferior es gratuita)	Sobre el 90%	Sobre el 50%	No disponible	Los beneficiarios indigentes de FONASA reciben atención gratuita en los hospitales y centros de salud públicos. Sus tasas de utilización per cápita son tan altas como las correspondientes a los beneficiarios no indigentes de FONASA. Así, el sistema promueve la equidad en el acceso y el financiamiento	Los beneficiarios indigentes y de bajos ingresos de FONASA incurren en pagos en efectivo para salud relativamente pequeños, en comparación con los beneficiarios de mayores ingresos y los no beneficiarios
-------	---	--------------	--------------	---------------	---	---

Camboya ha estado intentando reasignar el presupuesto público para atención de salud sobre la base de la pobreza regional. Hasta ahora, el éxito ha sido limitado, como se muestra en la *Figura 12*, con el presupuesto fiscal per cápita para salud asignado a cada provincia en 1999, normalizado entre 0 y 1, y la tasa de analfabetismo normalizada de la misma forma (como un valor sustitutivo de la pobreza) en el mismo año. Para que sea equitativa, la asignación de presupuestos para salud pública al menos debe estar correlacionada con el analfabetismo o seguir su mismo patrón. Desde luego, ambas medidas están correlacionadas en forma positiva, con un coeficiente de correlación de Pearson de 0,39. Esto significa que el gobierno ha asignado su presupuesto de gastos ordinarios en salud más o menos de acuerdo con el alfabetismo, en general, destinando más dinero per cápita cuando el analfabetismo (y por lo tanto, la pobreza) es alto y menos, cuando éste es bajo. Sin embargo, la correlación es débil y hay serias excepciones. En la figura se puede apreciar que muchas provincias donde el analfabetismo es relativamente alto –por ejemplo, Kampong Speu y Siam Reap– el presupuesto público de gastos ordinarios per cápita es relativamente bajo. Camboya podría tratarse de un caso especial debido a que el sector salud del país depende fuertemente de la asistencia de donantes, aunque las tarifas al usuario constituyen el grueso del financiamiento de la salud y en estas provincias con alto analfabetismo, el presupuesto público es muy bajo y por lo tanto poco equitativo. Aumentar la asignación per cápita de los recursos públicos en las provincias más pobres de Camboya permitiría a los establecimientos de salud reducir en forma significativa sus tarifas al usuario o eliminarlas por completo. Esta reasignación sería equitativa a nivel nacional y mejoraría en forma considerable el acceso de los pobres que viven en esas provincias.

Figura 12 Camboya: Asignación per cápita del presupuesto fiscal para salud, 1999



En los países más pobres analizados, en especial, en Kenya y Ghana, los mecanismos de exenciones ofrecían una baja cobertura para los pobres. Esto no es sorprendente, puesto que en Kenya, los proveedores de atención de salud no son reembolsados por el valor de los servicios entregados a los pacientes exentos. De hecho, en este país, los miembros del personal de salud se mostraban reacios a otorgar exenciones. En Ghana, existía una compensación financiera para los proveedores por la atención gratuita (ver el *Cuadro 30*), pero el flujo de fondos era irregular y tardío. En países como Camboya e Indonesia, la cobertura de los pobres era baja debido a una falta de fondos (Indonesia) o porque el sistema era nuevo y no se habían difundido los conocimientos acerca de éste entre la población beneficiaria. Los países con cobertura alta, como Tailandia y Chile, también correspondían a los países más ricos de la muestra. Sin embargo, ambos países tenían altos niveles de filtración. Esto no es sorprendente, puesto que ambos niveles de ingresos definidos para la elegibilidad se encontraban por sobre su línea de pobreza oficial.

Casi no se disponía de información acerca de los costos administrativos de los sistemas de exenciones. El Fondo de Capital de Camboya realizaba un seguimiento de los costos administrativos o disponía la evaluación de sus costos. Tales costos eran altos en proyectos que tenían un componente importante de mano de obra extranjera (muy costosa en términos relativos), como el Proyecto de Salud Urbana de Sotnikum y Phnom Penh.

De manera similar, en ninguno de los países de los estudios de casos se ha aplicado ningún esfuerzo sistemático para evaluar el efecto que han tenido los sistemas de protección en las tasas de utilización de los servicios de salud y en el pago en efectivo por parte de los pobres. Las evaluaciones ad-hoc realizadas en Camboya sugieren que el Fondo de Capital en realidad promueve una mayor utilización de los servicios por parte de los pobres. En las áreas rurales (Sotnikum), esto requiere que el mecanismo de protección no sólo exima a los pacientes pobres de las tarifas al usuario en los establecimientos de salud, sino también que reembolse a estos pacientes por los costos relacionados con la obtención de salud, como el transporte y la alimentación. Los datos de Chile (Bitrán 1995) también indican que los beneficiarios de exenciones presentan tasas de utilización de algunos servicios tan altas como aquellas correspondientes a los afiliados autofinanciados de mayores ingresos del asegurador público.

4.2 Financiamiento de exenciones y liberaciones de pago y aspectos de diseño y aplicación

(a) Financiamiento

Con la excepción de Chile y del Fondo de Capital de Camboya, todos los demás países de los estudios de casos se caracterizaron por una falta de financiamiento público para pagar exenciones y liberaciones de pago. Kenya simplemente no contemplaba la creación de un fondo que pagara el costo adicional de las exenciones en los establecimientos de salud públicos. Ghana, Zimbabwe, Indonesia y Tailandia contaban con ese fondo, pero el nivel de recursos asignado a éste era insuficiente para financiar las exenciones de todo el grupo beneficiario. El caso de Tailandia es peculiar porque, aunque ese país no había podido cubrir a todos los pobres con sus tarjetas de salud gratuita (cubría sólo al 80% de ellos), presentaba un alto nivel de filtración. Por cierto, se estima que el 45% de los titulares de tarjetas se encontraba sobre la línea de pobreza nacional. Así, Tailandia no carecía de fondos para financiar su política de exenciones, sino más bien utilizaba de manera deficiente los fondos disponibles. Si se reduce parte de la filtración a los beneficiarios no pobres, se liberarían ingresos suficientes como para financiar tarjetas gratuitas para los pobres que no están cubiertos. En cierta forma, la situación de Chile era similar a la de Tailandia: la cobertura de los pobres era incluso mayor, pero según recientes estimaciones, la filtración era considerable. Si fuera posible, una reducción en la filtración permitiría al gobierno de Chile proporcionar a los pobres más atención y de mejor calidad o reducir los impuestos generales.

(b) Beneficios de salud cubiertos

La mayor parte de los países de este análisis no definía explícitamente el conjunto de beneficios sujeto a exenciones y liberaciones de pago, en particular, en lo que respecta a los servicios curativos. Camboya intenta definir dos paquetes básicos, el paquete *mínimo* y *complementario* de servicios de salud, el primero para centros de salud y el segundo, para hospitales. Sin embargo, hasta ahora no se ha contemplado la posibilidad de otorgar exenciones que cubran el todo el conjunto de servicios de estos paquetes. El Fondo Nacional de Salud de Chile establece en forma explícita que se deben proporcionar sin cargos para sus beneficiarios todos los servicios de salud primaria y preventiva entregados en los establecimientos de salud ambulatorios. En el caso de los servicios hospitalarios, se supone que se debe entregar todo tipo de atención a los indigentes, aunque la limitación de fondos con frecuencia origina un racionamiento a través de los períodos de espera, que pueden tardar varios meses.

(c) Existencia y claridad de la política nacional sobre exenciones y liberaciones de pago

Con la excepción de Camboya, todos los demás países del análisis tenían una política nacional de exenciones y todos tenía una política explícita para liberaciones de pago (todos liberaban de pago ciertas categorías de servicios para todos los ciudadanos). Al mismo tiempo, la mayor parte de los países de los estudios de casos incluidos en este documento han experimentado problemas relacionados con sus criterios de elegibilidad. La falta de criterios claros de identificación parece ser uno de los principales problemas. Con frecuencia, distinguir a los pobres de los no pobres en gran medida depende de los criterios subjetivos de la persona a cargo de determinar la elegibilidad. Por ejemplo, en Kenya, el personal de los establecimientos de salud públicos utilizaba 10 variables sustitutivas de pobreza diferentes para establecer la elegibilidad para las exenciones. En Ghana, los establecimientos de salud aparentemente tienen varias definiciones diferentes del término “indigente” o de las personas sujetas a liberaciones de pago. Asimismo, en Chile existen varios criterios para determinar la elegibilidad y esto ha dado pie a ciertos conflictos entre las entidades públicas con respecto a algunos pacientes; con cierta frecuencia, los municipios y los hospitales discrepan en cuanto a los pacientes que deben quedar exentos de pago. Otros países que aplican programas similares han mejorado en forma gradual la claridad de los criterios de elegibilidad. Esto sucede con Indonesia, que ahora ha establecido cuatro criterios para identificar a los pobres. En Tailandia, la identificación de los pobres inicialmente quedaba a discreción de los directores de los establecimientos públicos, pero luego esto se reemplazó por un valor límite de ingresos. La falta de directrices claras para otorgar exenciones de las tarifas al usuario disminuye y obstaculiza el éxito de la política de exenciones y hace del seguimiento de los avances una tarea difícil, lo que facilita la mala distribución de los subsidios a través de las filtraciones.

Formular criterios de identificación claros es una condición necesaria pero insuficiente para lograr que un sistema de exenciones funcione. También es fundamental que los criterios de identificación se puedan aplicar y sean fáciles de verificar. Por ejemplo, en Zimbabwe, establecer la elegibilidad resultó ser engorroso y hasta imposible, puesto que los beneficiarios previstos debían presentar información a veces imposible de conseguir. Tailandia estableció un valor límite de ingresos para la elegibilidad, pero dado que la población beneficiaria pertenece en su mayoría al sector informal, es muy móvil y recibe algunos ingresos en especies, determinar el ingreso real es difícil y está sujeto a arbitrariedades. El análisis anterior plantea una interrogante con respecto a la conveniencia de utilizar sólo el criterio de ingresos para la determinación de la elegibilidad. La información de los casos indica la necesidad de complementar y combinar el criterio de ingresos con otra información, o abandonarlo y en su lugar utilizar otras variables sustitutivas de pobreza más observables. En este respecto, no hay una recomendación general, excepto que la definición de pobreza debe responder a las circunstancias locales y se debe adaptar al marco cultural específico.

(d) Consideración de las múltiples dimensiones de vulnerabilidad de los pobres

En la mayor parte de los casos aquí analizados, y salvo tal vez en Chile, con frecuencia se disuade a los pobres de solicitar exenciones, puesto que éstos se sienten avergonzados de ser pobres. En Camboya, el personal de un gran consultorio público de Phnom Penh somete a quienes postulan a la exención de pagos a una comprobación de medios de vida pública frente a todas las demás personas que se encuentran en la sala de espera. La vergüenza comúnmente lleva a los posibles solicitantes a no poner en práctica su derecho a solicitar una exención. En Tailandia, al parecer el estigma también es un problema que limita el acceso por parte de los pobres, como lo indica la siguiente afirmación:

“A veces me trato a mi mismo porque no deseo que [el trabajador de la salud] se queje de que frecuentemente obtengo medicamentos gratuitos en el centro de salud” [una persona pobre de Tailandia] (Gilson, 1998)

Un funcionario de salud de Ghana informó de una situación similar:

“En una ocasión teníamos 11 pacientes que declaraban ser indigentes y a los cuales informamos que al día siguiente publicaríamos su situación. Después de que fotografiamos a todos ellos, 4 pagaron el total de su cuenta. Esto indica que hay personas que pueden enfrentar los costos pero que se niegan a pagar”. (Garshong, 2001)

(e) Asignación de responsabilidades para la determinación de elegibilidad

Las personas o las entidades pueden determinar la elegibilidad dentro o fuera de los establecimientos de salud. Los ejemplos descritos en este documento indican diversas situaciones. En Kenya y Ghana, el personal del establecimiento de salud determina la elegibilidad; en Zimbabwe, los funcionarios de bienestar social; en Tailandia, Indonesia y en ciertas provincias de Camboya, es un trabajo combinado y coordinado del personal de salud y otros funcionarios y empleados públicos (por ejemplo, jefes de las aldeas) y en Chile, la acción independiente y a veces conflictiva del personal del establecimiento y las autoridades municipales. No hay ninguna respuesta con respecto a quién debería estar encargado del proceso de liberaciones de pago, pero los que participan en la determinación de elegibilidad deben conocer los criterios de selección, estar capacitados en forma adecuada para realizar su trabajo y encontrarse informados acerca de las restricciones financieras y de otro tipo que regulan el proceso de entrega de protección.

(f) Actualización de las tarifas y los umbrales de ingresos para cumplir con los criterios

La mayoría de los países ha tenido problemas al reajustar las tarifas y los umbrales de ingresos de acuerdo con el cambio en las circunstancias. Por ejemplo, en Ghana y Kenya, el valor real de las tarifas al usuario se ha debilitado en forma gradual debido a la inflación; en consecuencia, los proveedores han intentado actualizar las tarifas en forma espontánea y no regularizada, lo que podría amenazar los objetivos que persigue la política. En Zimbabwe, los valores límite de ingresos no se ajustaron por inflación, con lo que cada vez fue más difícil para los pobres cumplir con las condiciones; una situación similar se produjo en Tailandia. Cuando no se ajustan las tarifas ni los umbrales de ingresos de acuerdo con las circunstancias, las políticas de protección de facto podrían desviarse de su objetivo original: los que pertenecen al grupo beneficiario definido originalmente ya no son captados por los umbrales de ingresos y es posible que los establecimientos establezcan niveles de tarifas que perjudiquen a los pobres. Por lo tanto, es fundamental que los países que necesitan implementar mecanismos de protección diseñen, desde el principio, mecanismos para un ajuste regular de las tarifas y los umbrales de elegibilidad.

(g) Aspectos institucionales

La orientación clara de los ejecutores y la disponibilidad de instituciones, recursos y personal capacitado adecuadamente es clave para la aplicación eficaz de las políticas en favor de los pobres. En la mayoría de los casos estudiados no existía esa claridad ni se contaba con la dotación de personal ni los suministros adecuados para efectuar las tareas de eximir de pago a los pacientes. En Ghana, por ejemplo,

el personal de los establecimientos se quejaba del aumento de la carga de trabajo y de los costos de los artículos de oficina asociados a los procedimientos de liberaciones de pago y exenciones. En Kenya, la administración de las exenciones es engorrosa y en promedio tarda cerca de una a dos horas. Por esto, el proceso de evaluar y liberar de pago a los pacientes a menudo se retrasa o posterga. Los países que necesitan implementar mecanismos de protección deben estar conscientes de que otorgar exenciones y liberaciones de pago es un proceso complejo que requiere inversiones institucionales. Los encargados de diseñar los tipos de mecanismos de protección para los pobres analizados en este informe deben prever esas necesidades de recursos y, por consiguiente, deben contemplar los mecanismos para crearlos y ponerlos a disposición en forma sostenible. Esto significa que deben existir directrices escritas para las exenciones y liberaciones de pago (con la flexibilidad suficiente como para permitir la variación regional o local si es necesario) y que los establecimientos de salud u otros organismos que otorgan esta protección deben conocer sus costos administrativos y recibir el reembolso correspondiente.

**Cuadro 29 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos:
Características del financiamiento, diseño y aplicación**

Característica? ? País	Financiamiento	Alcance	Diseño y aplicación generales					
	Recursos públicos disponibles para financiar las liberaciones de pago	Paquete de beneficios definido	Existencia de política nacional	Claridad de la política	Relación entre los criterios de liberación de pago y los criterios de pobreza nacional	¿Quién decide?	Sensibilidad de los criterios de elegibilidad ante las circunstancias locales	Ajuste de tarifas y criterios de ingresos frente a las circunstancias económicas cambiantes
Kenya	No aplicable, no se compensan las liberaciones de pago	No	Sí	No	No	Inicialmente, los jefes de la comunidad local; luego el personal de las instalaciones de salud	Los establecimientos reemplazan los criterios de ingreso por otras variables sustitutivas de pobreza	No: falta de control implícita en la política de tarifas de cada instalación
Camboya	Generosos, financiados por donantes; actualmente, no es posible la sostenibilidad con el financiamiento público	No: pero se están implementando paquetes básicos para atención de salud primaria y atención hospitalaria	No: sólo existe una política nacional de tarifas al usuario	No disponible	No: se establece la elegibilidad en forma ad-hoc para cada situación	En el caso de los Fondos de Capital, la decisión la toma el personal de éstos en coordinación con el personal de salud. En otros establecimientos, decide el personal de salud	Sí	Sí
Ghana	El financiamiento sólo cubre aproximadamente el 22% de los recursos necesarios para cubrir las liberaciones de pago	No	Sí	Poca claridad debido a la definición ambigua de beneficiarios o "indigentes"	No	Personal de la instalación de salud	No disponible	No: falta de control implícita en la política de tarifas de cada instalación
Zimbabwe	Subsidios más reducidos que los que se necesitan realmente.	No	Sí	Sí	Los criterios de elegibilidad cada vez están más atrasados debido a la inflación	Oficina de Bienestar Social	Casi imposible determinar el umbral de ingresos basándose en los datos existentes	No: los criterios de ingresos no están ajustados según la inflación; cada vez están más bajo la línea de pobreza nacional

Indonesia	Insuficiente. No hay datos sistemáticos	No	Sí	Sí	No: algunos de los criterios de elegibilidad no se relacionan con la pobreza	Comunidad local	No disponible	No disponible
Tailandia	Insuficiente	No	Sí	Sí	No: los criterios de elegibilidad se encuentran muy por encima de las líneas de pobreza	Comunidad	Casi imposible determinar el umbral de ingresos basándose en la información disponible	No
Chile	Sí	Inicialmente, no, pero posteriormente, sí	Sí	Sí	No: los criterios de elegibilidad se encuentran muy por encima de la línea de pobreza	Municipio o establecimiento	No disponible	Sí

4.3 Características de diseño y aplicación que influyen en la oferta de exenciones y liberaciones de pago

(a) Compensación del proveedor

En su informe sobre el sistema de tarifas al usuario en Camboya, Wilkinson observó que “existe un conflicto sistemático entre un plan de liberaciones de pago viable y un plan de incentivos salariales viable”. Con esto quiso decir que no es razonable esperar que un funcionario de salud subpagado, que está encargado de cobrar tarifas al usuario y tiene la capacidad para ello, actúe de acuerdo con los principios generales de equidad proporcionando niveles adecuados de liberaciones de pago. Mejorar sus ingresos mediante las tarifas mantendrá una tensión evidente con el objetivo social de liberar de pago a los pobres, en tanto el presupuesto sea inadecuado y no existan sistemas de rendición de cuentas. En términos más generales, al considerar en conjunto los establecimientos de salud, existe una disyuntiva equivalente entre la magnitud de las liberaciones de pago y la meta de eliminar la brecha en el gastos o en los objetivos de ingresos a través de las tarifas al usuario.

El componente de liberación de pago de la política de recuperación de costos de Kenya probablemente esté destinado al fracaso mientras el gobierno no retribuya a los establecimientos de salud los ingresos no percibidos debido a las exenciones y las liberaciones de pago. Hasta hace poco, Indonesia enfrentaba una situación similar, pero en la actualidad, los proveedores de atención de salud obtienen del gobierno fondos que complementan sus presupuestos para poder afrontar las exenciones y liberaciones de pago. Zimbabwe, Ghana, Tailandia y Chile, y más recientemente, Indonesia, tienen en común la existencia de fondos de compensación para liberaciones de pago parciales y totales entregadas por los establecimientos públicos de salud a los pacientes.

La conclusión del análisis anterior es que un sistema de exenciones y liberaciones de pago que funciona bien en los establecimientos públicos de salud debe estar en armonía con los objetivos institucionales e individuales del personal. En términos más específicos, se requieren fondos públicos o financiamiento externo de donantes o prestamistas para otorgar a los proveedores el incentivo financiero mínimo adecuado para liberar de pago a los pobres.

(b) Puntualidad de la compensación

Un corolario del punto anterior es que la compensación de ingresos por las tarifas al usuario debe llegar oportunamente a los establecimientos de salud. Sólo Tailandia y Chile cumplen con este requisito. En Ghana, la compensación a los establecimientos de salud proveniente del Fondo de Desarrollo Social tarda hasta 8 meses en llegar. En este caso, la necesidad de los establecimientos por cubrir los gastos con financiamiento en forma simultánea no es compatible con el retraso del reembolso por parte del gobierno. Cuando existe compensación, ésta debe ser oportuna; de lo contrario, el costo del retraso en el reembolso (por ejemplo, el costo financiero o de oportunidad) se podría transferir del proveedor a los pobres, en forma de tarifas más altas o liberaciones de pago más bajas (o más escasas).

Por consiguiente, las políticas que intentan mejorar la protección de los pobres deben tratar de agilizar cualquier tipo de burocracia involucrada en el reembolso de los establecimientos por las liberaciones de pago otorgadas. Es posible que los procedimientos de reembolso sean oportunos en diversas formas. Por ejemplo, la asignación regular de fondos de compensación del nivel central a las autoridades de salud regional o a fondos regionales puede permitir que la compensación sea más oportuna y previsible. O bien, ante la falta de un marco de descentralización, los presupuestos mensuales del nivel central a los establecimientos podrían incluir un “subsidio para liberaciones de pago” igual a la meta mensual correspondiente a esa instalación, al cual se le efectuaría más tarde cualquier ajuste (relativamente más pequeño) por las diferencias entre las liberaciones de pago reales y las presupuestadas.

(c) Armonización de los incentivos creados por diferentes mecanismos de pago

Algunos estudios de casos demuestran que la calidad de los servicios entregada a los pacientes liberados de pago es inferior que la calidad para los pacientes que pagan. Tal es el caso de Tailandia. Aun cuando los proveedores reciban compensación, la “discriminación de calidad” bien puede estar relacionada con los incentivos otorgados con los métodos y niveles de pago, que difieren a través de los grupos de pacientes. En su mayoría, se le paga a los establecimientos de salud a través de un método de capitación y el pago total de capitación es inferior a los ingresos no percibidos por los proveedores a causa de las exenciones. Al mismo tiempo, los establecimientos obtienen pagos de los pacientes o de los aseguradores de éstos según un sistema de tarifa por servicio. En estas circunstancias, los establecimientos tienen una fuerte motivación para seleccionar a los “pacientes que pagan mejor” y no sólo porque los niveles de reembolso sean más altos, sino también porque con un sistema de pago basado en capitación, los establecimientos tienen un incentivo para entregar servicios insuficientes, en especial, ante la falta de un sistema de seguimiento riguroso.

Como lo ilustra la situación tailandesa, los mecanismos y los niveles de pago ejercen influencia en la eficacia de los mecanismos de protección. Los países que adoptan sistemas de protección deficientes, en que se compensa a los proveedores por su entrega de atención gratuita o subsidiada a los pobres, deben considerar seriamente el método y el nivel de pago. Adoptar el pago incorrecto o el nivel incorrecto podría originar cierto “desplazamiento de los pobres”.

Cuadro 30 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Resumen de características del diseño y aplicación de la oferta

Característica? País	Características del diseño y aplicación de la oferta					
	Existencia y nivel de compensación	Compensación de costos administrativos	Los ingresos por tarifas al usuario se mantienen en los establecimientos	Relación entre remuneración del personal e ingresos por tarifas al usuario	Importancia financiera de la compensación para los pacientes liberados de pago en relación con el precio total	Plazo de la compensación
Kenya	No	No: La entrega de exenciones tiene un uso intensivo de recursos, pero no hay compensaciones disponibles	Sí	El personal es reacio a otorgar exenciones.	No disponible	No disponible
Camboya	Sí	Sí: pero no incluye el costo del personal extranjero	99%	Se puede utilizar el 50% de los ingresos para pagar los sueldos y representa hasta un 95% de los ingresos del personal	La compensación es equivalente a la tarifa total	Mensual
Ghana	Sí: pero el flujo es engorroso entre el nivel central y los establecimientos de nivel local	No: hay información de que los establecimientos y el personal se queja de esto.	Inicialmente, no, pero posteriormente, sí	El ingreso sólo se usa para pagar medicamentos y otros gastos no relacionados con personal	No disponible	Hay información de que el reembolso tarda como promedio 4 meses
Zimbabwe	Sí: aunque el flujo es engorroso entre el nivel central y los establecimientos de nivel local	No	Inicialmente, no, pero posteriormente, sí	No disponible	No disponible	El reembolso tarda hasta 8 meses, puesto que necesita la aprobación de Harare.
Indonesia	Inicialmente, no, pero posteriormente, sí	No	Los centros de salud pueden conservar hasta el 25% de los ingresos; el saldo se distribuye con la asignación presupuestaria de la provincia.	No disponible	No disponible	Retrasos en la compensación
Tailandia	Sí	No	Sí	Sí	La compensación es inferior a las tarifas recibidas de los pacientes que pagan (asegurados y no asegurados)	No disponible

Chile	Sí: Las tarifas pagadas correspondientes a los pacientes exentos son iguales a las tarifas pagadas correspondientes a los pacientes asegurados	No explícita	Sí: pero las asignaciones presupuestarias extraordinarias consideran tarifas al usuario cobradas en el establecimiento	No	Las tarifas pagadas correspondientes a los pacientes exentos son iguales a las tarifas pagadas correspondientes a los pacientes asegurados en el sistema público. Al proveedor le es indiferente atender a pacientes pobres o no pobres.	No disponible
-------	--	--------------	--	----	--	---------------

4.4 Características de diseño y aplicación que influyen en la demanda de exenciones y liberaciones de pago

(a) Difusión de políticas y mecanismos de protección en favor de los pobres

La falta de conocimiento sobre los mecanismos de protección por parte del personal de salud y de los posibles beneficiarios es un problema recurrente en la mayor parte de los países, con la excepción de Chile, donde los pobres son seleccionados por los establecimientos públicos mediante un procedimiento ad-hoc, en caso de que no hayan sido identificados con anterioridad. La subcobertura será un problema constante si los pobres ignoran que reúnen los requisitos para recibir atención gratuita o subsidiada y si en los establecimientos de salud no saben a quién liberar de pago.

En Ghana, por ejemplo, la mayor parte de los posibles beneficiarios no sabía o estaba mal informado acerca de las exenciones y liberaciones de pago. Además, los establecimientos de salud no estaban interesados en difundir información sobre exenciones y liberaciones de pago. En Kenya, la mayor parte de los pacientes hospitalizados y ambulatorios desconocía las exenciones y liberaciones de pago. En Zimbabue, muchos de los pobres no habían solicitado las exenciones debido a que no sabían de la posibilidad de obtenerlas a través del Fondo de Desarrollo Social. En Indonesia, ni los pobres ni los establecimientos de salud sabían que la tarjeta de salud facultaba oficialmente al titular para recibir servicios de atención primaria gratuitos y remisiones gratuitas. El problema de la difusión de información parece ser especialmente difícil en Indonesia y Tailandia. En Indonesia, la información sobre mecanismos de protección se origina a nivel provincial y debe desplazarse hasta los distritos, subdistritos, aldeas y subaldeas y, por último, a los establecimientos de salud y a la población beneficiaria. En Tailandia, la falta de información se consideraba un obstáculo importante para la cobertura de los más pobres, lo cual originó una serie de importantes cambios en la política de difusión. En consecuencia, se le asignó al jefe de la aldea un papel más proactivo en el procedimiento de postulación. Además, en muchos países (por ejemplo, Indonesia) el personal de salud rara vez estaba capacitado para otorgar liberaciones de pago y exenciones. La siguiente afirmación de Gibbons (1995) ilustra este punto:

El personal de los centros de salud y subcentros de salud no recibió capacitación formal para explicar la forma de uso e implementación. En la aldea de Lombok Barat, se realizó una reunión con los jefes del centro de salud y el funcionario de salud del distrito. La información entregada en la reunión fue mínima. Después de ésta, los jefes del centro de salud quedaron encargados de capacitar a los trabajadores del subcentro de salud. Esta capacitación de los trabajadores del subcentro de salud consistía en breves conversaciones con el jefe del centro correspondiente. En realidad se realizó muy poca capacitación.

Los países que necesitan implementar mecanismos para mitigar el efecto de las tarifas al usuario en los pobres deben estar conscientes de que la difusión de las políticas no se realiza distribuyendo uno cuantos folletos del gobierno. Una política de difusión sólo será eficaz si los pobres y el personal de salud conocen los mecanismos de protección. Para que esto se lleve a cabo, se pueden realizar algunas recomendaciones generales:

- ?? Usar diferentes medios de comunicación (periódicos, radio, televisión, información casa por casa, reuniones en las aldeas, escuelas) para difundir información sobre los mecanismos de protección
- ?? Adaptar los mecanismos de difusión según las características especiales de los pobres. Por ejemplo, tomar en cuenta que en general, los pobres viven en lugares alejados, tienen menos acceso a los medios formales de comunicación, tienden a tener menos instrucción y trabajan por jornadas más largas.
- ?? Introducir la rendición de cuentas en la política de difusión. Por ejemplo, hacer que los

jefes de las aldeas se responsabilicen por la difusión de la información y evaluar el desempeño de los funcionarios al respecto.

Cuadro 31 Exenciones y liberaciones de pago en los países de los estudios de casos: Resumen de características del diseño y aplicación de la demanda y de los esfuerzos de seguimiento y evaluación

Característica? ?	Características del diseño y aplicación de la demanda						
	País	Difusión de información	Costos de acceso al sistema de liberaciones de pago	Importancia social del estigma	Discriminación de los liberados de pago	Accesibilidad a los servicios subsidiados sin liberación de pago formal	Existencia de proveedores alternativos
Kenya	La mayor parte de los posibles beneficiarios no sabe de las liberaciones de pago	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible	No	
Camboya	Varía. Actualmente, el Fondo de Capital de Sotnikum está promoviendo el plan, pero con cautela, para mantenerse sostenible	No son altos	Importante de acuerdo con la información de los hechos	No	No	No es adecuada	
Ghana	La mayor parte de los posibles beneficiarios no sabe de las liberaciones de pago, el personal de salud no está bien informado sobre las categorías de liberación de pago	No disponible	No disponible	No disponible	No disponible		
Zimbabwe	Cerca del 50% de la población nunca ha oído sobre la política de exenciones	La información de que los costos de participación son altos podrían disuadir la demanda	Información empírica	No disponible	No disponible		
Indonesia	Datos de que los posibles beneficiarios a menudo desconocen las liberaciones de pago y el personal de salud no conoce bien la política	Sí: Información empírica de que los costos de participación pueden disuadir la demanda	No disponible	No disponible	No disponible		
Tailandia	Los problemas revelaron que los pobres tienen dificultades para acceder a información sobre la tarjeta de salud	No disponible	Sí: Información empírica	Sí: Información empírica			
Chile	No disponible	No	No disponible	No			

- ?? Asegurarse de que no existen incentivos importantes para ocultar información sobre los mecanismos de protección. Como se ha demostrado anteriormente, los efectos negativos de los mecanismos de protección en los ingresos del personal y los establecimientos podrían constituir un importante obstáculo incluso para la política de difusión más sofisticada. Este punto ilustra claramente la fuerte relación que existe entre muchos de los principales problemas de aplicación relacionados con la ejecución de los mecanismos de protección para los pobres.
- ?? Cuando se implementa el proceso de manera descendente (del nivel nacional al nivel local), se deben crear instancias de conversación y aclaración entre los funcionarios de diferentes niveles sobre cómo poner en práctica el proceso, y esto no se debe limitar a la distribución física de circulares del gobierno.

4.5 Conclusión

Diferentes países han intentado diversos enfoques con respecto a las exenciones y liberaciones de pago para los servicios de salud. Los que han diseñado e implementado cuidadosamente sistemas de exención (por ejemplo, Tailandia e Indonesia) han logrado mucho más éxito en términos de la incidencia de los beneficios que los países que han improvisado tales sistemas (Ghana, Kenya, Zimbabwe). La clave para el éxito de un sistema de exenciones es su financiamiento. Los sistemas que compensan a los proveedores por los ingresos no percibidos por otorgar exenciones (Tailandia, Indonesia y Camboya) han tenido más éxito que los que esperan que el proveedor absorba el costo de las exenciones (Kenya). Cuando existen sistemas de exenciones, los resultados mejorarán oportunamente con el reembolso. Entre otros factores de éxito, se incluyen la divulgación generalizada de información entre los posibles beneficiarios acerca de la disponibilidad y los procedimientos de exención; el otorgamiento de apoyo financiero a los pacientes pobres para los costos de la atención no relacionados con las tarifas, como alimentos y transporte (como en Camboya); y la existencia de criterios claros para la concesión de exenciones, reduciendo así la confusión y la ambigüedad entre los responsables de administrar el sistema y entre los posibles beneficiarios. Los que enfrentan la tarea de adoptar un sistema de exenciones enfrentan varias opciones de diseño. Estas incluyen, entre otras, las siguientes: ¿se deben otorgar las exenciones a grupos completos o sobre la base de la focalización individual (el análisis concluye que la mayoría de los sistemas se basa en lo último)? ¿Las exenciones o liberaciones de pago deben ser permanentes o temporales? ¿Con qué frecuencia se debe reevaluar la elegibilidad? ¿Se debe determinar ex-ante la elegibilidad para las exenciones en el hogar o cuando los individuos buscan atención en los establecimientos? El análisis examina diversos enfoques aplicados por los países, pero es difícil evaluar sus ventajas prácticas en términos relativos, puesto que los datos se encuentran diseminados y son variados.

Bibliografía

- Abel Smith, B. 1993. "Financing Health Services in Developing Countries: The Options." NU News on Health Care in Developing Countries, Vol. 7.
- APHEN (Asia-Pacific Health Economics Network), 2001, The Universal Coverage Policy of Thailand: An Introduction, descargar en: http://www.unescap.org/aphen/thailand_universal_coverage.htm
- Appleton S, 2001, User fees, expenditure rationalization and voucher systems in education in G.Mwabu, C Ugaz and G. White (ed.) New Patterns of Social Provision in Low Income Countries, Oxford University Press, en preparación.
- Appleton S, Education and Health at the Household Level in Sub-Saharan Africa, 2000, Documento de trabajo de CID 33, enero de 2000, Harvard University Center for International Development at Harvard University.
- Ausaid (Australian Government Overseas Aid Program), 2001, The Impact of the Asian Financial Crisis on the Health Sector in Indonesia. Descargar en: <http://www.ausaid.gov.au/publications/pubout>
- Atkinson, A., and J. Stiglitz. 1980. Lectures on Public Economics. McGraw-Hill Book Company, New York, New York.
- Banco Mundial, 1995, Best Practice example of overall assessment, Annex 3.a. of Malawi: primary Education Project, en.
- Banco Mundial. 1997. Health, Nutrition, and Population Sector Strategy Paper. Washington, D.C.
- Banco Mundial, 1998a, The Impact of World Bank Support to the HNP Sector in Zimbabwe, Sector and Thematic Evaluations Group Operations Evaluation Department
- Banco Mundial. 1998b. HNP Poverty Thematic Group. Report on the seminar protecting the poor from increased user charges in government health facilities. Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2000. Health Strategy in a Post-Crisis. The World Bank Human Development Sector Unit East Asia and Pacific Region 17 de noviembre de 2000, Informe N° 21318-IND.
- Banco Mundial. 2001a. <http://www.worldbank.org/html/extdr/pb/pbpoverty.htm>.
- Banco Mundial. 2001b. Morocco Health Financing Brief (Borrador).
- Barnum, H., J.Kutzin, and H. Saxenian. 1995. "Incentives and Provider Payment Methods." HRO Cos de trabajo N° 51. Banco Mundial. Washington, D.C.
- Bennet S. y L. Gilson. 2000. "Which Financing mechanisms are pro-poor?," DFID Issue Paper Health Systems Resource Centre. Londres.
- Bitrán R, y C. Muñoz, 2000, Targeting Methodologies: Conceptual Approach and Analysis of Experiences, LAC-HSR N° 45, Washington.
- Bitrán R, y otros, 2000, Equity in the financing of social security for health in Chile, Health Policy 50, págs. 171-196, Elsevier Science Ireland Ltda.
- Bitrán, R. 2002. "Protecting the Poor under Cost Recovery for Health Care in Cambodia." Bitrán y Asociados para el Banco Mundial.
- Boletín SMERU 2000, Health services during the crises, semru newletter, no 09, enero-abril de 2000, SMERU research institute. Descargar en: <http://www.smeru.or.id/>
- Cameron L, 2000, The Impact of the Indonesian Financial Crisis on Children: An Analysis Using the 100 Villages Data., Dept of Economics University of Melbourne , Australia. Descargar en: www.ecom.unimelb.edu.au/ecowww/lcameron/papers/unicefv02.pdf

- Charoenparij Sriracha, y otros, 1999, Health Financing in Thailand: Final Integrated Report Thailand: Health Management and Financing Study Project, ADB No. 2997-THA, Management Sciences for Health (MSH), Boston.
- Coleman N.A, 1997, The Uneven implementation of user fee policy in Ghana, Research Paper, Harvard School of Public Health, Boston. Descargar en: <http://www.hsph.harvard.edu/takemi/Research%20papers.htm>
- Dercon Stefan Ruttens Christel, 1998, Cost recovery in health care in Africa: a Review of the Principles and Effect on the Poor.
- Dayl Donaldson,, Supasit Pannarunothai, Viroj Tangcharoensathien, 1999, Health Financing In Thailand Summary Review And Proposed Reforms, Management Sciences for Health, Health Systems Research Institute, Ministerio de Salud Pública.
- Diop F, Yazbeck A, Bitrán R. 1995. The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning*, 10 (3): págs. 223-240.
- Dror, D. y A.S. Preker. 2002. Eds. Social Re-Insurance: A new Approach to Sustainable Community Health Financing. Washington: Banco Mundial/OIT.
- EDI (Economic Development Institute of The World Bank), 1996, Sustainable Health care Financing in Southern Africa, Papers from an EDI Health Policy Seminar Held in Johannesburg, South Africa, junio de 1996, Descargar en: <http://www.worldbank.org/healthreform/library/sa/shaw.pdf>
- Ensor T, 1996, Access and Payment for Health Care: The Poor of Northern Vietnam, *The International Journal of Health Planning and management*, Vol 11, edición 1, 1996.
- Garshong B, Ansah E, Dakpallah G, Hujits I, Adjei S, 2001, A study on factors affecting the implementation of the exemptions policy in Ghana,, Health Research Unit, Moh, Danida, Ghana.
- Gertler, P. y J. Hammer. 1997. "Financing and Allocating Public Expenditure in the Health Sector." Draft (January 1). Haas School of Business and School of Public Health, University of California at Berkeley, and Public Economics Division of the World Bank.
- Gertler P, Locay Luis, Sanderson W, julio de 1987, Are user fees regressive? The welfare implication of health care financing proposals in Peru. Documentos de trabajo de NBER 2299.
- Gibbons Donna M, octubre de 1995, Equity and coverage of Health Care Provision in Indonesia, The Kartu Sehat Program, Basics, USAID.
- Giedion, U., R. Bitrán, R. Muñoz. 2002. Evaluation of the Surinamese MSA Health Card System. Bitrán y Asociados y DAH Associates, for Suriname's Ministry of Health and the Inter-American Development Bank.
- Gilson L. y otros, 1998, Exempting the Poor: A Review and Evaluation of the Low Income Card Scheme in Thailand, PHP Departmental Publication No. 30, ISSN 0926-6115, Department of Public Health & Policy, London School of Tropical Medicine.
- Gilson, L. y S. Russell. 1994. "Can Fees Recover Costs?" *Health Action*, Edición 9.
- Grosh, M. (ed). 1992a. "From Platitudes to Practice: Targeting Social Programs in Latin America: Volume II, Case Studies," *Latin America and the Caribbean Technical Department Report N° 21*. Banco Mundial. Washington. D.C.
- Grosh, M. 1995. "Toward Quantifying the Trade-Off: Administrative Costs and Incidence of Targeted Programs in Latin America." In Van de Walle, D. and K. Nead (eds.). 1995. *Public Spending and the Poor. Theory and Evidence*. The Johns Hopkins University Press para el Banco Mundial.
- Grupo de Estudio de la Organización Mundial de la Salud. 1993. Evaluation of Recent Changes in the Financing of Health Services. Serie de Informes Técnicos de la OMS 829. OMS, Ginebra.

- Gwatkin D, 2000, The Current State of Knowledge about Targeting Health Programs to Reach the Poor .
- Hongoro C, Chandiwana S (1994) Effects of User Fees on Health Care in Zimbabwe, Blair Laboratory / MoHCW, mimeografía, Harare, 1994 (*citado en Loewinson, 2000*)
- Illiff, Peter, 1995, Health for Whom? Mother and Child Care in Times of Aids, Poverty and ESAP, Mambo Press: Gweru, Zimbabwe (*citado en Banco Mundial., 1998a*)
- IPAR Policy Brief No 1, 1999, Effectiveness of Waivers and Exemptions in Addressing the Equity Objective: Lessons From Selected Facilities en: www.ipar.or.ke/health1.htm.
- Hardeman, W. 2001. "Considering equity in health sector reform. Case study of a New Deal in Sotnikum, Cambodia. Manuscrito presentado para la tesis final para obtener el grado de Master of Arts in Politics anof Alternative Development Strategies, La Haya.
- Leighton Ch, Diop F, Abt Associates Inc, 1995, , Protecting the Poor in Africa, Impact of Means testing on equity in the health sector in Burkina Faso, Niger and Senegal. Nota técnica 40, proyecto PHR
- Leighton, Abt, 1995, 22 Policy Questions about Health Care Financing in Africa, USAID. En: <http://www.usaid.gov/regions/afr/hhraa/questions/eng1.pdf>
- Lennock, J., 1994, Paying for Health, Poverty and Structural Adjustment in Zimbabwe, Oxfam (Reino Unido e Irlanda), Oxford.
- Lewis, M. 2001. "Excerpts from Who is Paying for Health Care in Eastern Europe and Central Asia?." Human Development Sector Unit, Europe and Central Asia Region, Banco Mundial, Washington, D.C.
- Litvack, J.I., Bodart, C. 1993. "User Fees Plus Quality Equals Improved Access to Health Care: Results of a Field Experiment in Cameroon", Social Science and Medicine, Vol. 37, Nº 3, págs. 369-83.
- Loewenson Rene, 2000, Putting your money where your mouth is: participation in mobilizing and allocating health resources, Training and Research Support Centre, Harare, Zimbabwe. Descargar en: www.tarsc.org/docs/respart.pdf
- Ministerio de Salud de Zimbabwe, 1995, Study on the Effects and Impact of Hospital User Charges on Health Care Delivery in Zimbabwe. Ministry of Health and Child Welfare. Mimeografía. Citado por Harare en Banco Mundial 1998a.
- Moses S y otros, 1992. Impact of user fees on attendance at a referral centre for sexually transmitted diseases in Kenya. Lancet 340: págs. 463–466
- Newbrander W, Collins D, Gilson L, 2000, Ensuring Equal Access to Health Services, User fee systems and the poor, MSH..
- Newbrander W, Njau M, Auma C, 1995, Equity and Coverage of Health Care Provision in Kenya, Basics-USAID en <http://basics.org/Publications/Kenya/>
- Nolan B., Turbat V, 1995, Cost Recovery in Public Health Services in Sub-Saharan Africa, EDI Technical Material, Banco Mundial
- National Economic Social Development Board (NESDB), 2000, Social Sector Program Loan, Health Finance and Management Technical Assistance, Health Management and Financing Final Integrated Report. En: http://www.nesdb.go.th/Main_menu/Hum_soc/data/human_soc_e/hfmopen/HFM-VIEW.htm
- Nyonator F, Diamenu S, Amedo E, Eleeza J, 1996, Caring for the Health of the Poor-Policy versus Implementation. A baseline Evaluation of Exemption practices within Health Facilities in the Volta Region of Ghana, Volta Regional Health Administration , Ghana. Descargar en: <http://www.danida-health->

- Nyonator, , Joseph Kutzin, 1997:Health for Some? The Effects of User Fees in the Volta Region of Ghana”, Volta Regional Health Administration Volta Ghana. Descargar en <http://www.danida-health->
- Osuga, B. y E. Nordberg. 1993. Effects of new service charges on attendance at rural health facilities in Kenya. *East African Medical Journal*. 70(10): págs. 627-31.
- Owino W, Abagi O, 2000, Cost sharing in education and health in Kenya, Draft, Desk study commissioned by the Department for International Development (DFID)-Eastern Africa, Institute of Policy Analysis and Research Nairobi, Kenya.
- Owino W, Were M, 1999, Enhancing Access to Health Care Among Vulnerable Groups: The Questions of Waivers and Exemptions, Discussion Paper No. 14/99. Institute of Policy Analysis and Research, Nairobi, Kenya. Descargar resumen en: <http://www.ipar.or.ke>
- Owino, W, 1998, Public Health Sector Pricing Practices , Documento de trabajo N° 13/98 Institute of Policy Analysis and Research, Nairobi, Kenya. Resumen en: <http://www.ipar.or.ke>
- Pannarunothai S, Mills A. 1997, The poor pay more: health related inequality in Thailand. *Soc Sci Med* 1997;44: págs. 1781-90.
- Preker, A.S. En preparación. Ed. Health Care Financing for Rural and Low-Income Populations: The Role of Communities in Resource Mobilization and Risk Sharing. Washington: Banco Mundial.
- Reddy Sanjay, Vandemoortele, 1996, User financing of Basic Social Services, Unicef Staff Working Papers, Evaluation, Policy and Planning Series, Unicef, .
- Saddah F, Menno Pradhan, Robert Sparrow, 2001, The effectiveness of the Health Card as an instrument to ensure access to medical care for the poor during the crisis, World Bank.
- Saprin, 2001, Impact of SAP on availability of and access to health care. Draft. Descargar en: http://www.saprin.org/ghana/research/gha_health.pdf
- Sedlacek G, Ilahi N, Gustafsson-Wright E, 2000, Targeted Conditional Transfer Programs in Latin America: An Early Survey, Paper prepared for the Regional Study: Securing our Future, Oficina del Economista Principal, Región de América Latina y el Caribe. Banco Mundial.
- Sen, A. 1995. “The Political Economy of Targeting.” In van de Walle, D. and K. Nead (eds.) 1995. Public Spending and the Poor. Theory and Evidence. A World Bank Book.
- Sriracha Charoenparij, Somsak Chunharas, Dayl Donaldson, Daniel Kraushaar, Supasit Pannorunothai, Sutham Pinjaroen, Supattra Srivanichakorn, Paibul Suriyawongpaisal, Viroj Tangcharoensathien, Aree Valyasevi, 1999, Health Financing in Thailand: Final Integrated Report. MSH
- Suksiriserekul Somchai, 1998, Free medical care for the poor in Thailand: a hit or miss poverty reduction scheme, Number 8, Poverty Alleviation, EDAP JOINT POLICY STUDIE S, Instituto de Desarrollo de Corea, Corea.
- Suksiriserekul Somchai, year?, Thailand, Chapter 3 in: The Poor at Risk: Surviving the Economic Crisis in Southeast Asia, Final Report of the Project Social Safety Net Programs in Selected Southeast Asian Countries, 1997-2000 Prepared by the joint Canada-Southeast Asia Project Team. Centre for Southeast Asian Research, Institute of Asian Research, University of British Columbia. Descargar en: <http://www.iar.ubc.ca/centres/csear/SSN/TOC.htm>
- Sumarto S, Suryahadi A, 2001, Principles and Approaches to Targeting. Documento de trabajo de Smeru
- Tangcharoensathien V, 2001, Universal Coverage: Experience from Thailand, Regional Consultation and Technical Workshop on Health Systems Performance Assessment, New Delhi, Inidca, 18-21 de junio, OMS. En: <http://w3.whosea.org/hspa/presDrViroj20.htm>
- The Nation, 2002, Baht-30 Healthcare, Is It Succeeding?, Edición especial, 17 , 18, 19 de abril, descargar en: http://www.nationmultimedia.com/specials/30bt/170402_1.shtml

- Terence H. Hull Paper Alleviating Poverty: Conundrums of Planning, Administration and Governance, 1999, Demography Program, Australian National University
- USAID, 1998, Selección de datos económicos y sociales de América Latina y el Caribe, descargar en: <http://lanic.utexas.edu/la/region/aid/aid98/poverty/tab5.html>
- Watkins K, 1997, Cost-Recovery and equity in the health sector: issues for developing countries, Documento de trabajo, Oxfam..
- Willis C, 1993, Means Testing in Cost Recovery of Health Services in Developing Countries MAR No. 7, PHS Project, 1993.

Apéndice A: ¿Cuáles son los diferentes tipos de mecanismos de focalización?

En los siguientes cuadros, se resumen los diferentes tipos de mecanismos de focalización y sus efectos de incentivos ([Cuadro 1: Mecanismos de focalización específicos del programa y costos económicos](#)) y costos asociados ([Cuadro 2: Comparación de los mecanismos de focalización](#)).⁴⁸

Cuadro A1: Mecanismos de focalización y costos económicos específicos del programa

Programa	Mecanismo de focalización	Nivel de costo económico asociado	Fuente del costo económico	Nivel de filtración
Asistencia social en efectivo	?? Comprobación de medios de vida basada en los ingresos o en alguna variable sustitutiva de ingreso (variable de alta correlación con el ingreso).	?? Alto	?? Según el nivel de transferencia, se altera la oferta de trabajo, los ahorros	?? Moderado - alto
Subsidio familiar	?? Igual que la asistencia social en efectivo, pero también puede estar ligado al tamaño y composición de la familia.	?? Moderado	?? Igual que la asistencia social en efectivo; también puede influir en la fecundidad	?? Moderado - alto
Transferencias de alimentos	?? Subsidio de productos básicos consumidos principalmente por los pobres; se puede mejorar la focalización mediante el empaquetado / comercialización de los productos, de modo que sean atractivos sólo para los pobres; método "productos inferiores". ?? Comprobación de medios de vida para cupones de alimentos. ?? Vincular la distribución a servicios sociales que utilizan principalmente los pobres.	?? Bajo Moderado - alto Bajo	?? La oferta de trabajo y las decisiones de consumo distorsionaron los precios.	?? Bajo - moderado Moderado - alto Bajo
Subsidios para energía	?? Comprobación de medios de vida. ?? Subsidiar las fuentes de energía consumidas por los pobres. ?? Explotar el patrón de consumo de los pobres mediante "tasas mínimas".	?? Moderado - alto	?? El exceso de consumo distorsionó los precios.	?? Alto
Subsidios para la vivienda	?? Comprobación de medios de vida basada en los ingresos o en alguna variable sustitutiva de ingreso (es decir, variable de	?? Alto	?? Los precios distorsionados alteran el	?? Alto

⁴⁸ Los dos cuadros siguientes fueron preparados por el Banco Mundial. Para obtener una referencia completa, ver la dirección Web al final del Cuadro A2:

	alta correlación con el ingreso).		ahorro y el comportamiento de las inversiones.	
Obras públicas	<ul style="list-style-type: none"> ?? Nivel salarial. ?? Forma de sueldo. ?? Ubicación del trabajo. ?? Periodicidad del pago de sueldo (es decir, pago por obra, por hora/por día, suma global) ?? Tipo de trabajo. ?? Duración del empleo. 	?? Bajo - moderado	?? Desplazamiento de la oferta existente de trabajo.	?? Bajo - moderado
Programas de crédito	<ul style="list-style-type: none"> ?? Comunidades, ONG y otros grupos locales identifican a los beneficiarios. ?? Préstamos pequeños con períodos cortos y frecuentes de pago. ?? Comprobación de medios de vida ?? Ligado al seguro de desempleo y/o asistencia social. ?? Autoselección adicional a través de sesiones de asesoría previa y autoevaluaciones 	?? Moderado - alto	?? Se alteran el ahorro, la inversión y la oferta de trabajo.	?? Bajo - moderado

Cuadro A2: Comparación de los mecanismos de focalización

Mecanismo	Ventajas	Desventajas	Recursos administrativos	Circunstancias adecuadas
(0) Entrega universal	?? Simple	?? Filtración alta	?? Mínima	?? Cuando el grupo beneficiario tiene amplias bases
(1) Evaluación individual	??	??	??	??
<i>(a) Comprobación de medios de vida simple</i>	??	??	??	??
<p>Los registros informan sobre los ingresos, tamaño y composición de la familia</p> <p>No se intenta evaluar el ingreso en especies, el ingreso estacional, se consideran ajustes individuales en las necesidades o los medios</p> <p>No hay verificación de ingresos, excepto una visita domiciliaria opcional para verificar la calidad de la vivienda</p>	?? Simplicidad	<p>?? Inexactitud</p> <p>?? Los entrevistados tienen fuertes incentivos para mentir en la información</p>	<p>?? El personal realiza las entrevistas (se pueden efectuar en terreno o en la oficina)</p> <p>?? Registro de datos</p>	<p>?? Elementos de autofocalización y/o focalización geográfica para ayudar a mejorar la exactitud</p> <p>?? Niveles bajos de beneficios, de modo que los costos administrativos absolutos también deben ser bajos</p>
<i>(a) Comprobación de medios de vida sofisticada</i>	??	??	??	??
<p>Se ajusta el ingreso familiar de acuerdo con el tamaño de la familia, la estacionalidad, los costos de los principales artículos, como la vivienda, matrícula universitaria, principales gastos médicos</p> <p>Requiere la verificación de la información realizada por tres partes o solicitando a los candidatos que presenten liquidaciones de sueldo, registros de impuestos, recibos</p>	?? Exactitud	<p>?? Costos administrativos más altos</p> <p>?? Es posible que la verificación sólo funcione para los solicitantes alfabetizados del sector formal</p>	<p>?? El personal realiza entrevistas más prolongadas</p> <p>?? Tiempo del personal para verificar la información</p> <p>?? Registro de datos detallado</p>	<p>?? Niveles de beneficios altos (préstamos estudiantiles, subsidios para la vivienda, importantes beneficios en efectivo)</p> <p>?? Grupo de</p>

				solicitantes alfabetizados y del sector formal
<i>(c) Comprobación sustitutiva de medios de vida</i>				
<p>Calcula en forma objetiva las puntuaciones resumidas de las necesidades basándose en una serie de variables que pueden incluir las características y la ubicación de la vivienda, la estructura familiar, ocupación, instrucción, género del jefe de hogar, propiedad de bienes durables</p> <p>Los entrevistadores o la computadora pueden realizar el cálculo del índice</p>	<p>?? Algoritmo uniforme sistemático para ponderar las variables</p> <p>?? Para el solicitante no está claro cómo mentir en forma eficaz</p> <p>?? Obtiene el ingreso permanente sin tener que realizar ajustes por el ingreso estacional o en especies</p> <p>?? Se evita el problema de las altas tasas marginales de impuestos</p>	<p>?? Requiere una entrevista más prolongada que la comprobación de medios de vida simple</p> <p>?? El algoritmo de ponderación es inflexible, es posible que no detecte circunstancias especiales, como enfermedades catastróficas, desastres naturales</p> <p>?? Es posible que los solicitantes perciban que el sistema es arbitrario</p>	<p>?? El personal realiza las entrevistas (se pueden efectuar en terreno o en la oficina)</p> <p>?? Registro de datos detallado</p> <p>?? La opción computarizada requiere una capacidad para ingresar datos, algunas veces, a nivel local</p> <p>?? Se puede centralizar el diseño de software</p> <p>?? Trabajo analítico previo y actualizaciones periódicas para establecer variables y ponderaciones</p>	<p>?? Aplicable a nivel general</p> <p>?? Especialmente útil cuando:</p> <p>?? (a) se deben destinar amplios niveles de beneficios en el grupo de candidatos de analfabetos y del sector informal y</p> <p>?? (b) el acceso a la infraestructura básica es tan extenso que no distingue muy bien las necesidades en las evaluaciones menos detalladas</p>
<i>(d) Evaluación del asistente social</i>	??	??	??	??
<p>Evalúa en forma subjetiva el mismo tipo de información que se usa en la comprobación sustitutiva de medios de vida</p>	<p>?? Puede detectar circunstancias especiales</p>	<p>?? Es difícil garantizar la uniformidad y la coherencia</p> <p>?? Registros mixtos en la práctica</p>	<p>?? El personal realiza las entrevistas</p> <p>?? Registro de datos</p>	<p>?? Aplicable a nivel general</p>

		?? Es posible que los solicitantes perciban que el sistema admite el favoritismo y el tráfico de influencias		
<i>(e) Nivel nutricional</i>				
<p>Peso por edad</p> <p>Crecimiento frenado</p> <p>Riesgo nutricional que se desprende del historial de fecundidad materna, el historial de salud de los hermanos, la familia</p> <p>Características socioeconómicas</p>	<p>?? Objetiva, verificable, indicación exacta de la necesidad</p> <p>?? Enfoque más preventivo, detecta los problemas en forma más anticipada</p> <p>?? Enfoque preventivo</p>	<p>?? Orientación curativa, espera a que el niño esté desnutrido antes de intervenir</p> <p>?? Los estándares pueden ser controvertidos</p> <p>?? Los resultados son muy sensibles a la inexactitud en el peso y registro y en el estado de hidratación infantil</p> <p>?? Agrega nuevas exigencias de información en los servicios de salud</p>	<p>?? Capacidad de control del crecimiento</p> <p>?? Alta exactitud en la capacidad de control del crecimiento</p> <p>?? Estudios previos para determinar los factores de riesgo y sus ponderaciones</p> <p>?? Capacitación para el personal médico en un proceso con el cual no está familiarizado</p>	<p>?? Desnutrición generalizada</p> <p>?? Forma parte del paquete de salud preventiva bien consolidado</p> <p>?? Forma parte del paquete de salud bien consolidado</p>
(2) Categórico (Focalización grupal)				
<p>Por región (es decir, distrito)</p> <p>Características individuales (es decir, estudiantes, embarazadas)</p>	<p>?? Simple</p>	<p>?? Inexacto, a menos que se vincule con otros criterios, puede producir alta filtración; no detecta circunstancias especiales</p>	<p>??</p>	<p>?? Pobreza muy concentrada a nivel regional o estrechamente relacionada con características individuales específicas</p>

(3) Autofocalización y (4) Focalización por tipo de servicio	??	??	??	??
Obras públicas; forma de salario, tipo de trabajo Programas de crédito (es decir, proporción de las exigencias de capacitación en crédito) En especies; bienes subsidiados o forma de bien / patrón de consumo específico para los pobres	?? Simple ?? Bajo costo ?? Filtración baja	?? Puede tener altos costos administrativos	?? Análisis de comercialización para determinar los patrones de consumo de los pobres	?? Cuando existe una delimitación clara de los patrones de consumo entre los pobres y no pobres

Fuente: Adaptado de *Administering Targeted Social Programs in Latin America y Uzbekistan Adjusting Social Protection*, Banco Mundial, 1994.