



45

Focalización en la Salud:
Conceptos y Análisis de
Experiencias

Focalización en la Salud: Conceptos y Análisis de Experiencias

Ricardo Bitrán, Ph. D.
Bitrán y Asociados

Claudia Muñoz, MGPP
Bitrán y Asociados

Setiembre del 2000

Esta publicación fue producida por la Colaboración para la Reforma de la Salud (Partnerships for Health Reform [PHR]) financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (United States Agency for International Development [USAID]) bajo el contrato no. HRN-C-00-95-00024, en colaboración con la Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe, financiado por USAID bajo el contrato no. HRN-5974-C-00-5024-00. Las opiniones vertidas en este documento pertenecen a los autores y no reflejan necesariamente la opinión de USAID.

INDICE

INDICE.....	iii
SIGLAS.....	iv
1. Introduccion	1
1.1 La iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe	1
1.2 Focalización en Salud.....	1
2. ¿Por Qué los Gobiernos Invierten en el Sector Salud y Cómo lo Hacen?.....	2
2.1 ¿Qué motiva el gasto público en salud?	2
2.2 Provisión universal: ventajas y desventajas	3
2.3 Focalización como alternativa a la provisión universal.....	4
2.4 Focalización y equidad	5
2.5 Subsidios a la oferta y a la demanda	6
3. Nociones de Focalización	8
3.1 ¿Qué es la focalización?	8
3.2 Análisis de incidencia: ¿Quién se beneficia y quién paga?.....	9
3.3 ¿Cuán buena es la focalización en el sector salud en los países en desarrollo?	10
3.4 Herramientas de focalización	12
3.5 La prueba de medios y la focalización	14
3.6 Errores y precisión de la focalización	15
3.7 Costos de la focalización	15
3.8 Relación entre precisión y costo: eficiencia de la focalización	16
3.9 Comparación de mecanismos de focalización.....	17
3.10 La Economía Política de la Focalización.....	19
4. Experiencias en Focalización.....	21
4.1 Bonos alimentarios para madres y niños en Honduras.....	21
4.2 Focalización en el sistema de salud público chileno	22
4.3 Focalización de subsidios públicos en la reforma de salud colombiana.....	24
4.4 Evidencia sobre 30 programas sociales de América Latina y el Caribe	25
5. Conclusiones	28
PUBLICATIONS OF THE REGIONAL INITIATIVE OF HEALTH SECTOR REFORM FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN	29

SIGLAS

Lista de siglas en orden alfabético.

DDM	Data for Decision Making
FPMD	Family Planning Management Development
LAC	Latin America and the Caribbean
PAHO	Pan American Health Organization
PHR	Partnerships for Health Reform
USAID	United States Agency for International Development

1. INTRODUCCION

1.1 LA INICIATIVA REGIONAL DE REFORMA DEL SECTOR DE LA SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

La Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC/RSS) es un proyecto quinquenal (1997–2002) para promover una entrega equitativa y eficiente de servicios de salud a través de la creación de una red de ayuda regional. La Iniciativa LAC/RSS es un proyecto conjunto de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la Agencia de los EE.UU. para el Desarrollo Internacional (USAID) y los proyectos de la USAID Colaboración para la Reforma de la Salud (*Partnerships for Health Reform [PHR] Project*), *Data for Decision Making* (Información para la Toma de Decisiones) y *Family Planning Management Development* (Desarrollo de la Gestión de Planificación Familiar). La Iniciativa financia actividades de ayuda regional por un monto máximo total de hasta US\$10,2 millones. Los países beneficiarios son Bolivia, Brasil, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Paraguay y Perú.

La Iniciativa LAC/RSS se centra en cuatro áreas estratégicas clave:

- ? La creación, pruebas y divulgación de metodologías y herramientas para el análisis, concepción, puesta en práctica y supervisión de las reformas nacionales del sector salud, con el objetivo de mejorar la interacción entre el sector público, privado y las organizaciones no gubernamentales (ONG), reforzar las decisiones financieras a nivel de salud y perfeccionar el análisis y la planificación de las políticas.
- ? La obtención, procesamiento y divulgación de la información sobre proyectos nacionales de reforma de la salud, como asimismo velar por la disponibilidad general de esta información a través de un centro electrónico de recursos, una serie de boletines temáticos, un centro de intercambio de información de estudios sobre la reforma de la salud y una red electrónica.
- ? El seguimiento de los procesos y resultados de la reforma, como asimismo un acceso equitativo a los servicios básicos de salud mediante la creación y puesta en práctica de herramientas, además de divulgar la información obtenida entre los países, donantes y otros asociados.

Ayudar a los países para que compartan sus experiencias y asistencia a través de conferencias y talleres regionales, vínculos institucionales, un foro regional para los investigadores y giras de estudio.

1.2 FOCALIZACIÓN EN SALUD

En años recientes ha habido un interés creciente por parte de gobiernos y agencias internacionales por mejorar la equidad en el sector salud en los países de América Latina y el

Caribe y en otros países en desarrollo. El propósito último de las políticas orientadas a mejorar la equidad es facilitar el acceso de las personas de bajos ingresos a servicios de salud de buena calidad, para así contribuir a reducir brechas en el estado de salud entre pobres y no pobres.

La focalización de los subsidios públicos para salud constituye una de las políticas centrales disponibles para mejorar la equidad en el sector. Sin embargo, el concepto y las técnicas de focalización han sido poco usados por los gobiernos, en parte tal vez porque aún son mal comprendidos o algo desconocidos.

El propósito de este documento es divulgar conceptos relacionados con la focalización entre profesionales responsables de formular e implantar políticas en el sector salud en la región. Los conceptos que aquí se presentan son ilustrados con casos y ejemplos concretos. Se espera que una mayor comprensión de las ideas aquí contenidas contribuirá a reforzar el conocimiento de quienes toman decisiones de políticas en salud. Ello, a su vez, debiera facilitar el proceso de formulación de acciones tendientes a mejorar la equidad en salud.

2. ¿POR QUÉ LOS GOBIERNOS INVIERTEN EN EL SECTOR SALUD Y CÓMO LO HACEN?

2.1 ¿QUÉ MOTIVA EL GASTO PÚBLICO EN SALUD?

Respondiendo a principios económicos y morales, la mayoría de los gobiernos del mundo juega un papel importante en el financiamiento de los servicios de salud. Estos principios se resumen a continuación.

Financiamiento de los bienes públicos de salud. Se las conoce como bienes públicos porque se benefician a todos los miembros de la comunidad o solo a miembros de una comunidad específica. Se las produce a través de campañas de difusión, como por ejemplo la promoción de hábitos de higiene o de prácticas

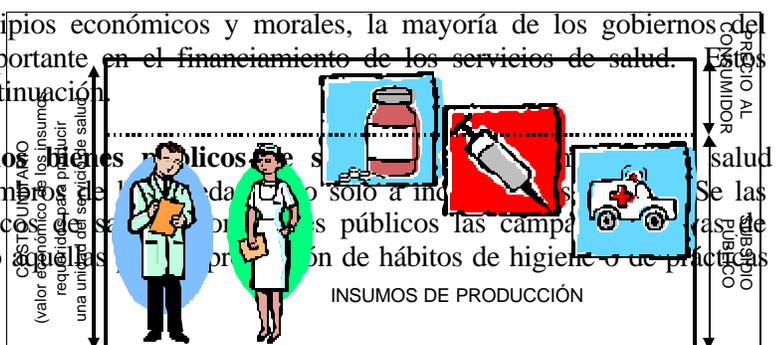


FIGURA 1. ¿Qué es un subsidio público para la salud?

sexuales saludables, o los programas de fumigación aérea para destruir vectores infecciosos. Sin un financiamiento gubernamental adecuado, el monto de recursos financieros privados sería insuficiente o inexistente para estos servicios y por lo tanto su nivel de provisión sería bajo o nulo. Al destinar fondos para financiar estas atenciones, el gobierno garantiza que el nivel de provisión sea apropiado, lo cual beneficia a la sociedad en su conjunto. El financiamiento gubernamental de bienes públicos obedece a consideraciones de *eficiencia económica*.

Financiamiento de los bienes privados de salud. Otras atenciones de salud benefician solamente o principalmente al paciente y no a la sociedad. A éstas atenciones se las conoce como *bienes privados de salud*. Ejemplos de bienes privados incluyen muchos medicamentos (por ejemplo la aspirina o las drogas usadas en la quimioterapia del cáncer) y un gran número de atenciones curativas y preventivas otorgadas en los niveles ambulatorio y hospitalario (el control del embarazo y la apendectomía). Puesto que algunas de estas atenciones tienen un alto costo de producción, no son económicamente accesibles para las personas de bajos recursos. Si el gobierno no destinara fondos para financiar esas atenciones, muchos pobres serían incapaces de comprar dichos servicios con recursos propios, lo cual redundaría en un deterioro de su estado de salud. La mayoría de los gobiernos opta por financiar o *subsidiar* (ver Cuadro 1), en forma parcial o total, ciertos bienes privados de salud para el beneficio de los pobres. Ello responde a consideraciones de justicia social, o de *equidad*.

2.2 PROVISIÓN UNIVERSAL: VENTAJAS Y DESVENTAJAS

¿Cómo lograr que los fondos que el gobierno destina al financiamiento de los servicios de salud para los pobres lleguen a su destino? En el caso de los bienes públicos de salud, este problema no se plantea pues dichos bienes se caracterizan por beneficiar a toda la sociedad, pobres y no pobres por igual. Para los bienes privados, el asunto es más complejo y se presentan opciones.

Una primera opción es que el gobierno ponga a disposición de todos los miembros de la sociedad, sin distinción alguna, los bienes privados de salud que este subsidia. Un ejemplo de esta política fuera del ámbito de la salud es la fijación del precio del pan por debajo del costo, como lo han hecho muchos gobiernos del mundo en períodos de crisis económicas. Todo ciudadano, cualquiera sea su nivel de ingresos, puede comprar el pan a un precio subsidiado. A esta medida se la conoce como un *subsidio general de precios, o provisión universal*. En el ámbito de la salud, la oferta gratuita o a precios subsidiados de servicios de salud a todos los ciudadanos en establecimientos públicos (por ejemplo en centros de salud y hospitales del ministerio de salud) constituye una política de provisión universal.

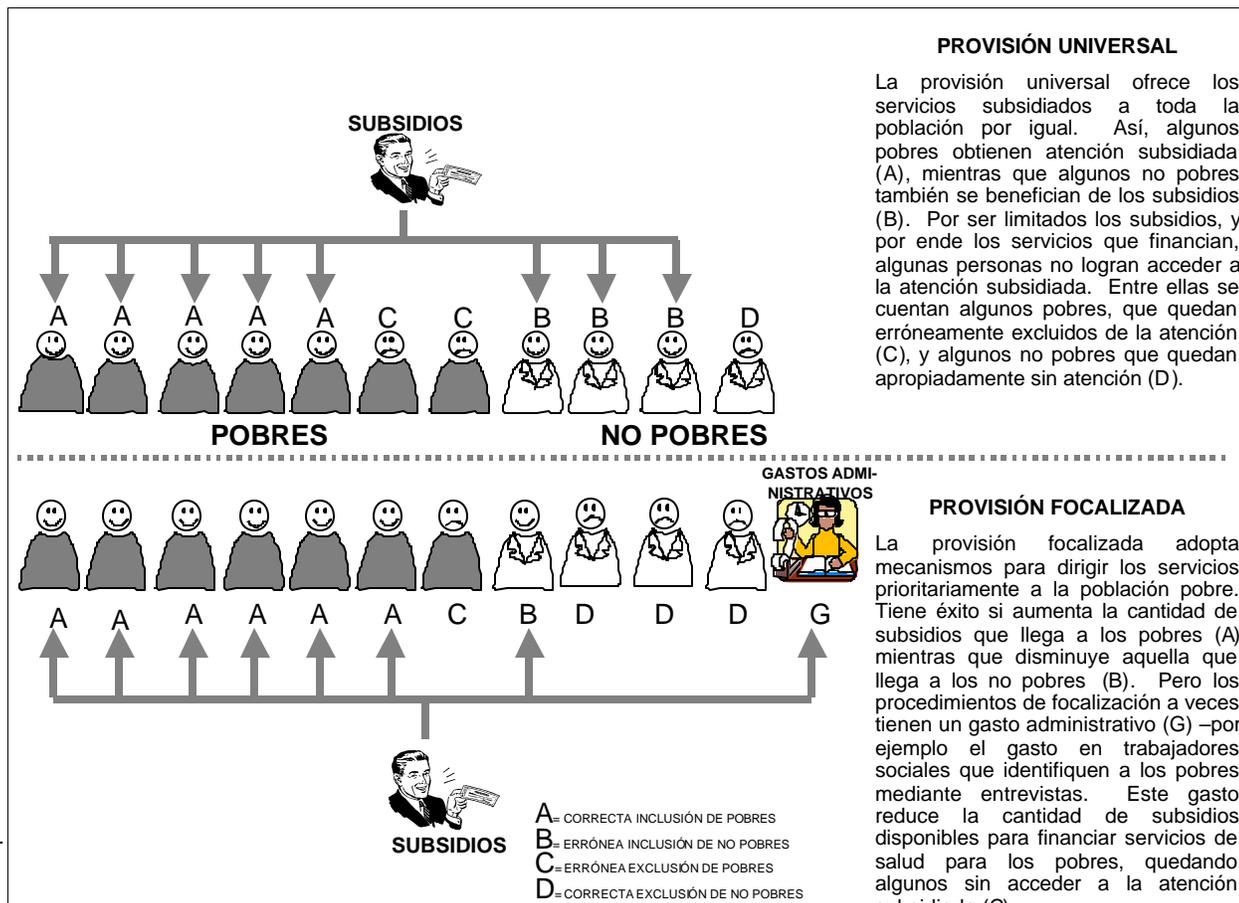
Esta política tiene ventajas y desventajas. Una primera ventaja es que no impone barreras a los pobres para el consumo de servicios subsidiados. Otra es que, por lo mismo, no posee costos administrativos asociados a un sistema que distinga entre quienes pueden y no pueden acceder a los servicios subsidiados. Una desventaja es que, al no discriminar entre pobres y no pobres, la provisión universal puede traducirse en que una parte importante de los subsidios beneficie a los no pobres, al mismo tiempo que muchos pobres queden sin acceso al subsidio.

Tradicionalmente, los países en desarrollo han mantenido una política de provisión universal de servicios de salud, a través de un ministerio de salud benévolo que pone a disposición de todos los ciudadanos por igual una gama de atenciones gratuitas o a precios subsidiados. En años recientes muchos expertos han criticado esta política ofreciendo evidencia empírica que revela la magnitud de la fuga de subsidios hacia los no pobres (ver Sección 3). Vale notar, sin embargo, que muchos países industrializados –entre ellos el Reino Unido, Canadá y Nueva Zelandia– poseen sistemas subsidiados de salud de provisión universal, los que gozan de un amplio respaldo social.

2.3 FOCALIZACIÓN COMO ALTERNATIVA A LA PROVISIÓN UNIVERSAL

Como reacción frente a los problemas de la provisión universal, algunos gobiernos de países en desarrollo, incluyendo a aquellos en América Latina y el Caribe, han optado en años recientes por implantar programas focalizados tanto en salud como en nutrición, educación y vivienda.

La focalización surge como una alternativa a la provisión universal. Esta política busca aumentar la proporción de los subsidios de salud que llega a los pobres y reducir o eliminar aquella que beneficia a los no pobres. Así como la provisión universal, la política de focalización tiene ventajas y desventajas (ver Cuadro 2). En las secciones siguientes y en lo sucesivo se define la focalización, se examinan sus ventajas y desventajas tanto en lo teórico como en lo empírico y se derivan conclusiones de política. En lo que resta de esta sección se define el concepto de equidad en salud, central para comprender el problema de la focalización, y luego se presentan dos enfoques posibles para la canalización de subsidios



públicos para salud.

FIGURA 2: Provisión universal versus provisión focalizada

2.4 FOCALIZACIÓN Y EQUIDAD

Como ya se dijo, la focalización de los subsidios públicos en salud busca preservar o mejorar la equidad en salud. Pero ¿qué se entiende por equidad y cómo se mide esta? Conviene definir dos tipos de aspectos de la equidad –*equidad en la provisión y equidad en el financiamiento*– y dos dimensiones de la misma –*equidad vertical y equidad horizontal*.

Equidad en la provisión. El análisis de equidad en la provisión examina quiénes reciben las atenciones de salud en un sistema. Puesto que las necesidades de atención médica de los miembros de una sociedad generalmente son disímiles –en cualquier momento algunas personas están más sanas que otras– el análisis de equidad en la provisión debe hacerse en referencia al estado de salud de las personas. Se plantea que un sistema de salud presenta equidad horizontal en la provisión si todas las personas con igual necesidad de atención tienen igual posibilidad de acceder a los mismos cuidados. Por ejemplo, hay equidad horizontal en la provisión de tratamiento de la migraña si todas las que padecen de migraña pueden acceder de igual modo al mismo tipo de atención; también lo hay en la atención del infarto del miocardio si todos los que necesitan esa atención tienen igual acceso a ella.

Un sistema de salud tiene *equidad vertical* en la provisión de servicios si quienes tienen necesidad de atención pueden acceder al nivel apropiado de cuidado para condiciones diferentes. Usando el ejemplo anterior, estas diferentes condiciones y los cuidados apropiados pueden variar: quienes han sufrido un infarto necesitan procedimientos quirúrgicos mientras los que padecen de migraña pueden tener acceso a una prescripción médica de un centro de salud rural. Nótese que un sistema puede ofrecer equidad horizontal para todas las atenciones, pero al mismo tiempo puede no ofrecer equidad vertical para las mismas.

Vale aclarar que el concepto de equidad recién definido se refiere al acceso de las personas a las atenciones de salud. Hay, sin embargo, otras definiciones de equidad, como por ejemplo la equidad en el estado de salud. Según este otro concepto, habría equidad cuando todas las personas tienen igual nivel de salud. Esta otra definición es más restrictiva y de menor relevancia para el sector de la salud, puesto que el estado médico de las personas sólo depende parcialmente de las acciones del sector salud; depende también de otros factores, como la disponibilidad de agua potable, el saneamiento básico, la nutrición, el ingreso y la educación.

Equidad en el financiamiento. Este análisis consiste en evaluar quiénes financian un sistema de salud. Considerando que los miembros de la sociedad típicamente tienen distinta situación económica (medida, por ejemplo, según el ingreso per cápita de la familia), el análisis de equidad en el financiamiento debe tener en cuenta la situación económica, o capacidad de pago, familiar o individual. Se dice que un sistema de salud tiene *equidad horizontal en el financiamiento* si las personas con igual situación económica efectúan aportes iguales al financiamiento de los servicios de salud. Análogamente, se dice que un sistema tiene *equidad vertical en el financiamiento* si las personas con mejor situación económica efectúan mayores aportes al financiamiento del sistema de salud. Como en el caso

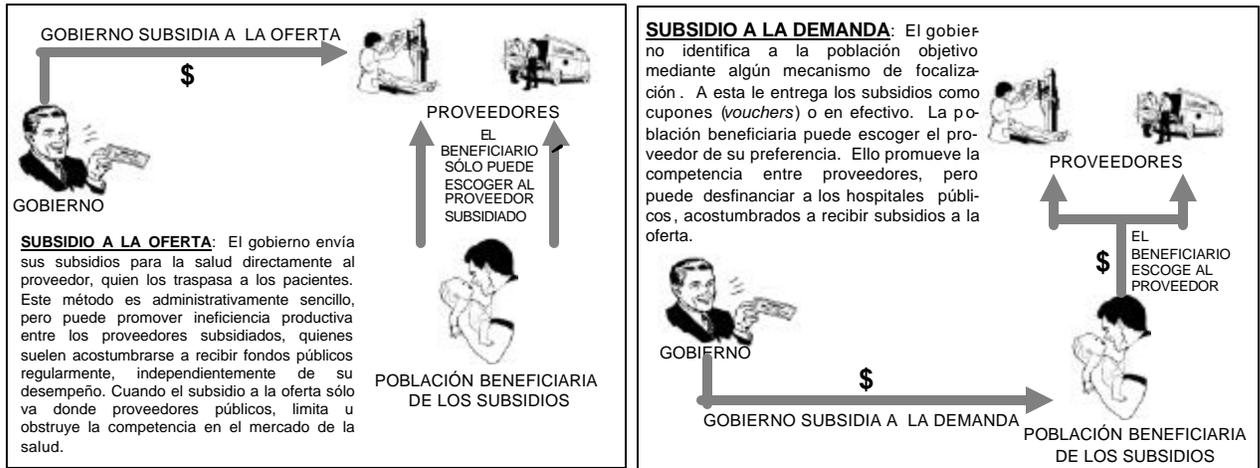
de la provisión, en un sistema puede haber ambos tipos de equidad en el financiamiento – horizontal y vertical–, o sólo una de ellas o ninguna.

2.5 SUBSIDIOS A LA OFERTA Y A LA DEMANDA

¿Cómo se canalizan los subsidios públicos desde el tesoro de la nación hacia los beneficiarios de dichos subsidios? Existen dos enfoques fundamentales, conocidos como *subsidio a la oferta* y *subsidio a la demanda*.

Subsidio a la oferta. Este corresponde a la modalidad tradicional en que los gobiernos de la mayoría de los países en desarrollo han financiado los servicios de salud públicos (Cuadro 3). Aquí los subsidios se canalizan hacia los proveedores, financiando así la oferta o provisión de servicios, y los proveedores entregan servicios a los usuarios a precio nulo o reducido con relación al verdadero costo de producción. Esta modalidad de canalizar los subsidios tiene ventajas y desventajas. Una ventaja es que es administrativamente sencilla: basta con enviar los subsidios a un grupo de proveedores (generalmente públicos) conocido. Una desventaja es que, al disponer de una masa de subsidios (un presupuesto) estable en el tiempo, los proveedores enfrentan pocos incentivos para mejorar su eficiencia, medida ésta por su productividad o por la calidad de la atención, o por ambas. Otra desventaja es que los beneficiarios potenciales del subsidio no pueden escoger libremente dónde obtener su atención subsidiada: sólo pueden hacerlo con aquellos proveedores que gozan de un subsidio. La transmisión del subsidio al consumidor es indirecta, pues pasa por el productor como intermediario.

FIGURA 3 Subsidio a la oferta y a la demanda



Subsidio a la demanda. Aquí los subsidios públicos llegan directamente a los mismos beneficiarios mediante algún proceso de identificación (Cuadro 3). Una ventaja de este sistema es que en principio los beneficiarios pueden escoger dónde obtener su atención –por ejemplo entregando su subsidio en dinero efectivo, o en forma de *voucher*, o cupón, al proveedor seleccionado (este recibe el dinero o el cupón, redimiéndolo por dinero con alguna entidad financiera pública). Esta libertad de elección promueve una mayor competencia entre proveedores públicos y privados. Una desventaja del subsidio a la demanda es que requiere de un proceso de identificación de beneficiarios, el cual puede ser administrativamente oneroso. Otra desventaja es que los proveedores públicos, al depender de subsidios a la demanda, podrían caer en falencia financiera si no pudiesen atraer a suficientes pacientes en competencia con proveedores privados.

Método de asignación de subsidios e identificación de beneficiarios. Como se indicó, el método de subsidios a la demanda requiere que los beneficiarios sean identificados de algún modo, como por ejemplo según su ingreso o lugar de residencia. Bajo un método particular de subsidios a la oferta, consistente en el financiamiento público y la provisión universal, la identificación de beneficiarios no es necesaria si la provisión es universal. Sin embargo, si el proveedor desea hacer llegar las atenciones subsidiadas a ciertos grupos específicos de población –por ejemplo los más pobres– entonces también deberá adoptar algún método para distinguir y discriminar entre pacientes pobres y no pobres. Por lo tanto, la identificación de beneficiarios, o focalización, no es un requerimiento exclusivo de los sistemas de subsidios a la demanda; también puede ser un requerimiento de un sistema de subsidios a la oferta.

3. NOCIONES DE FOCALIZACIÓN

3.1 ¿QUÉ ES LA FOCALIZACIÓN?

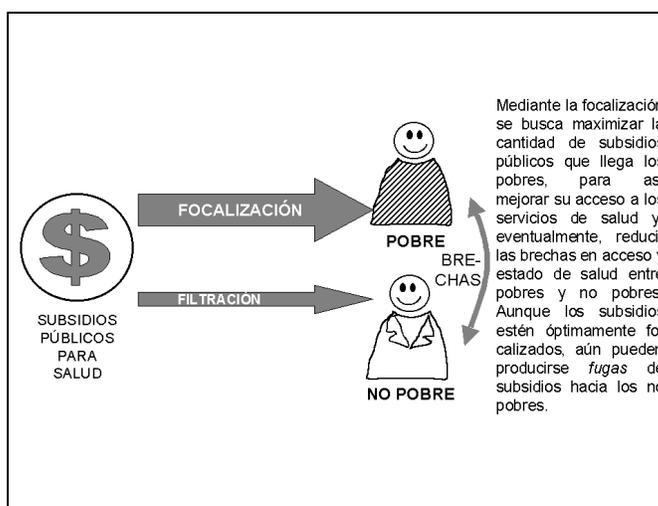
Focalizar es el acto de dirigir recursos públicos, o *subsidios*, hacia grupos específicos de la población, para lograr ciertos objetivos de política. Estos objetivos apuntan a mejorar la equidad en el sector salud. Ejemplos de programas subsidiados pueden incluir la distribución gratuita de leche y alimentos a madres pobres en los establecimientos de salud, o la provisión de servicios de diagnóstico y tratamiento de enfermedades venéreas a residentes de barrios marginales.

Generalmente los gobiernos focalizan sus subsidios de salud hacia los

pobres, pero los beneficiarios de programas focalizados también pueden ser seleccionados con base en otros criterios, como sexo o etnia.

Se dice que un gobierno tiene éxito en su esfuerzo de focalización si la totalidad o la mayoría de los subsidios llega a los más necesitados; fracasa si una parte apreciable de los subsidios no llega a la población objetivo, produciéndose una *fuga* o *filtración* apreciable de subsidios hacia otros grupos.

FIGURA 4 Focalización y filtración de subsidios para la salud



Hay evidencia de que la focalización del gasto público en los sectores sociales (educación, salud, nutrición) puede arrojar mejores resultados, en términos de mejoras en la equidad, que la provisión universal de servicios. A pesar de ello, la provisión universal sigue siendo la política predominante en los países en desarrollo, mientras que el uso de técnicas de focalización es poco común.

Existen diversos métodos para focalizar los subsidios. Se puede focalizar sobre la base de las características individuales, grupales, o por auto-selección de los beneficiarios (ver más adelante). La selección del método de focalización más apropiado depende de la factibilidad administrativa, de los costos de implantación, de la viabilidad política y del impacto que tenga sobre la demanda.

3.2 ANÁLISIS DE INCIDENCIA: ¿QUIÉN SE BENEFICIA Y QUIÉN PAGA?

Incidencia en la provisión de servicios. Para evaluar el grado de éxito de un programa focalizado es necesario efectuar un análisis de *incidencia en la provisión*. Este examina quiénes reciben los beneficios o atenciones de salud financiados con subsidios públicos: ¿Están llegando los servicios subsidiados a la población objetivo? ¿Existen fugas de subsidios hacia otros grupos poblacionales? Para responder estas preguntas es útil definir los conceptos de *progresividad* y *regresividad* en la provisión.

Un programa de salud es *progresivo* si sus beneficios se concentran mayoritariamente en la población objetivo; es más progresivo que otro si logra que un mayor porcentaje de beneficios llegue a la población objetivo. Los Programas 1 y 2 de la Tabla 1 son ambos progresivos, pero el segundo es más progresivo que el primero porque a todo nivel de ingreso concentra mayores beneficios entre los grupos de ingresos más bajos. Por ejemplo, comparando las columnas de los porcentajes acumulados (columnas 2, 4 y 6), se observa que la población de ingresos medios y bajos, que representa el 60% del total (columna 2), recibe el 69% del total de beneficios del Programa 1 (columna 4), mientras que obtiene el 90% de los beneficios del Programa 2 (columna 6). El Programa 2 está mejor focalizado que el Programa 1.

Lo opuesto a un programa de salud progresivo es uno *regresivo*. Un programa de salud es regresivo si entrega una mayor proporción de sus beneficios a los grupos de ingresos más altos.

Tabla 1: Incidencia y progresividad en la provisión de dos programas de salud subsidiados (porcentajes)

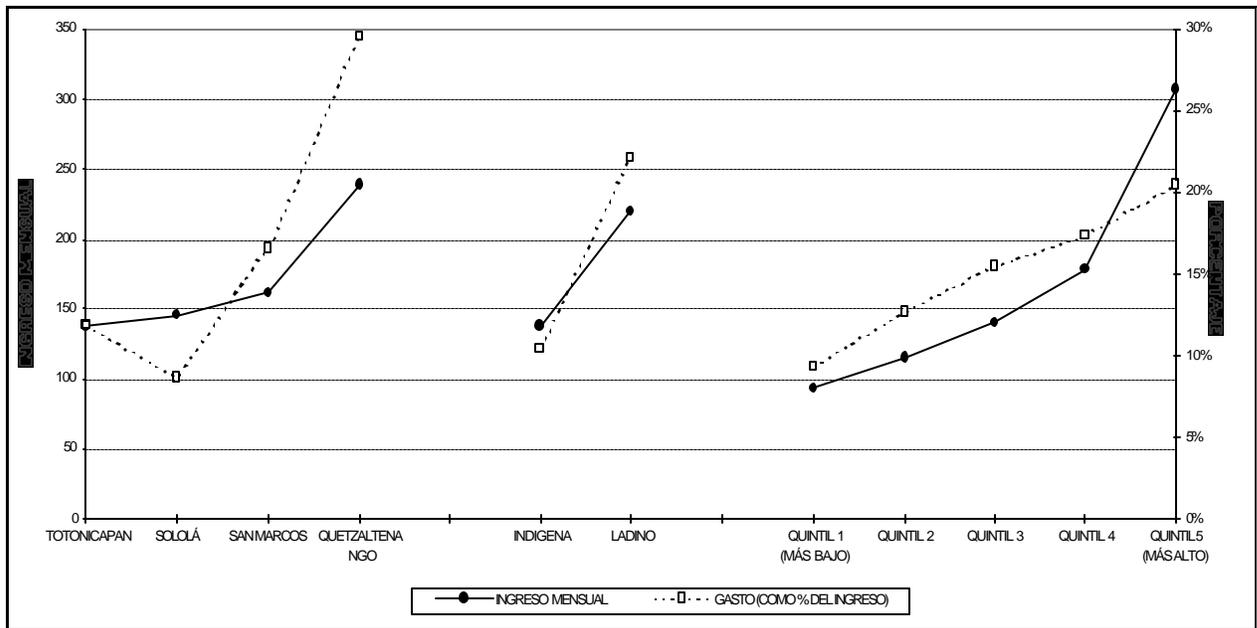
	(1) Población total	(2) Población acumulada	Programa 1		Programa 2	
			(3) Beneficios en cada grupo de población	(4) Beneficios acumulados	(5) Beneficios en cada grupo de población	(6) Beneficios acumulados
Ingreso bajo	20	20	30	30	40	40
Ingreso medio bajo	20	40	20	50	30	70
Ingreso medio	20	60	19	69	20	90
Ingreso medio alto	20	80	18	87	8	98
Ingreso alto	20	100	13	100	2	100

Fuente: Bitrán y Asociados, 1997

Incidencia en el financiamiento de los servicios. Así como interesa saber quién recibe los beneficios de un programa subsidiado, también interesa saber quién financia dicho programa. Esto es materia del análisis de *incidencia en el financiamiento*. Para este análisis se debe considerar todas las fuentes posibles de fondos, es decir: (1) los impuestos, (2) los aportes a la componente salud del seguro social, (3) las primas de los seguros privados de salud y (4) los pagos directos de pacientes. Un gobierno puede recurrir a sólo una, o bien a una combinación de estas fuentes, para subsidiar sus programas de salud. Por lo tanto, la incidencia en el financiamiento dependerá de la estructura tributaria, la forma en que se financia el seguro social, el financiamiento de los seguros privados de salud y la magnitud de los pagos directos de bolsillo efectuados por los usuarios de los servicios.

Para preservar la equidad en el financiamiento, los aportes de las personas deben ser acordes con su capacidad de pago. Ello se cumple si las personas de más altos ingresos hacen una contribución mayor al financiamiento que las más pobres, independientemente del uso que ambos grupos hagan de los servicios médicos. Un sistema es *progresivo en el financiamiento* si al aumentar el ingreso de las personas, también aumentan sus aportes expresados como fracción de su ingreso; es *regresivo en el financiamiento* si el cociente aportes/ingreso disminuye cuando el ingreso aumenta; y es *proporcional* si, para cualquier nivel de ingreso, la relación aportes/ingresos se mantiene constante. En el Cuadro 5 se presenta información sobre la progresividad de los gastos de bolsillo de los habitantes de cuatro departamentos de Guatemala con una alta concentración de población Maya. El análisis de progresividad del pago directo al nivel de los quintiles sugiere que dicho financiamiento es más bien progresivo: en promedio, un individuo que pertenece al quintil 1 (más bajo) y que enferma tiene un gasto esperado en salud equivalente al 9.3% de su ingreso per cápita mensual; un individuo en el quintil 5 en semejantes circunstancias, en cambio, gasta un 20.4% de su ingreso disponible mensual. El sistema de financiamiento directo también parece ser progresivo al considerar los dos grupos étnicos: la población indígena destina un 10.4% de su ingreso per cápita mensual al financiamiento de la salud, mientras que los ladinos, que tienen ingresos muy superiores, gastan 22.1% en salud al enfermar.

Cuadro 1 Progresividad en el financiamiento directo de la atención en salud en cuatro departamentos de Guatemala



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Ministerio De Salud de Guatemala. 1998. "Encuesta De Demanda y Gastos en Salud en Cuatro Departamentos de Guatemala. Volumen 1 Informe Descriptivo". Marco Internacional y Bitrán y Asociados.

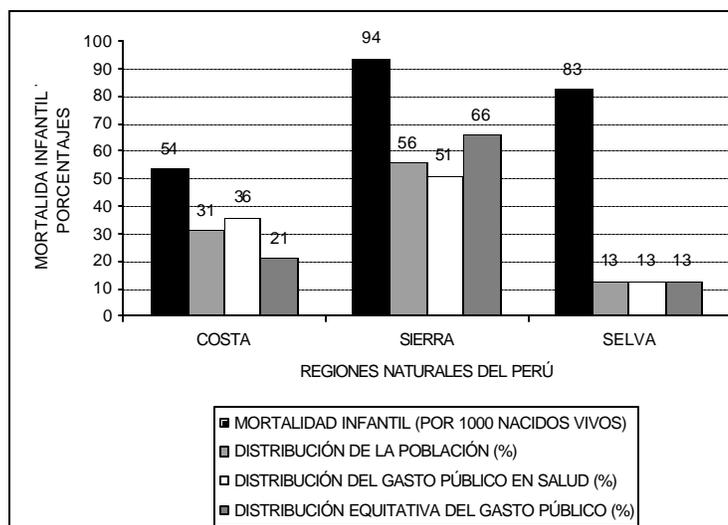
3.3 ¿CUÁN BUENA ES LA FOCALIZACIÓN EN EL SECTOR SALUD EN LOS PAÍSES EN DESARROLLO?

Para ilustrar la situación de la focalización en los países en desarrollo, se presenta los casos de Perú e Indonesia.

Evidencia del Perú.

Perú es un país con tres grandes y disímiles regiones geográficas, o naturales, conocidas como costa, sierra y selva. Éstas presentan diferencias importantes en las condiciones y estado de salud de sus habitantes (Cuadro 6), como también en los recursos que poseen y en las atenciones de salud que otorgan. La mortalidad infantil (menores de un año) es más elevada en la sierra, con 94 muertes por mil nacidos vivos; es intermedia en la selva (83 por 1000) y más baja en la costa (54 por 1000). Sin embargo, como se aprecia en la figura, el gasto público en salud se distribuye entre las tres regiones del mismo modo en que lo hace la población, en lo que constituye una distribución inequitativa del gasto. Una asignación más equitativa del gasto público debiera seguir la distribución del peso de la enfermedad. Calculando a este último como el producto de la población por la mortalidad infantil, resulta que una distribución más justa del gasto público sería la siguiente (ver cuarta barra de la figura): costa: 21%; sierra: 66%; selva: 13%.¹ En 1995 la Costa estaba recibiendo un presupuesto igual a casi el doble de lo que le habría correspondido según el criterio de equidad recién definido, mientras que la selva recibía lo justo. El exceso de presupuesto asignado a la costa iba en desmedro de la sierra.

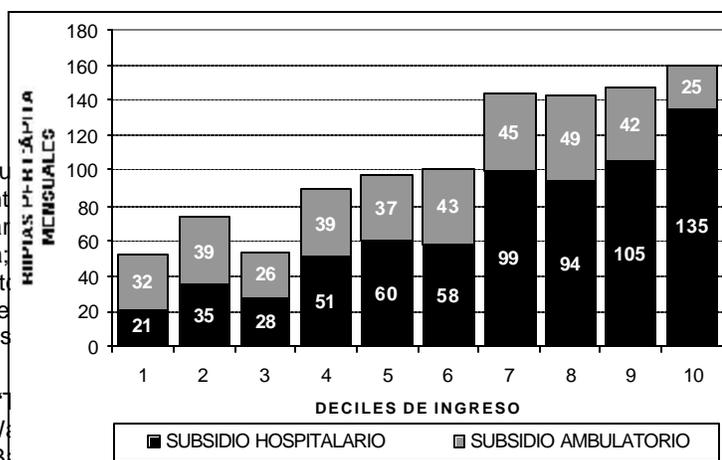
Cuadro 2 Mortalidad infantil y distribución de la población y el gasto público en las regiones naturales del Perú



En 1995 la Costa estaba recibiendo un presupuesto igual a casi el doble de lo que le habría correspondido según el criterio de equidad recién definido, mientras que la selva recibía lo justo. El exceso de presupuesto asignado a la costa iba en desmedro de la sierra.

Evidencia de Indonesia. Un investigador examinó la asignación del gasto público en salud en Indonesia en 1987, valorizando el consumo de servicios de salud por parte de la población usuaria de establecimientos asistenciales públicos.² Para ello dividió a la población en 10 deciles de ingreso, donde el primer decil

Cuadro 3 Asignación de subsidios públicos para salud en Indonesia



¹ La carga de la enfermedad por producto entre la mortalidad infantil en la región. De este modo, la carga sería: 16.7 (54 x 31%) en la costa; anterior, la carga de enfermedad total (10.8). De este total, un 21% corresponde a la asignación más equitativa del presupuesto.

² Ver van de Walle, D. 1995. "The Theory and Evidence." A World Bank Working Paper.

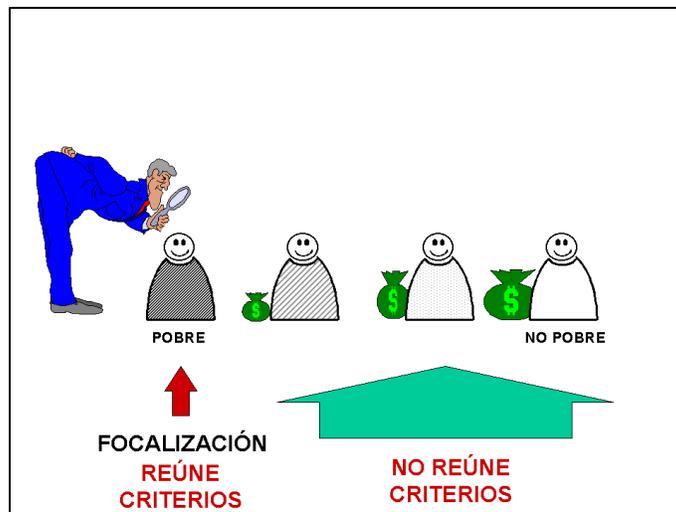
representa al 10% más pobre de la población, el segundo decil el 10% siguiente, y así sucesivamente. Como se aprecia en el Cuadro 7, mientras mayor era el ingreso de una persona, más elevado era el subsidio que esta derivaba del sistema público. Por ejemplo, un ciudadano perteneciente al 10% más pobre del país obtenía subsidios por un total de 53 rupias al mes –21 rupias por atenciones hospitalarias y 32 rupias por servicios ambulatorios. Una persona perteneciente al 10% más rico de la nación, en cambio derivaba subsidios de salud por un valor de 160 rupias, o el triple que el grupo más pobre. Esto contraviene principios de equidad en la asignación de los subsidios públicos por al menos dos razones. Primero, las personas más pobres tienen menor capacidad de pago y por lo tanto debieran obtener mayores subsidios per cápita. Segundo, los más pobres generalmente tienen peor estado de salud, lo que también refuerza la necesidad de mayores subsidios para ellos. Finalmente, vale notar que las brechas en la magnitud de los subsidios recibidos por los distintos grupos de ingreso se explicaban principalmente por diferencias en los subsidios por atención hospitalaria. Ello se puede deber a la mayor influencia que las personas de ingresos más elevados pueden ejercer en el medio para acceder a atenciones hospitalarias de alto costo. También puede explicarse por la mayor presencia de hospitales en centros urbanos, donde el ingreso medio de la población es superior al de áreas rurales.

3.4 HERRAMIENTAS DE FOCALIZACIÓN

Existen cuatro métodos para focalizar los subsidios públicos en salud, los cuales pueden ser aplicados en forma independiente o conjunta. Cada método ofrece ventajas y desventajas. La determinación de los métodos más apropiado(s) de focalización estará dictada por las circunstancias específicas del problema.

Focalización basada en evaluación individual. Consiste en determinar quién debiera y quién no debiera recibir subsidios públicos sobre la base de una evaluación de características individuales, como ingreso, estado de salud, o estado nutricional. Quienes reúnen las características apropiadas son clasificados como beneficiarios del subsidio y los demás son excluidos. La adopción de este método generalmente requiere que los beneficiarios porten una credencial o documento formal, que los identifique como tales en el momento de solicitar atención subsidiada. La focalización individual puede ser costosa por sus requerimientos administrativos (identificar personas y administrar el sistema de credenciales), pero puede permitir lograr una gran precisión en la focalización.

FIGURA 5 Focalización según características individuales



Focalización basada en evaluación grupal. Consiste en clasificar a la población en grupos con características similares fácilmente identificables, como por ejemplo localización geográfica, sexo o etnia. Son beneficiarios del subsidio todas las personas que reúnen la característica en cuestión –por ejemplo todos los residentes de un determinado municipio urbano de la capital. Al no tener que evaluar las características de cada individuo, este sistema ofrece la posibilidad de focalizar a menor costo que el de evaluación individual. Sin embargo no siempre es aplicable, y puede conllevar fugas apreciables de subsidios. Aunque este método de focalización se caracteriza por sus menores costos administrativos, sólo es recomendable cuando existen grupos relativamente homogéneos.

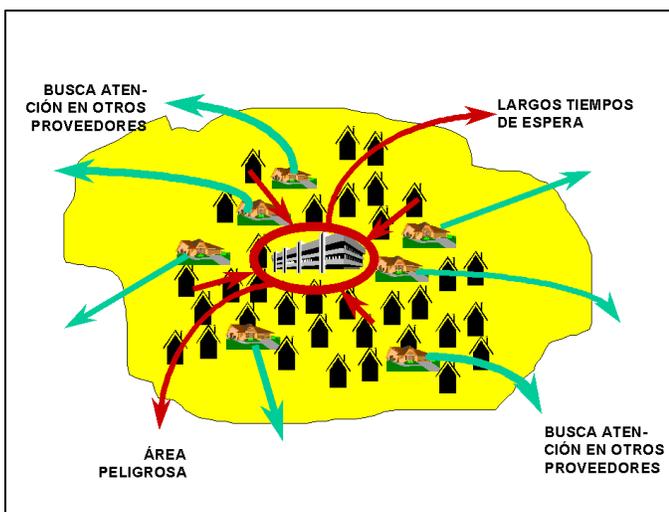
FIGURA 6 Focalización según características grupales



Auto-focalización. Este método se basa en el comportamiento de los individuos. Es factible cuando el sistema de salud está organizado de modo tal que los beneficiarios objetivo del programa subsidiado espontáneamente acuden a demandar los beneficios del mismo, mientras que quienes no lo son tienden a demandar en otro lugar.

Las largas colas en algunos establecimientos públicos, o la ubicación de los edificios –por ejemplo un centro de salud público en una zona pobre y peligrosa de un suburbio– motivan el comportamiento de auto-exclusión en aquellas personas que están dispuestas a pagar por obtener servicios en establecimientos mejor ubicados o con atención más expedita. En algunos casos, las personas de mayores ingresos tienen un mayor costo de oportunidad que las más desposeídas, y por ello están dispuestas a pagar más por una atención más expedita. Este método de focalización no contempla ningún esfuerzo administrativo de selección de beneficiarios, pero puede acarrear fugas significativas de subsidios. Por otro lado, el método descansa en la premisa que los servicios subsidiados se entregan en condiciones desfavorables (espera, ubicación) con relación a los servicios no subsidiados.

FIGURA 7 Auto-focalización



Focalización por tipo de servicio. Este método de focalización es semejante al anterior. Al igual que aquel, también requiere que los individuos adopten un determinado comportamiento. En este caso se espera que quienes debieran ser beneficiarios de la ayuda pública sean predominantemente los que demanden la atención subsidiada, y que los demás miembros de la sociedad no lo hagan. La diferencia con el método anterior, sin embargo, es que aquí el factor que determina quiénes demandan el servicio subsidiado es precisamente el tipo de servicio que se ofrece. El principio tras este método es que la población objetivo del subsidio tiene una mayor necesidad de demandar un cierto tipo de atención de salud. La distribución gratuita de preservativos, la pesquisa y tratamiento de ciertas enfermedades venéreas son servicios que pueden cumplir con ese requisito. Quienes los demandan suelen ser hombres y mujeres de bajos ingresos, incluyendo a prostitutas. Este método de focalización, como el anterior, tampoco requiere de esfuerzo administrativo, pero puede ser poco preciso (por ejemplo cuando muchas personas no pobres deciden demandar el servicio subsidiado).

FIGURA 8 Método de focalización por tipo de servicio



3.5 LA PRUEBA DE MEDIOS Y LA FOCALIZACIÓN

La prueba de medios es un mecanismo de elegibilidad de una persona para recibir un beneficio social basado en una característica individual vinculada a una necesidad propia del sistema de focalización. Uno de los desafíos de una política de prueba de medios es determinar la frecuencia con la que esta se debe volver a aplicar. Las exenciones permanentes crean fuertes incentivos para el engaño y pueden volverse injustas, al mejorar la situación económica de los beneficiarios. Por otra parte, reevaluar la exención en cada episodio de enfermedad es demasiado difícil y costoso. Los plazos óptimos de duración de una exención dependen de la frecuencia y magnitud de las fluctuaciones de los ingresos de los beneficiarios. La aplicación de la prueba de medios y del costo de manejar la información

Cuadro 4 Precisión de focalización: errores Tipo I y Tipo II

	POBRE	NO POBRE
CLASIFICACIÓN POBRE	BENEFICIOS CORRECTAMENTE OTORGADOS	ERROR TIPO II: BENEFICIOS ERRÓNEAMENTE OTORGADOS
CLASIFICACIÓN NO POBRE	ERROR TIPO I: BENEFICIOS ERRÓNEAMENTE NEGADOS	BENEFICIOS CORRECTAMENTE NEGADOS

En algunos países en desarrollo se hace difícil la implantación de la prueba de medios por algunas características propias de esas naciones, como por ejemplo: la dispersión de la población; la carencia de sistemas adecuados de manejo y almacenamiento de información; el alto porcentaje de la población económicamente activa que participa en la economía informal; y las fluctuaciones del mercado del trabajo.

3.6 ERRORES Y PRECISIÓN DE LA FOCALIZACIÓN

Con la focalización se espera dirigir los beneficios del programa a la población objetivo –a quienes por conveniencia llamaremos “pobres”– y no a otros segmentos de la población. Al entregar los beneficios o servicios de un programa se puede cometer errores, ya sea excluyendo del programa a algunos pobres u otorgando beneficios a no-pobres. Estos errores se denominan *Error Tipo I* y *Error Tipo II*, respectivamente.

Error tipo I: Errónea exclusión de pobres. El Error Tipo I se presenta al clasificar como “no pobre” a alguien que es pobre, negándosele de este modo el beneficio a quien lo requiere. Este tipo de error se puede producir por diversas razones. Ellas incluyen, entre otras, las siguientes: (1) algunos miembros de la población beneficiaria no saben de la existencia del programa subsidiado; (2) los mecanismos de selección de beneficiarios son demasiado tediosos (por ejemplo, los procedimientos son muy burocráticos); (3) los beneficiarios potenciales no quieren ser identificados como indigentes.

Error tipo II: Errónea inclusión de no pobres. El Error Tipo II se presenta al clasificar como pobres a quienes no lo son, produciéndose una fuga de recursos hacia personas ajenas a la población objetivo. Ello puede ocurrir en los siguientes casos: (1) personas no pobres entregan información falsa sobre su identidad para obtener los subsidios; (2) algunos no pobres sobornan al personal encargado de clasificarlas; (3) ciertos no pobres hacen uso de su influencia para acceder a servicios subsidiados aún cuando no clasificaron como beneficiarios; y (4) el sistema de selección de beneficiarios incluye criterios erróneos que llevan a la mala clasificación. Algunos expertos sostienen que el error Tipo I es más serio que el Tipo II, ya que atenta contra la facultad de los pobres de obtener el subsidio que requieren. En cambio, es posible que un programa subsidiado presente errores Tipo II y que al mismo tiempo, al contar con recursos amplios, logre incluir en sus beneficios a todos los pobres (es decir, el programa no presenta error Tipo I).

La precisión de un esfuerzo de focalización se mide con relación al nivel de error. Si no existe errores Tipo I y Tipo II, entonces la focalización es perfectamente precisa. Si hay errores, el grado de precisión puede ser calculado. Por ejemplo, se puede evaluar con respecto al error Tipo I, calculando el cociente entre el número de pobres excluidos y el número total de pobres. También se puede evaluar con relación al error Tipo II, dividiendo el número de no pobres que reciben el subsidio por el número total de pobres.

3.7 COSTOS DE LA FOCALIZACIÓN

Para llevar a cabo un proceso de focalización es necesario disponer de recursos humanos, económicos y técnicos. El costo de la focalización es el valor económico de todos los recursos destinados a ese esfuerzo. Por ejemplo, si un subsidio se otorga sobre la base del

estado socioeconómico de las personas o de grupos poblacionales, los costos de focalización pueden incluir los sueldos de los asistentes sociales asignados a la tarea de clasificar individuos, o los costos de un estudio nacional de hogares para evaluar el estado socioeconómico de distintos grupos poblacionales, incluyendo la homogeneidad de los hogares dentro y fuera de los grupos. Cada método de focalización tiene asociados diferentes costos, ya que se realizan sobre la base de distintos tipos de información. La focalización individual requiere de información sobre el estado económico de las personas; como ya se dijo, obtenerla puede ser muy costoso. La focalización grupal generalmente tiene menores costos que la individual al ser el número de grupos inferior al de personas. La autofocalización y la focalización por tipo de servicio no requieren de un esfuerzo explícito de focalización, aunque para el diseño de esas estrategias suele ser necesario disponer de información sobre los patrones de demanda por atenciones médicas por parte de los diferentes grupos de población.

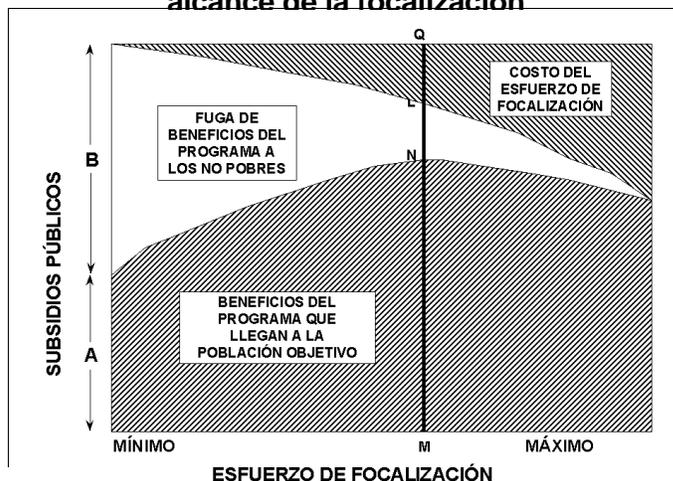
Hay otra categoría de costos asociados a los procesos de focalización, compuesta por los costos de cometer errores de focalización. En el caso de los errores Tipo I, el costo equivale a la pérdida (o ganancia no realizada) de bienestar de los beneficiarios erróneamente excluidos del servicio subsidiado. En el caso de los errores Tipo II, el costo puede ser igual al recién descrito si el error Tipo I se produce como una consecuencia del error Tipo II (es decir, se excluye a pobres porque se agotan los subsidios como resultado de haber entregado beneficios a algunas personas no pobres).

Si el error Tipo II no induce errores Tipo I (es decir, si el error Tipo II no desplaza subsidios y si todos los pobres obtuvieron el subsidio deseado), calcular el costo social del error Tipo II es conceptualmente más complejo. Por ejemplo, supóngase que erróneamente se entrega una consulta médica subsidiada a una persona de ingresos altos. Supóngase, además, que esa persona, no obstante sus recursos, no estaba dispuesta a pagar por la consulta que requería. En ese caso, entonces, el subsidio tendría un beneficio neto para la sociedad, al permitir mejorar el estado de salud de la persona. Supóngase, en cambio, que la persona estaba dispuesta a comprar la atención médica requerida, pero que prefirió obtener el servicio gratuitamente. En este caso, el subsidio sólo reemplazó un gasto privado que la persona habría efectuado de todos modos. El error de focalización, entonces, no tendría como contrapartida ningún beneficio médico; sólo permitiría a la persona disponer de un monto de dinero igual al costo alternativo de la atención.

3.8 RELACIÓN ENTRE PRECISIÓN Y COSTO: EFICIENCIA DE LA FOCALIZACIÓN

Es útil establecer una relación entre el costo de la focalización y su precisión (ver definición de precisión en Sección 3.6). Dividiendo costo por precisión se obtiene una medida de la eficiencia del esfuerzo de focalización: para un nivel de precisión dado, mientras menor es el cociente costo/precisión, más eficiente es

Cuadro 5 Relación entre esfuerzo, precisión y alcance de la focalización



el esfuerzo de focalización. Análogamente, dado un costo, a mayor precisión más eficiencia.

Generalmente existe una relación directa entre el esfuerzo de focalización y su precisión. Un mayor esfuerzo se puede traducir en una mayor precisión. Desgraciadamente, el mayor esfuerzo cuesta más dinero y por lo tanto aumenta el costo de la focalización, dejando menos subsidios disponibles para otorgar beneficios de salud. Esta situación se ilustra en la figura adjunta. Supóngase que se dispone de una cantidad total de subsidios igual a A+B y que, si no hay esfuerzo de focalización, un monto de subsidios igual a A llega a los pobres mientras que un monto B se filtra hacia los no pobres. Al aumentar el esfuerzo de focalización aumenta también la cantidad de subsidios que llega a los pobres y disminuye aquella que se fuga hacia los no pobres. Pero también surge un nuevo costo, el del esfuerzo de focalización. Nótese que la situación óptima –aquella en la cual una cantidad máxima de subsidios llega a los pobres– no es la que lleva asociada el mayor esfuerzo de focalización. Ello ocurre porque un esfuerzo de focalización demasiado intenso resultaría en una alta precisión pero también sería muy costoso; consumiría gran parte de los recursos disponibles para el programa subsidiado y dejaría pocos recursos para financiar los servicios de salud.

3.9 COMPARACIÓN DE MECANISMOS DE FOCALIZACIÓN

La siguiente tabla presenta en forma sintética y comparativa las ventajas y desventajas de los distintos mecanismos de focalización disponibles, como también sus requerimientos administrativos y las circunstancias que favorecen su aplicación.

Tabla 2: Mecanismos de focalización y sus atributos

Mecanismo de Focalización	Ventajas	Desventajas	Requerimientos Administrativos	Circunstancias Apropriadadas
A. Focalización Individual				
Test de medios simple				
<ul style="list-style-type: none"> Basado en ingresos reportados por el hogar, tamaño y composición del hogar No se valoriza ingreso en especie ni ingreso estacional; tampoco se realiza ajustes individuales con base en necesidades o medios No se realiza una verificación del ingreso reportado, exceptuando visitas ocasionales a los hogares para verificar la calidad de la vivienda 	<ul style="list-style-type: none"> Simplicidad 	<ul style="list-style-type: none"> Imprecisión Los entrevistados tienen fuertes incentivos para mentir acerca de la información que se les solicita 	<ul style="list-style-type: none"> Se debe contratar a funcionarios para que realicen las entrevistas (éstas pueden ser realizadas en una oficina o en el terreno) Mantenión de registros 	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de elementos de auto-focalización y/o de focalización geográfica (es decir, grupal) para permitir mejorar la precisión Los niveles de beneficios son bajos, por lo que los costos administrativos también deben serlo
Test de medios sofisticado				
<ul style="list-style-type: none"> Ajusta el ingreso familiar de acuerdo al tamaño de la familia, estacionalidad, costos de activos principales como la vivienda, matrícula universitaria, gastos médicos mayores 	<ul style="list-style-type: none"> Precisión 	<ul style="list-style-type: none"> Costos administrativos más elevados La verificación podría ser factible sólo en el caso de postulantes que sepan leer y escribir y que trabajen en el sector formal 	<ul style="list-style-type: none"> Los funcionarios deben realizar entrevistas de mayor duración Se requiere de tiempo de los funcionarios para verificar la información Mantenión de registros detallados 	<ul style="list-style-type: none"> Programas con niveles elevados de beneficios Postulantes educados y empleados en el sector formal

Mecanismo de Focalización	Ventajas	Desventajas	Requerimientos Administrativos	Circunstancias Apropriadadas
Test de medios aproximado				
<ul style="list-style-type: none"> • Calcula objetivamente un índice o puntuación sintético para evaluar las necesidades sobre la base de un conjunto de variables como: características y ubicación de la vivienda, estructura familiar, ocupación, educación, sexo del jefe de hogar, posesión de bienes durables • El cálculo del índice puede ser realizado por los encuestadores o con la ayuda de una computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmo uniforme y sistemático para ponderar las variables • Es poco claro para el postulante saber cómo mentir en forma efectiva • Deriva una medida del ingreso permanente sin tener que hacer ajustes estacionales o por ingreso en especie 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere entrevista más larga que un test de medios simple • Algoritmo para ponderación de factores es inflexible y podría no detectar circunstancias especiales como enfermedades catastróficas o desastres naturales • Los postulantes pueden percibir al sistema como arbitrario 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios deben realizar las entrevistas (en una oficina o en el terreno) • Mantenición de registros detallados • Opción computarizada requiere de capacidad para ingreso de información, a veces al nivel local • El diseño del programa de computación puede ser centralizado • Requerimiento de trabajo analítico previo y actualizaciones periódicas para establecer variables y ponderaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • De aplicación amplia • Particularmente útil cuando: <ul style="list-style-type: none"> (a) Un nivel elevado de beneficios debe alcanzar a un conjunto de beneficiarios analfabetos o del sector informal.; o (b) El acceso a la infraestructura básica es tan amplio que no es posible distinguir la necesidad de subsidio con mecanismos de identificación de beneficiarios menos detallados
Evaluación realizada por trabajador social				
<ul style="list-style-type: none"> • Evalúa subjetivamente el mismo tipo de información que se usa en un test de medios aproximado 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede detectar circunstancias especiales 	<ul style="list-style-type: none"> • Difícil de asegurar uniformidad y consistencia • En la práctica, el desempeño de este sistema es mixto • Los postulantes pueden percibir que el sistema se presta para el favoritismo y el tráfico de influencias 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionarios deben realizar las entrevistas • Mantenición de registros 	<ul style="list-style-type: none"> • De aplicación amplia
Estado nutricional				
<ul style="list-style-type: none"> • Peso por edad • Falencias en el crecimiento • Riesgo nutricional, usando como predicción la fertilidad de la madre o el estado de salud de los hermanos • Características socioeconómicas 	<ul style="list-style-type: none"> • Objetivo, sujeto a verificación, indicación precisa de necesidad • Mayor foco en la prevención, detecta problemas tempranamente 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientación curativa cuando se espera a que el niño esté desnutrido para intervenir • Las normas pueden ser controvertidas • Resultados muy sensibles a errores en la medición del peso y la capacidad del personal de determinar el estado de hidratación del niño • Agrega nuevos requerimientos a los servicios de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de vigilar el crecimiento del niño • Gran precisión en la capacidad de vigilar el crecimiento • Estudios previos para determinar los factores de riesgo y sus ponderaciones • Entrenamiento del personal médico para realizar un procedimiento poco familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Desnutrición muy difundida • Forma parte de un paquete de beneficios preventivos y/o curativos de salud bien establecido

Mecanismo de Focalización	Ventajas	Desventajas	Requerimientos Administrativos	Circunstancias Apropriadadas
B. Focalización Categórica (Grupal o Geográfica)				
<ul style="list-style-type: none"> • Por región • Características individuales (por ejemplo, estudiantes, mujeres embarazadas) 	<ul style="list-style-type: none"> • Simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Impreciso, excepto si está relacionado con otros criterios que puede conducir a una alta filtración de subsidios • No detecta circunstancias especiales 		<ul style="list-style-type: none"> • La pobreza está altamente concentrada al nivel regional o cercanamente asociada con características individuales específicas
C. Auto-focalización				
<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de remuneración en trabajos de infraestructura pública • Programas de crédito • En especie –subsidio de bienes o patrones de consumo propios de los pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Simple • Bajo costo • Baja filtración 	<ul style="list-style-type: none"> • Puede tener costos administrativos elevados 	<ul style="list-style-type: none"> • Análisis de mercadeo para determinar los patrones de consumo de los pobres 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando existe una demarcación clara entre los patrones de consumo de los pobres y los no pobres
D. Provisión universal				
	<ul style="list-style-type: none"> • Simple 	<ul style="list-style-type: none"> • Alta filtración 	<ul style="list-style-type: none"> • Mínima 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando el grupo de población objetivo está distribuido ampliamente entre la población

Fuente: Adaptado y traducido de (a) Banco Mundial. 2000. "What Are the Various Types of Targeting Mechanisms?". <http://www.worldbank.org/poverty/safety/design/choosing2p12.htm>. La anterior fuente fue a su vez adaptada de :World Bank. 1994. "Administering Targeted Social Protection Programs in Latin America and Uzbekistan Adjusting Social Protection."

3.10 LA ECONOMÍA POLÍTICA DE LA FOCALIZACIÓN³

Toda intervención de política pública produce ganadores y perdedores; el responsable de las políticas debe tener por objetivo el tratar de compensar a los perdedores sin castigar a los ganadores (por ejemplo, en el caso de las políticas de ajuste estructural de la economía). Sin embargo, existen distintos grupos de interés al interior de los gobiernos y de la administración de los programas sociales. Por ello no debe asumirse que el gobierno es un actor único y homogéneo. Así, el equilibrio de los diferentes grupos de poder al interior del gobierno o de los programas puede favorecer a algunos grupos en desmedro de otros.

La economía política de la focalización se refiere esencialmente a la necesidad de tomar decisiones en situaciones en donde compiten diferentes objetivos. Los siguientes son dos ejemplos: la tensión entre el objetivo de reducir filtraciones de subsidios por una lado, y el de reducir los costos de administración por el otro; o la tensión entre el deseo de focalizar los subsidios y aquel de implantar programas con beneficios más amplios pero que cuentan con una mayor viabilidad política.

Gelback y Prichett (1995) han desarrollado una hipótesis, por la cual argumentan que la focalización basada en indicadores globales al nivel de grupos puede acarrear ahorros en

³ . Extractado y traducido de: Banco Mundial. 2000. "The Political Economy of Targeting for Safety Net Programs." (<http://www.worldbank.org/poverty/safety/design/choosing2p19.htm>).

costos de administración de los subsidios que más que compensan los beneficios de una focalización más precisa. La auto-focalización, por otro lado, puede sobrevivir políticamente mejor que otras formas de focalización, porque el político puede argumentar que son los individuos quienes libremente deciden participar en el programa y que ello no es una decisión del gobierno.

Una lección que se desprende de la experiencia es que la decisión de adoptar programas focalizados o bien programas generalizados de transferencias universales puede ser de orden político, y por ello puede ser usada como parte de una plataforma electoral por los partidos políticos. Un análisis estándar de economía política (por ejemplo, aplicaciones de un modelo del votante medio) puede demostrar que el partido que apoya el programa focalizado perderá la elección, independientemente del criterio que adopte para focalizar, porque responde a los anhelos de menos votantes.

4. EXPERIENCIAS EN FOCALIZACIÓN

4.1 BONOS ALIMENTARIOS PARA MADRES Y NIÑOS EN HONDURAS

En 1990, el Gobierno de Honduras inició el Bono Materno Infantil (BMI), implantándolo a través de los centros de salud estatales. Este programa surgió en respuesta a la gran prevalencia de la desnutrición en el país a fines de la década de los años ochenta.

Objetivos del programa focalizado. Los principales objetivos del BMI eran: (1) complementar los ingresos de la población pobre; (2) reducir la inseguridad alimentaria; (3) controlar la desnutrición durante el periodo de ajuste económico; y (4) promover un mayor consumo de atenciones preventivas y curativas materno-infantiles. El programa entregaba bonos alimenticios mensualmente, por un valor nominal aproximado de Lps. 20 (US\$ 4.00), a las madres que acudían a obtener atenciones materno-infantiles en establecimientos de salud públicos. Ellas podían decidir libremente si usaban el bono para comprar alimentos o para adquirir otro tipo de bienes en el mercado. La población objetivo del programa BMI eran todas personas pobres pertenecientes a los siguientes grupos: niños menores de cinco años (de preferencia los menores de dos años); mujeres embarazadas que no hubiesen recibido bonos en los últimos dos años; madres amamantando; niños inválidos menores de 12 años; y, en casos especiales, menores de 18 años.

Método de focalización utilizado. Al nivel nacional, el programa estaba focalizado geográficamente según criterios definidos por un programa alimentario conocido como PRAF⁴, sobre la base de indicadores regionales de desnutrición y pobreza. Este primer nivel de focalización permitió seleccionar aquellas regiones donde se efectuaría el programa. En un segundo nivel se practicó una focalización individual, en la cual el personal de los centros de salud seleccionaba a aquellas familias que podían participar en BMI. En aquellos centros con doctor (CESAMO) la focalización la realizaba la trabajadora social y en los sin doctor (CESAR), la ayudante de enfermería. La selección de beneficiarios se realizaba con base en el ingreso familiar y el estado nutricional de los niños en el hogar.

Resultados respecto al uso de servicios. Un estudio (Bitrán 1992) examinó el efecto del BMI en la utilización de los servicios de salud en tres regiones del país.⁵ Encontró que el uso de servicios curativos y preventivos por parte de los niños menores de 5 años aumentó drásticamente entre 1990 y 1991. En los centros de salud que no participaron en el BMI, en cambio, la utilización de este grupo poblacional disminuyó. El comportamiento de los adultos fue semejante, aunque menos pronunciado que el de los niños (Cuadro 14). Otro estudio realizado en 1995 concluyó que el programa de BMI tuvo un impacto importante y positivo sobre la educación de las mujeres, lo cual favorecería una demanda más apropiada por servicios de salud en ellas. Sin embargo, observó que no hubo cambios significativos en el consumo de calorías por parte mujeres y niños. Por otra parte, encontró que el consumo

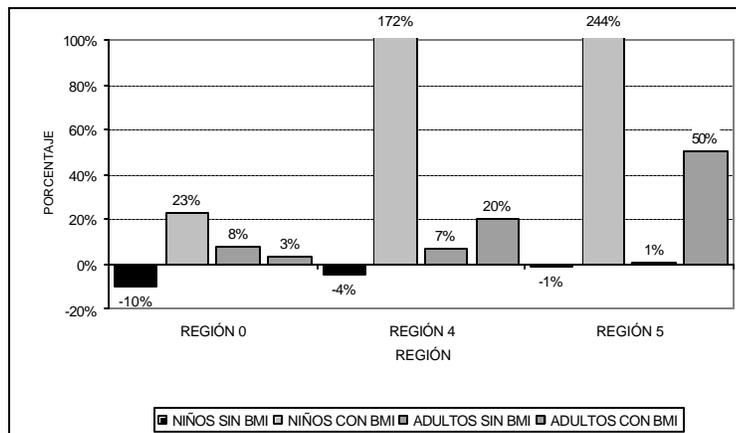
4. PRAF: Programa de Asignación Familiar.

5. Estas regiones fueron: el Distrito Nacional (Región 0), el Departamento del Valle (Región 4) y Santa Rosa de Copán (Región 5).

per cápita de proteína aumentó en sólo 3.5 gramos, cambio inferior al logrado a través de los programas alternativos conocidos como PAC y PAMI (los cuales alcanzaron aumentos de 5 y 4 gramos, respectivamente).

Resultados respecto a la precisión. El programa estuvo bien focalizado por cuanto todos los beneficiarios pertenecían a las familias más pobres. Es decir, el error Tipo II habría sido bajo o nulo. Sin embargo, BMI sólo cubrió una parte de la población objetivo (error Tipo I). No obstante, este error Tipo I no fue causado por una fuga de subsidios a los no pobres, sino porque BMI contaba con una cantidad modesta de recursos. Se estimaba que el programa bastaría para cubrir al 15% de la población pobre. En realidad sólo cubrió al 10% de ella, lo que se habría debido a los mayores costos de implantación que a una mala focalización.

Cuadro 6: Cambios en la utilización de los servicios de salud de niños y adultos. 1990-9



En realidad sólo cubrió al 10% de ella, lo que se habría debido a los mayores costos de implantación que a una mala focalización.

Costos de la focalización. Los costos de operación del BMI alcanzaron al 10% de los costos totales del programa. Una comparación entre este costo y el de los programas PAC y PAMI reveló que BMI era más eficiente, pues los costos administrativos de aquellos eran de un 36% y un 53% de los costos totales, respectivamente. Además, BMI arrojó un menor costo por beneficiario – Lps. 205 (US\$ 37.27) por año, versus Lps.390 para el PAC y Lps.432 para el PAMI.

Conclusiones. Durante el período de evaluación BMI fue un programa con focalización precisa, que promovió el consumo de servicios de salud primarios por parte de niños y adultos. BMI también fue un programa de costo relativamente bajo. Sin embargo, su desempeño, en cuanto a promover un mayor consumo calórico y proteico, fue comparativamente pobre.

4.2 FOCALIZACIÓN EN EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICO CHILENO

Chile posee un sistema de salud mixto. En el área del aseguramiento operan el Fondo Nacional de Salud (FONASA), entidad pública única, y las ISAPREs, seguros privados de salud. En el ámbito de la provisión operan numerosos establecimientos públicos y privados. En principio todo chileno puede escoger libremente entre el asegurador público y los aseguradores privados. En la práctica, sin embargo, es el nivel de ingreso de la persona lo que determina su acceso al FONASA o a una ISAPRE. Por ello, FONASA cubre a personas de ingresos medios bajos y bajos, y las ISAPREs cubren a personas de ingresos medios y altos. Aproximadamente el 75% de la población nacional está cubierta por el FONASA y el 25% por las ISAPREs. FONASA se financia aproximadamente en un 40% mediante

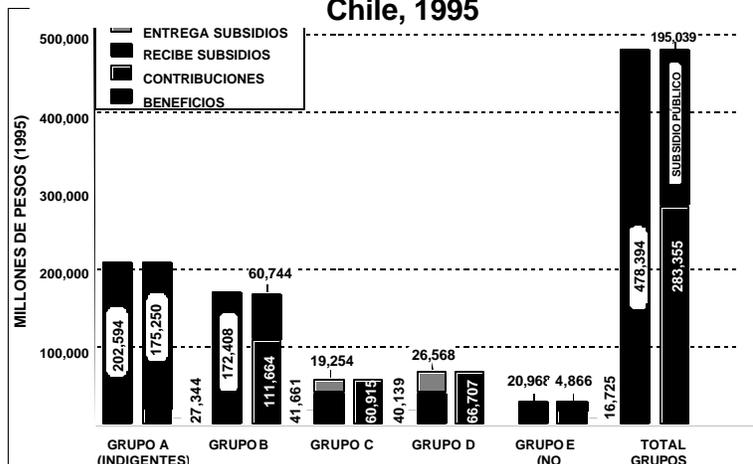
subsidios del tesoro de la nación y en un 60% a través de aportes de sus beneficiarios. Estos últimos consisten principalmente en cotizaciones previsionales iguales al 7% del sueldo y marginalmente en copagos efectuados por los pacientes. Las ISAPREs se autofinancian a través de las cotizaciones del 7% y de aportes adicionales voluntarios de los afiliados. Aproximadamente un 45% de los beneficiarios del FONASA son los llamados “indigentes” y son clasificados como “Grupo A”. Estas personas no efectúan aporte alguno al FONASA. El 55% restante son los llamados beneficiarios “cotizantes” (Grupos B, C y D) quienes cotizan su 7% y efectúan copagos. Los copagos son nulos o modestos para el Grupo B, medianos para el Grupo C y más altos para el Grupo D. Los asegurados de las ISAPREs y otras personas no beneficiarias de FONASA con ingresos medios y altos (Grupo E) pueden hacer uso del sistema público de salud mediante el pago de las tarifas a pacientes privados.

Objetivos del programa focalizado. En 1994 el Ministerio de Salud y FONASA formularon los siguientes principios de equidad en el financiamiento del seguro público de salud. Principio 1: Los beneficios recibidos por los indigentes (Grupo A) deben financiarse exclusivamente con subsidios públicos; Principio 2: Los beneficiarios cotizantes (Grupos B, C y D) deben conjuntamente financiar el total de sus beneficios; y Principio 3: Al hacer uso del sistema público de salud, las personas del Grupo E deben al menos financiar, mediante pagos de bolsillo, el costo total de los servicios que consumen. Además esas instituciones formularon el siguiente principio de eficiencia en el financiamiento: El gobierno debe financiar los bienes públicos de salud para todos los ciudadanos.

Método de focalización utilizado. FONASA ha adoptado un sistema de focalización basado en la evaluación individual. Los beneficiarios indigentes del FONASA deben someterse a una prueba de medios realizada por trabajadores sociales empleados en los 27 servicios de salud públicos del país o en las municipalidades. Los beneficiarios cotizantes también deben someterse a una prueba de medios, pero esta es efectuada directamente por funcionarios del FONASA. Se trata de una prueba sencilla, sin embargo, que consiste en una verificación de la colilla de pago, o de la declaración de ingreso, del cotizante. Los beneficiarios cotizantes son clasificados en los grupos B, C y D, dependiendo de su nivel de ingreso. Tanto los beneficiarios indigentes como los cotizantes del FONASA deben portar una credencial de esa institución al solicitar atención. El proveedor médico tiene la obligación legal de verificar la existencia de dicha credencial antes de otorgar atenciones de salud bajo las condiciones estipuladas por el FONASA.

Resultados de la focalización. Un estudio encargado por el Ministerio de Salud y FONASA evaluó el grado de cumplimiento con los principios de financiamiento formulados más arriba. Sus principales resultados fueron: (1) Los beneficiarios indigentes (Grupo A) fueron financiados casi exclusivamente por subsidios públicos, respetando el Principio 1 (ver Cuadro 15); (2) los beneficiarios cotizantes en su conjunto (Grupos B, C y D) prácticamente autofinanciaron sus beneficios, respetando el Principio 2; (3) al interior del grupo de beneficiarios cotizantes, sin embargo, hubo subsidios cruzados: los aportes de las personas

Cuadro 7: Beneficios, contribuciones y subsidios cruzados del sistema de seguro público de salud en Chile, 1995



en los grupos C y D excedieron sus beneficios; la diferencia constituyó un subsidio cruzado que estos dos grupos otorgaron a los beneficiarios del Grupo B, cuyos aportes fueron inferiores a sus beneficios; (4) las personas del Grupo E efectuaron aportes inferiores a sus beneficios, contraviniendo el Principio 3; y (5) existe un gran número de ciudadanos empleados en el sector informal no inscrito en el FONASA. Estas personas usan el sistema público de salud, ya sea mediante la presentación de credenciales ajenas o falsas, o evitando el trámite de presentación de credencial.

Conclusiones. El sistema público de salud chileno utiliza la focalización basada en la evaluación individual para determinar si las personas pueden pertenecer al FONASA en calidad de indigentes, y también para asignar a los beneficiarios cotizantes a distintos grupos, lo cual determina el nivel de sus copagos. Se estima que el costo del sistema de focalización es bajo. Dos de los tres principios de equidad formulados por el gobierno se cumplen. Sin embargo, las personas de ingresos medios y altos que hacen uso del sistema público de salud derivan un beneficio neto de dicho uso, lo que constituye una filtración de subsidios públicos. No obstante, esta filtración (estimada en aproximadamente Ch\$ 5.000 millones) parece ser modesta con relación al volumen total de subsidios públicos otorgados (Ch\$ 195.000 millones). FONASA debiera: (1) revisar el sistema de tarifas impuesto a usuarios particulares (Grupo E); (2) considerar la opción de hacer la afiliación a algún sistema previsional de salud (FONASA o ISAPREs) obligatoria para todos los trabajadores, no sólo los del sector formal sino también los del sector informal; (3) evaluar y reforzar el actual sistema de prueba de medios e identificación de beneficiarios indigentes y cotizantes; y (4) evaluar y mejorar el sistema de otorgamiento, mantención y verificación de credenciales del FONASA.

4.3 FOCALIZACIÓN DE SUBSIDIOS PÚBLICOS EN LA REFORMA DE SALUD COLOMBIANA

En 1993 Colombia adoptó una reforma radical en su sistema de seguridad social en salud, mediante la aprobación de la Ley 100. Hasta ese momento, el sistema público de salud se caracterizaba por ser ineficiente en la asignación de los recursos, por focalizar inadecuadamente los subsidios públicos y por tener una baja productividad. Además, se estimaba que la cobertura de los seguros de salud (públicos y privados) era baja, al igual que el acceso a las atenciones. Los principales objetivos de la reforma eran: (1) lograr la cobertura universal para un conjunto de prestaciones básicas de salud; (2) mejorar la eficiencia en la producción; y (3) alcanzar niveles adecuados de calidad en la atención. La reforma establecía el derecho de todo ciudadano a acceder a un paquete básico de beneficios médicos y a escoger libremente su asegurador de salud. Las personas con capacidad de pago debían afiliarse a alguna Entidad Promotora de Salud (EPS) –un asegurador privado– mediante el pago de una prima mensual igual al 12% de sus ingresos. La población pobre debía afiliarse a una Administradora del Régimen Subsidiado (ARS), entidad aseguradora financiada mayoritariamente por el estado mediante subsidios directos a la afiliación y minoritariamente por las primas de los suscriptores de las EPS.⁶ La provisión estaba en manos de prestadores públicos y privados, quienes se esperaba competirían entre ellos por suscribir contratos de prestación con las EPS y ARS.

⁶. De la prima del 12%, 11% se destinaba al financiamiento de la EPS y el 1% a otorgar subsidios cruzados a las ARS, a través del Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA.

Método de focalización utilizado. Para identificar a la población objetivo de los servicios de salud subsidiados por el gobierno —es decir quién podría pertenecer a una ARS— se adoptó un método de focalización individual basado en una evaluación sistemática del nivel de pobreza de los hogares. Para ello se desarrolló el Sistema de Selección de Beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN), el cual fue implantado con una encuesta aplicada al universo de hogares de cada municipio. Mediante información proveniente de la encuesta, cada hogar recibe una puntuación que varía entre 0 y 100 y que es calculada sobre la base de cuatro características del hogar: (1) calidad de la vivienda y posesión de bienes; (2) consumo de servicios; (3) características demográficas de los miembros del hogar; y (4) educación de los miembros del hogar y cobertura de seguridad social. Aquellos hogares con una puntuación inferior a 48 puntos pueden ser beneficiarios de los subsidios públicos para afiliación en una ARS.

Resultados obtenidos. A fines de 1996, 5,6 millones de pobres se habían afiliado a una ARS, lo que representa el 50% de la población indigente de Colombia y un logro considerable de la reforma. Desgraciadamente, no se dispone aún de información que permita evaluar la precisión del sistema de focalización de subsidios públicos. Por otra parte, se han presentado algunos problemas en la implantación del SISBEN. Ellos incluyen, entre otros, la falta de adecuación de SISBEN a la realidad de cada región y la escasez de recursos para la aplicación del SISBEN. Ello ha llevado a algunos municipios a adoptar sistemas alternativos de focalización, como por ejemplo el uso de información censal para clasificar a la población en estratos a partir de los cuales se selecciona a los beneficiarios.

Conclusiones. La reforma de salud colombiana ha sido ambiciosa, al intentar resolver, mediante su diseño novedoso, los principales problemas que presentaba el sector salud antes de ella. La focalización de subsidios públicos por medio del SISBEN ha sido un intento válido y sistemático de asignar recursos del tesoro a los más pobres, para así lograr un mayor grado de equidad en el sector salud. Los problemas de implantación del SISBEN eran previsibles, pero ello no niega la necesidad de un procedimiento de esa naturaleza. Más bien sugiere que algunos ajustes deben ser hechos, por ejemplo flexibilizando el SISBEN para adaptarse a las circunstancias locales, de modo de hacer más operativo el sistema de focalización.

4.4 EVIDENCIA SOBRE 30 PROGRAMAS SOCIALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Los ejemplos anteriores ilustran los resultados de algunos programas focalizados específicos. Existe, sin embargo, una evaluación reciente realizada por Grosh (1995) de un conjunto de 30 programas sociales focalizados en la región latinoamericana. En esta sección se presentan los resultados de esa investigación, la cual buscó evaluar la relación entre los costos administrativos de la focalización y sus resultados, en términos de precisión.

Objetivo de los programas. El objetivo de los programas incluidos en el estudio de Grosh es la entrega de beneficios a los sectores pobres de la población, con el fin de paliar los efectos del aumento de pobreza en la década de los ochenta y la necesidad de mitigar los costos sociales generados por los programas de ajuste macroeconómico. Estos programas sociales son financiados con fondos nacionales y son ejecutados por instituciones públicas o por organizaciones no gubernamentales.

Tabla 3: Programas sociales subsidiados incluidos en el estudio de Grosh

Tipo de programa subsidiado	Número de programas
Entrega de alimentos o subsidios	8
Entrega de almuerzos escolares	3
Entrega de estampas de alimentos	5
Entrega de salud libre de pago, o de costo reducido, o con seguro de salud	3
Entrega de préstamos al estudiante	3
Entrega de dinero en efectivo	3
Provisión de empleo	2
Entrega de servicios de salud cuna o jardín infantil	2
Entrega de hipotecas	1
TOTAL	30

Fuente: Grosh 1995.

Métodos de focalización utilizados. Los programas estudiados utilizan diversos métodos de focalización: la focalización basada en la evaluación individual (17 programas); la focalización grupal o según localización geográfica (7 programas); y la auto-focalización (6 programas). La investigadora examinó el costo de los programas focalizados, incluyendo costos administrativos y costos específicos del esfuerzo de focalización; y el volumen de beneficios de los programas focalizados que llegaba al 40% más pobre de la población (es decir, los dos quintiles inferiores de ingreso). Luego comparó costos y precisión entre programas focalizados por un lado y no focalizados por otro. Finalmente, comparó costos y precisión para distintos tipos de programas focalizados.

Resultados de la focalización. Grosh concluyó que los mejores resultados obtenidos en programas no focalizados (con subsidios generales de precios), entregan el 37% de los subsidios al 40% de los hogares pobres. En tanto, los programas focalizados con peor desempeño logran una asignación de subsidios muy superior, destinando el 59% de los beneficios al 40% más pobre de la población. Al considerar todos los programas no focalizados y focalizados (en lugar de comparar el mejor de la primera categoría con el peor de la segunda) la autora encontró que los programas no focalizados destinan un 33 % de los beneficios a los dos quintiles más pobres, mientras que en los programas focalizados asignan un 72% de los beneficios a esa población. Estos resultados permiten afirmar que, en términos de incidencia, los programas focalizados tienen resultados considerablemente superiores a los no focalizados. Al indagar sobre el desempeño de los diferentes métodos de focalización, Grosh concluye que los diferentes métodos logran resultados similares. Los programas focalizados con base en la evaluación individual logran canalizar, en promedio, un 73% de los beneficios a los dos quintiles más pobres; esta cifra es de un 72% para los programas con focalización geográfica (o grupal); y de un 71% para los programas auto-focalizados.

Costos de la focalización. Los costos administrativos promedio varían según el método de focalización empleado. El estudio señala que los programas que utilizan la evaluación individual como mecanismo de focalización, presentan un costo administrativo promedio igual al 9 % de los costos totales. La cifra equivalente en los programas con focalización geográfica es de un 7% y es de un 6% para aquellos programas que utilizan el método de auto-focalización. No todos los costos administrativos están asociados al esfuerzo de focalización, sin embargo. Grosh estima que los costos propios del esfuerzo de focalización varían entre 0,4% y 8% del costo del programa.

Conclusiones. Al examinar la relación entre los costos administrativos y la incidencia de la focalización en 30 programas sociales de países latinoamericanos, Grosh concluye su investigación con los siguientes hallazgos: (1) Los programas focalizados tienen mejores

resultados, en términos de incidencia, que los no focalizados; (2) Los diferentes métodos de focalización logran resultados similares en términos de incidencia de beneficios; (3) Los costos administrativos de los programas que utilizan algún método de focalización no son excesivamente altos; (4) Los resultados indican que parece no haber ninguna conexión clara entre los resultados de la focalización y los costos administrativos.

5. CONCLUSIONES

Este documento presenta conceptos relacionados con la noción de la focalización de subsidios en programas de salud y en otros programas sociales; ilustra dichos conceptos mediante ejemplos reales; y examina cuatro casos concretos de programas focalizados en América Latina.

La focalización de subsidios públicos en salud comprende un conjunto de métodos orientados a dirigir con precisión los subsidios hacia grupos específicos de la población, generalmente los más pobres. La focalización surge como una alternativa a los subsidios generales de precios o a la provisión universal. El principal objetivo de los programas focalizados es mejorar la incidencia de los subsidios (es decir, lograr que una mayor proporción de los subsidios llegue a los más necesitados). Una mejor incidencia permite mejorar la equidad en el sector salud.

Un análisis de experiencias sugiere que algunos programas de salud (y otros programas sociales) no focalizados de salud poseen una mala incidencia y que ésta puede ser mejorada sustancialmente mediante la focalización. El costo de la focalización puede ser muy bajo con relación a los costos totales del programa. Sin embargo, la adopción al nivel nacional y masivo de sistemas de focalización presenta dificultades operativas. Mejorar el desempeño de los programas focalizados, a través de ajustes a las herramientas de focalización, es un proceso tedioso y un desafío para quienes participan en la formulación y adopción de reformas en el sector salud.

PUBLICATIONS OF THE REGIONAL INITIATIVE OF HEALTH SECTOR REFORM FOR LATIN AMERICA AND THE CARIBBEAN

1. Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean (English/Spanish)
2. Base Line for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean (English/Spanish)
3. Análisis del Sector Salud en Paraguay (*Preliminary Version*)
4. Clearinghouse on Health Sector Reform
5. Final Report – Regional Forum on Provider Payment Mechanisms (Lima, Peru, 16-17 November, 1998) (English/Spanish)
6. Indicadores de Medición de la Reforma del Sector Salud en cuanto al Desempeño del Sistema
7. Mecanismos de Pago a Prestadores en el Sistema de Salud: Incentivos, Resultados e Impacto Organizacional en Países en Desarrollo
8. Cuentas Nacionales de Salud: Bolivia
9. Cuentas Nacionales de Salud: Ecuador
10. Cuentas Nacionales de Salud: Guatemala
11. Cuentas Nacionales de Salud: México
12. Cuentas Nacionales de Salud: Perú
13. Cuentas Nacionales de Salud: República Dominicana (*Preliminary Version*)
14. Cuentas Nacionales de Salud: Nicaragua
15. Cuentas Nacionales de Salud: El Salvador (*Preliminary Version*)
16. Health Care Financing in Eight Latin American and Caribbean Nations: The First Regional National Health Accounts network

Special Edition

1. Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en América Latina y el Caribe

To view or download any LAC/HSR Initiative publication, please visit our website at:
<http://www.americas.health-sector-reform.org/>
and select "LAC/HSR Initiative Product Inventory."