

APALANCANDO EL MICROSEGURO DE SALUD PARA PROMOVER LA COBERTURA DE SALUD UNIVERSAL

Meredith Kimball, Caroline Phily, Amanda Folsom,
Gina Lagomarsino, Jeanna Holtz¹
Septiembre 2013

Todos los miembros de una sociedad tienen derecho a la seguridad social, incluyendo el acceso a servicios médicos. Sin embargo, aproximadamente el 75 por ciento de la población mundial no está protegida adecuadamente y aproximadamente el 40 por ciento carece incluso de protección básica. Mientras tanto, el interés por la cobertura de salud universal (UHC, por su sigla en inglés), “un sistema en el cual todos en una sociedad pueden obtener servicios de salud que necesitan sin pasar dificultades económicas” (vea el cuadro 1 para la definición) está creciendo en países tan distintos como China, Ghana, Indonesia, México y Sudáfrica.

Muchos países están desarrollando seguros de salud auspiciados por el gobierno como camino principal hacia la UHC. En estos mismos países, existen esquemas de microseguros de salud privados (HMI, por sus siglas en inglés) auspiciados por organizaciones comunitarias, compañías comerciales de seguros u otras que comparten muchas de las mismas metas que los esquemas de seguros de salud auspiciados por el gobierno.

Una barrera significativa para brindar protección social en salud en muchos países de ingresos bajos y medios es la dificultad de llegar a trabajadores informales y a sus familias. Los gobiernos tienen dificultades para identificar individuos, afiliarlos y recolectar primas, funciones en las que los proveedores de HMI se encuentran en una buena condición. Sin embargo, los esquemas HMI tienen dificultades en lograr escala y en acceder a recursos suficientes. Los gobiernos se encuentran en una mejor posición en estos dos últimos aspectos. Estas posiciones complementarias abren oportunidades a la colaboración.

Esta Briefing Note analiza la experiencia en Camboya, Ghana, India, Kenia, Tailandia, Tanzania y Filipinas. Explora la hipótesis de que las iniciativas del seguro auspiciadas por el gobierno deben colaborar con actores privados para acelerar la expansión del seguro de salud a trabajadores informales y a sus familias.

CUADRO 1. Definición: Cobertura universal de salud

La cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) es “un sistema en el cual todos en una sociedad pueden obtener los servicios de salud que necesitan sin pasar dificultades económicas.” La teoría de sustento es que la UHC puede incrementar el acceso a servicios esenciales de salud, mejorar la protección financiera y en última instancia llevar a mejores indicadores de salud. El UHC se mide en tres dimensiones: la amplitud – quién está cubierto; profundidad – qué servicios están cubiertos; y altura – qué proporción del costo está cubierto.

Fuentes: Savedoff, W., de Ferranti, D., Smith, A. & Fan, V. 2012. «Características económicas y políticas de la transición a la cobertura universal de salud» en *The Lancet*. y Organización Mundial de la Salud. 2010. *Reporte mundial de la salud 2010. Financiamiento de sistemas de salud: El camino a la cobertura universal*. (Ginebra. WHO).

LOS ROLES DE LOS ACTORES PRIVADOS EN EL ESQUEMA UHC

La naturaleza de la colaboración entre gobierno y actores privados evoluciona en el tiempo y puede diferir de acuerdo al contexto; sin embargo, existe un rol permanente para el HMI en apoyar las iniciativas del gobierno y mejorar el acceso a servicios de salud de calidad o protección financiera. Nuestros resultados sugieren cuatro roles en los cuales los esquemas HMI y otros actores privados pueden ser apalancados para promover el UHC: sustitución, fundamento, asociación y complemento. La figura 1 muestra la forma en que se presentan estos roles de forma evolutiva continua hacia la UHC.

¹ Este resumen es extraído del Microinsurance Paper No. 23 disponible en <http://www.ilo.org/microinsurance>. Meredith Kimball, Amanda Folsom y Gina Lagomarsino son parte de los resultados del Instituto de Desarrollo. Caroline Phily y Jeanna Holtz forman parte del Fondo para la Innovación de Microseguros de la OIT.

Es importante hacer notar que, en realidad, la evolución es más interactiva y se pueden aplicar múltiples roles en momentos determinados en el tiempo; el marco de referencia presenta una ilustración simplificada de esta progresión.

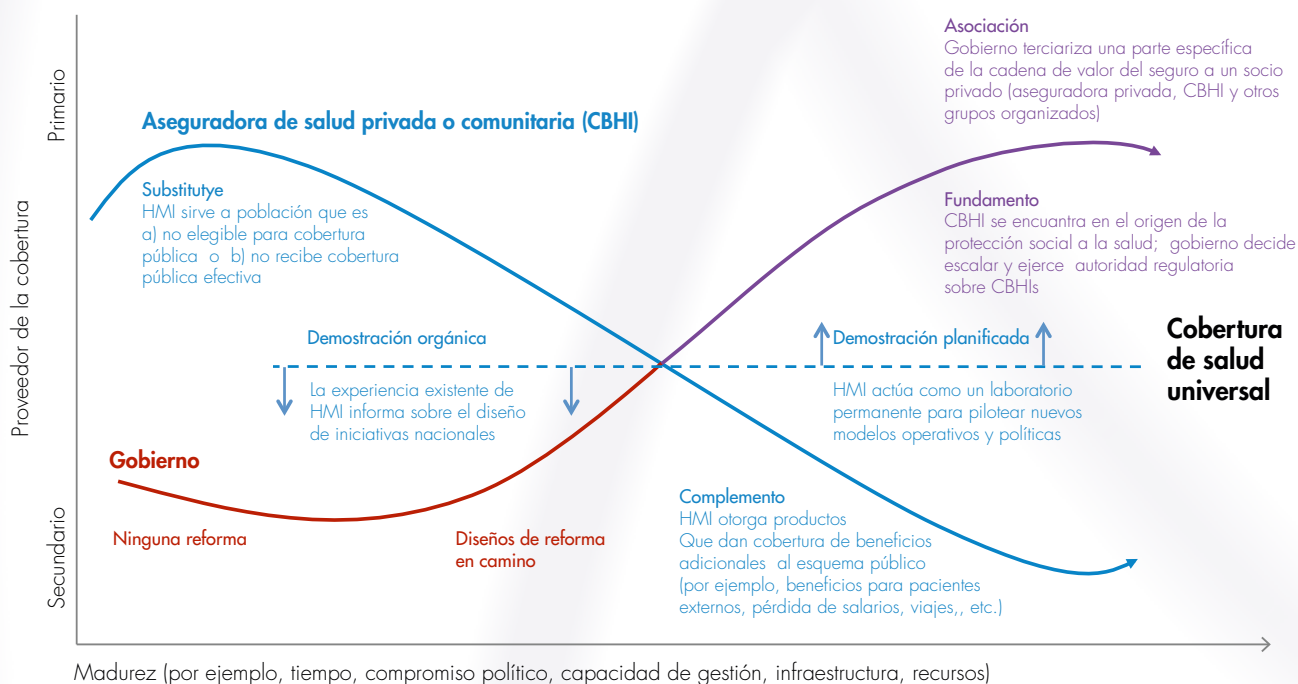
1. En un principio, los esquemas de HMI, a menudo en la forma de seguro de salud comunitario (CBHI, por sus siglas en inglés) sustituyen a las iniciativas de gobierno que todavía no han sido diseñadas o implementadas efectivamente. En casos donde la participación del gobierno es limitada, esta sustitución puede predominar por un período indefinido. En otras situaciones, los esquemas de HMI pueden sustituir a las iniciativas del gobierno durante la fase inicial de la evolución de un país hacia un esquema de UHC, y disminuir mientras progresan las reformas del gobierno.

2. Los gobiernos también pueden apalancar los activos de los esquemas CBHI al utilizarlos como un **cimiento** para escalar a las iniciativas del UHC. En Ghana, los esquemas CBHI fueron consolidados en un esquema de gobierno que es manejado a nivel de distrito (vea el Cuadro 2). En Tailandia, el gobierno incorporó las lecciones de los esquemas iniciales CBHI en el diseño de un esquema voluntario para trabajadores informales. Subsecuentemente fusionó este esquema con un esquema dirigido a los pobres y se creó un esquema obligatorio único – el Esquema de Cobertura Universal – que da cobertura a trabajadores informales y aquellos de bajos recursos.

3. Los gobiernos también pueden formar asociaciones con los esquemas de HMI y otros actores privados para ofrecer funciones vitales de seguro, tales como el mercadeo, identificación de clientes elegibles, afiliación, recolección de primas, e incluso el procesamiento de siniestros y de asegurador de riesgos. Esta puede ser una alternativa atractiva a crear y brindar las funciones dentro del gobierno, y puede permitir una masificación más rápida y eficiente. En Kenia y las Filipinas, el gobierno subcontrata funciones de contacto con clientes de seguro, como la afiliación a socios del sector privado; el esquema Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY, por su sigla en inglés) en la India adicionalmente hace lo mismo para funciones administrativas de seguro, tales como la gestión de los siniestros (vea cuadro 3).

4. Incluso cuando las iniciativas de gobierno expandan sus beneficios, los esquemas de HMI pueden ofrecer productos valiosos que **complementen** los beneficios del gobierno. Por ejemplo, se pueden brindar: cobertura a servicios de pacientes externos si estos no están contemplados en el paquete global de beneficios, protección financiera adicional contra costos de transporte relacionados a salud, pérdida de salarios, guardería o acceso a servicios de salud fuera de la red del gobierno. Ejemplos del rol complementario del HMI pueden ser vistos en India, Jordania, Kenia y Sudáfrica, así como en países más desarrollados.

FIGURA 1. Apalancando el HMI para promover el esquema UHC



CUADRO 2. Masificación del esquema de salud en Ghana

Desde el lanzamiento de los esquemas CBHI en Ghana en 1999, la cobertura en el país ha escalado en dos fases.

1. Primero, los esquemas de CBHI proliferaron orgánicamente a lo largo de todo el país, motivados por los principios solidarios de las comunidades. El modelo de CBHI se expandió rápidamente, de tres esquemas en 1999 a 258 en 2003. A pesar de que la cobertura total en todo el país era todavía limitada, esto promovió una cultura de seguro de salud y estableció el fundamento para la segunda fase.
2. Después de un cambio de gobierno en el año 2000, y la aprobación de la Ley del Seguro Nacional de Salud, el nuevo gobierno ordenó que se estableciera un nuevo esquema de seguro de salud y que sea administrado a nivel de distrito, ofreciendo un paquete estándar de beneficios.



© Freedom from Hunger

Esta mezcla de la capacidad existente del CBHI con un enfoque de arriba hacia abajo del marco de referencia nacional incrementó las tasas de cobertura 30 veces en un período de tiempo relativamente corto, para alcanzar el nivel presente del 35 por ciento. Para disuadir a los esquemas existentes de CBHI de ofrecer duplicación en la cobertura, el gobierno les ofreció la elección de afiliarse con el NHIS y recibir los beneficios de un subsidio del gobierno y otro apoyo, o mantener un esquema independiente de CBHI y modificar su paquete de beneficios. Dados los incentivos financieros, la mayoría de los esquemas eligieron afiliarse con el plan del gobierno. Aquellos que no se afiliaron redujeron su cobertura para brindar productos complementarios exclusivamente, tales como medicamentos o dinero en efectivo para transporte.

Fuentes: Atim, C. 2010. Documento de antecedentes sobre NHIS para Oxfam GB (no publicado) Manuscrito no publicado y Red Conjunta de Aprendizaje. Julio 6, 2012. Entrevista con Sam Adjei, Director Ejecutivo de CHESS, y Philp Aakanzingo, del Servicio de Salud de Ghana.

CUADRO 3. Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY)



© The Facility

En el 2007, el Ministro de Trabajo y Empleo de la India (MoLE) lanzó el programa *Rashtriya Swasthya Bima Yojana* (RSBY). El RSBY está dirigido a la población que se encuentra Debajo de la Línea de Pobreza (BPL) (constituido por grupos ocupacionales como los trabajadores domésticos y al que se añadieron a los trabajadores de la construcción a mediados de 2012). El esquema, principalmente, cubre beneficios de medicina interna, ofreciendo hasta INR 30.000 por familia por año para tratamiento de hospitalización, tanto en instalaciones públicas como privadas. Actualmente, los beneficios están siendo expandidos para dar servicios de cobertura a pacientes externos. Los costos son compartidos entre el gobierno central (75 por ciento) y el gobierno estatal (25 por ciento). Hasta enero de 2013, el esquema prestó servicio a 445 de los 625 de los distritos de la India y alcanzó el 51 por ciento de la población objetivo, aproximadamente 34 millones de personas.

El RSBY opera a través de una red de agencias nodales estatales (SNA, por sus siglas en inglés) las cuales están alojadas en diferentes agencias estatales (Departamento de Trabajo, Departamento de Salud, Departamento de Desarrollo Rural). Estas SNA son responsables de contratar a las compañías de seguros – tanto públicas como privadas – mediante un proceso de licitación. Las compañías de seguro tienen la responsabilidad de contratar a la red de proveedores, de educar y afiliarse a los beneficiarios y de procesar los siniestros. El gobierno supervisa por medio de gerentes a nivel de distrito, quienes monitorean el esquema, a pesar de que su capacidad es limitada. Continúa apoyándose en las compañías de seguro y sus administradores independientes para cubrir las deficiencias en áreas tales como información y protección al consumidor, gestión de datos y análisis.

Las funciones de RSBY son compartidas entre el gobierno central y los gobiernos estatales, SNA, compañías de seguro, y administradores independientes:

Fuente: RSBY. 2013. RSBY: *Rashtriya swasthya bima yojana*. Disponible en: <http://www.rsby.gov.in/Overview.aspx> [8/2/2013].

EL EFECTO DE DEMOSTRACIÓN

Los esquemas de HMI pueden ser “incubadoras de aprendizaje” y crear un efecto de demostración para quienes definen la política pública. Durante las fases iniciales de implementación de una estrategia financiera de salud, los esquemas de HMI pueden brindar lecciones valiosas a los gobiernos sobre cómo llegar a los grupos excluidos. A partir de ahí, se pueden realizar programas piloto para nuevos productos o modelos operativos en colaboración con el gobierno.

La experiencia de HMI tiende a ofrecer información sobre las características de trabajadores informales (por ejemplo, tendencias de ingreso, conducta de mejora de comportamiento higiénico) para informar beneficios en el diseño (por ejemplo, servicios y preferencias en cuanto al proveedor), así como de datos para tarificar de forma más acertada (por ejemplo, incidencia y costo promedio de los siniestros). La experiencia del HMI también puede informar sobre establecer aspectos operativos, al crear y probar nuevas tecnologías (por ejemplo, la construcción de sistemas de información gerencial o tecnologías de punta), construyendo mecanismos de pago al proveedor servicios de salud y desarrollando las habilidades necesarias para ofrecer el seguro.

CONCLUSIÓN

Existen muchas oportunidades para apalancar los esquemas de HMI y a los actores privados dentro de las iniciativas del gobierno, pero no existe una respuesta única para llegar a la UHC. Lograr la UHC requiere de tiempo y recursos. Los países que han extendido significativamente la cobertura, particularmente a individuos que se encuentran en la economía informal, han expandido beneficios, incrementado subsidios y promulgado la afiliación obligatorio, a la vez de mejorar la infraestructura de

salud. Tales decisiones de política pública y la movilización de recursos que conlleva eso, constituyen desafíos extremos para la mayoría de los gobiernos.

La capacidad de los esquemas de HMI también varía; su habilidad de desempeñarse como socios del gobierno varía como resultado. El efecto de demostración de las iniciativas HMI puede ser valioso, pero las lecciones pueden ser específicas en relación al contexto. Además, no importa cuán bien diseñado o financiado este un HMI o esquema del gobierno, todavía existen limitaciones financieras y conductuales que limitan y distorsionan la demanda del público.

Un factor crítico para el éxito de cualquier forma de colaboración entre gobiernos y esquemas de HMI es el diálogo permanente y transparente entre todas las partes interesadas, a manera de alinear intereses y comprender fortalezas y debilidades de cada parte. Es importante que los que definen las políticas públicas comprendan y monitoreen el impacto del HMI en sus países y que articulen el rol óptimo del HMI en el tiempo. Es igualmente importante que los actores del HMI aboguen por el rol que ellos pueden jugar en apoyo a los esfuerzos del gobierno para lograr la UHC.

A pesar de una falta de soluciones claras para alcanzar la UHC, es evidente que el HMI puede contribuir a los esfuerzos del gobierno por servir a un gran número de trabajadores informales, y de que la colaboración puede reducir la duplicación o modelos que compitan entre sí. Los gobiernos deben mirar al HMI como una fuente de innovación y aprendizaje, y activamente buscar socios con experiencia, ideas frescas y capacidades complementarias.

Acogido por el Programa de Finanza Social de la Organización Internacional del Trabajo, el **Fondo para la Innovación en Microseguros** intenta aumentar la disponibilidad de seguros de calidad para las familias de bajos ingresos en el mundo en desarrollo con el fin de ayudarles a protegerse contra riesgos y superar la pobreza. El Fondo se inició en 2008 con el apoyo de una subvención generosa de la [Fundación Bill y Melinda Gates](#) a fin de contribuir a que la cobertura de los seguros llegara a millones de personas de bajos ingresos en el mundo e promover las lecciones aprendidas en término de microseguros. Se benefició también de subvenciones de [varios donantes](#) dentro de los cuales la [Z Zurich Foundation](#) y [AusAID](#).

Ver más en www.ilo.org/microinsurance



Oficina
Internacional
del Trabajo



microinsurance@ilo.org
www.ilo.org/microinsurance