

SERVICIOS DE VALOR AGREGADO EN LOS MICROSEGUROS DE SALUD

John Pott y Jeanna Holtz
Febrero 2013

En el estado indio de Andhra Pradesh, el centro de atención telefónica Aarogyasri/HMRI gestiona 25,000 llamadas al día, proporcionando asesoramiento clínico a una población de 85 millones de personas. Éste tal vez sea el ejemplo más destacado del creciente número de programas de microseguro de salud (MIS) que mejoran su propuesta de valor al cliente con servicios de valor agregado (SVA).

Con frecuencia, las familias de bajos ingresos mencionan los riesgos de salud como el principal riesgo al que se enfrentan y contra el cual necesitan desesperadamente protección. No obstante, estas mismas familias muestran un interés limitado por un producto básico de MIS, el cual, por un precio normalmente módico (alrededor de 10 dólares de EE.UU. por familia por año en la India), ofrece protección contra los efectos económicos potencialmente devastadores de una hospitalización. La falta de tangibilidad, la infrecuencia de la hospitalización y la voluntad de la familia y los amigos de prestar asistencia en tiempos crisis hacen que los MIS para gastos de hospitalización sean una propuesta de escaso valor para las familias de bajos ingresos. Por lo tanto, la demanda y, como consecuencia, el potencial de mercado de los MIS voluntarios han demostrado ser decepcionantes para muchas organizaciones que ofrecen MIS.

En cambio, las familias de bajos ingresos solicitan asistencia para gastos de salud más inmediatos, concretamente para los relacionados con la atención médica ambulatoria. A diferencia de estudios anteriores, los resultados recientes han demostrado que el “goteo” constante de gastos relacionados con la atención médica ambulatoria (consultas y medicamentos) debido a enfermedades graves y, con frecuencia, infecciosas, y a afecciones crónicas conduce al triple de familias a la pobreza que los gastos de atención médica hospitalaria. Lamentablemente, las prestaciones integrales para la atención médica ambulatoria serían impagables para las familias de bajos ingresos, mientras que las primas probablemente serían entre dos y tres veces superiores (entre 20 y 30 dólares de EE.UU. por familia por año en la India) que la prima correspondiente tan sólo a la cobertura de atención médica hospitalaria.

Una serie de profesionales de MIS, fundamentalmente en el subcontinente indio, han comenzado a ofrecer SVA, a título experimental, con el fin de aumentar el atractivo de un producto básico de MIS. Los SVA son interesantes para los proveedores de MIS, debido a su considerable potencial para mejorar tanto la viabilidad comercial del MIS como su propuesta de valor para el cliente. Para los clientes, los SVA proporcionan un valor tangible más inmediato (en comparación con tan sólo el seguro de atención médica hospitalaria) y, en teoría, estando en mejor estado de salud y en mejor capacidad productiva. Los SVA deberían generar un valor comercial adicional al reducir tanto la adquisición de pólizas como los costos de siniestros. Al promover un mayor número de renovaciones, los SVA podrían desempeñar un papel en la gestión de la selección adversa, al reducir la propensión de los clientes a afiliarse de manera selectiva cuando esperan utilizar las prestaciones proporcionadas, y a desafiliarse posteriormente para evitar las primas continuas. Si los SVA promueven un diagnóstico y un tratamiento más tempranos, también podrían reducir la frecuencia e intensidad de la atención médica hospitalaria, y reducir por tanto los costos de siniestros para los programas de MIS de atención médica hospitalaria con los que están unidos.

En este “briefing note”¹ se presentan los resultados de un análisis de 13 programas de MIS con SVA y se presentan asimismo percepciones de siete programas que no están vinculados actualmente a un MIS, pero que podrían convertirse en SVA en el futuro.

© FMIA



¹ Esta nota está extraída del Microinsurance Paper núm. 19, que incluye las citas y detalles pertinentes sobre la metodología y los casos examinados. El documento puede consultarse en el sitio web: www.ilo.org/microinsurance. John Pott es un consultor independiente, y Jeanna Holtz forma parte del Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT.

TIPO DE SVA

Los SVA se definen como servicios que están vinculados con programas de MIS existentes con el fin de proporcionar más valor a los clientes y de mejorar la viabilidad comercial de los programas de MIS. Los SVA están disponibles para los miembros de un programa de MIS en el momento de la afiliación (por ejemplo, una verificación inicial para el afiliado) o posteriormente durante el período de cobertura (por ejemplo, descuentos para las consultas médicas o para la adquisición de medicamentos en farmacias).

En el cuadro 1 se enumeran los SVA de los MIS analizados por el estudio, así como aquéllos que podrían vincularse como SVA en el futuro.

De estos SVA, los servicios de atención médica telefónica son los que han logrado una mayor escala y los que más han proliferado,

probablemente porque parecen ser los más valorados por los clientes. Aprovechándose del uso extendido de los teléfonos celulares en la actualidad, un servicio de atención médica telefónica ofrece consultas “virtuales” para los hogares de bajos ingresos, lo cual reviste particular importancia en las zonas remotas. Los operadores más grandes actúan como un centro de atención telefónica, y cuentan con un equipo de enfermeras y médicos situados en un lugar central y accesible a través del centro de atención telefónica. Los programas más sofisticados utilizan algoritmos de diagnóstico clínico, que permiten que las llamadas entrantes puedan ser atendidas por enfermeras en el centro de atención telefónica. Las enfermeras realizan diagnósticos y prestan asesoramiento clínico sobre casos relativamente simples (por ejemplo, tratamiento de las condiciones con medicamentos sin receta).

Cuadro 1 Tipos de SVA (actuales y futuros)

Categoría de SVA	Intervención de los SVA	Descripción
PREVENTIVA	Educación sanitaria	➤ Educación al cliente para evitar las enfermedades y promover una mejor salud (higiene, nutrición, etc.).
	Campamento de salud	➤ Más habitual en el caso de los SVA preventivos; pueden incluir la educación, la consulta y la prescripción de medicamentos.
	Controles médicos	➤ Los clientes son examinados para detectar riesgos contra la salud o enfermedades (por ejemplo, hipertensión).
TERAPÉUTICA: CONSULTAS	Consultas en persona	➤ Una consulta que conlleva el examen físico directo del paciente y el intercambio en tiempo real entre el paciente y el proveedor de atención médica. Generalmente limitada en términos de alcance o de número de visitas para contener los costos; concebida para reducir los gastos directos y para mejorar el acceso a la atención primaria.
	Consulta a distancia Servicio de atención médica telefónica	➤ Contacto telefónico con un proveedor de atención médica (enfermera o médico). Normalmente considerada una forma conveniente y de bajo costo para proporcionar acceso a un diagnóstico básico y a asesoramiento médico. Puede conducir a una remisión para una consulta en persona, si está justificado. Máxima escala y proliferación de los SVA hasta la fecha.
	Consulta a distancia: asistente que utiliza un médico a distancia y un diagnóstico a distancia mediante herramientas tecnológicas*	➤ Transmisión mediante el uso de tecnología de información básica de diagnóstico (por ejemplo, presión arterial, electrocardiograma, pulso, etc.) por un asistente sanitario médicamente calificado que proporciona un diagnóstico y un tratamiento recomendado al paciente a distancia.
THERAPÉUTICA: ACCESO A SUMINISTROS Y SERVICIOS DE BAJO COSTO	Medicamentos de bajo costo	➤ Suministro de medicamentos de calidad a clientes en farmacias propias o contratadas a un precio reducido o a un costo inferior al del mercado, y mejor acceso a los medicamentos.
	Clínicas de bajo costo*	➤ Facilitación de consultas de bajo costo, medicamentos de bajo costo y diagnósticos de bajo costo, con médicos empleados por la clínica.
	Diagnósticos de bajo costo	➤ Facilitación de diagnósticos de calidad a clientes en farmacias propias o contratadas a precios reducidos o a un costo inferior al del mercado; concebidos para reducir los gastos directos y para mejorar el acceso a la atención primaria.
	Asistencia médica de emergencia	➤ Utiliza tecnología GPS y un centro de atención telefónica para facilitar el acceso apropiado y con una respuesta rápida a la atención de salud en caso de emergencia médica. Incluye transporte en ambulancia de los pacientes lesionados o gravemente enfermos a un hospital apropiado.

* Los SVA que podrían vincularse con los programas de MIS.



Cuando los casos son más complicados (por ejemplo, cuando se necesitan medicamentos con receta), las enfermeras remiten el caso a un médico del centro de atención telefónica.

Otros programas de SVA ofrecen un número limitado de consultas gratuitas al año para recibir asistencia médica ambulatoria. Los diagnósticos asistidos por tecnología transmitidos a un médico que trabaja desde un lugar remoto, cuando se vinculan con un programa de MIS, ofrecen un potencial considerable como SVA para el futuro. Sin embargo, otros programas ofrecen acceso a medicamentos a precio reducido o de bajo costo o, para el futuro, acceso a cadenas de clínicas de bajo costo. Tales SVA pretenden tener efectos positivos en los siniestros, con la perspectiva de que los pacientes ahorren gastos directos, ya que su objetivo es que se proporcione atención de salud en una fase más temprana en lugar de en una fase posterior y, como consecuencia, reducir las probabilidades de que se notifique a la empresa aseguradora un siniestro que requiera una asistencia médica hospitalaria costosa. En efecto, existen datos concluyentes sobre cómo el acceso, aunque sea limitado, a los servicios de atención médica ambulatoria reduce los siniestros que requieren atención médica hospitalaria. Los datos sobre los SVA relacionados con la atención médica ambulatoria proporcionados por SwayamShikshanPrayog (SSP) en la India muestran que la proximidad de los miembros a las clínicas de atención médica ambulatoria que ofrecen servicios a precios reducidos puede asociarse a tasas más bajas de hospitalización, lo que conduce a una reducción de costos generales para la empresa aseguradora. Las comunidades que cuentan con una clínica registran una tasa de notificación de siniestros que requieren hospitalización un 50 por ciento menor a la registrada en

comunidades en las que la clínica más próxima se encuentra a 2 km de distancia.

Algunos profesionales de los MIS intentan incluir SVA preventivos, por ejemplo, charlas de sensibilización sobre salud y campamentos de salud, en los que se pone énfasis en mejores hábitos de salud y en un comportamiento saludable a través de la educación sanitaria. Con frecuencia, el interés por los campamentos de salud es la consulta gratuita. Los SVA que fomentan mejores hábitos de salud y un comportamiento más saludable tienen el potencial de reducir los costos de siniestros y su costo es relativamente razonable; sin embargo, gozan de menor popularidad entre los clientes debido a su falta de efectos inmediatos y tangibles en los gastos directos.

VALOR AL CLIENTE Y VALOR COMERCIAL DE LOS SVA

En la actualidad, existen datos limitados que permitan cuantificar los posibles beneficios de los SVA para los clientes y para los proveedores de MIS, e incluso la escala a la que funcionan diversos SVA. En el subcontinente indio, un servicio de atención médica telefónica parece ser en la actualidad el SVA más viable. Por ejemplo, un hogar rural se beneficia cuando puede atender una necesidad en materia de atención médica gracias a una consulta a distancia (a través del teléfono celular), en lugar de tener que renunciar a un día de trabajo y que asumir los costos de transporte para obtener una consulta más costosa en persona con un médico de la ciudad. No existen pruebas directas de una reducción de siniestros, lo cual debería representar un valor comercial para la empresa aseguradora.

Recuadro 1 Los aspectos económicos del servicio de atención médica telefónica

El costo de los servicios de atención médica telefónica, basado en datos obtenidos de estos programas, se estima en INR 50 (1.00 dólar de EE.UU.) por llamada. En lo que respecta a los miembros de los programas de MIS que utilizan el servicio para el 40 por ciento de sus enfermedades, el costo que representa la prestación de este servicio para el programa de MIS son INR 35 (aproximadamente 0.65 dólares de EE.UU) por miembro y por año.

La conclusión más importante y alentadora en lo que respecta a todas estas operaciones de servicio de atención médica telefónica, ya sean de pequeña o gran escala, apoyadas por el gobierno o independientes, es que el 70 por ciento de las llamadas entrantes para solicitar asistencia médica permiten solucionar el problema planteado – en la mayoría de los casos se aconseja al paciente que utilice medicamentos de venta libre. Las llamadas que no requieren remitir al paciente a un proveedor de asistencia médica permiten ahorrar dinero al paciente (costos de transporte más bajos o inexistentes, menor interrupción de la actividad laboral). El 30 por ciento restante de las llamadas requieren remitir al paciente a un médico para una consulta en persona. Los autores estiman que los servicios de atención médica telefónica pueden generar unos ahorros en términos de costos de consulta para los clientes equivalentes a 3 dólares de EE.UU. por familia y por año en las zonas urbanas. En las zonas rurales, el ahorro en costos de transporte e ingresos perdidos puede ascender hasta a 10 dólares de EE.UU. por familia.



© MeraDoctor

Sin embargo, los programas AarogyaRakshaYojana (ARY) y Swayam Shikshan Prayog, combinados con los estudios sobre el programa RashtriyaSwasthyaBimaYojana (RSBY) del Gobierno de la India, indican que la facilidad de acceso a los servicios de atención médica ambulatoria debería reducir los siniestros que requieren atención hospitalaria. Es razonable suponer que esto también debería ser así en el caso de los servicios de atención médica telefónica, dada la facilidad de acceso a los mismos, especialmente en vista de que la experiencia ha mostrado que el 70 por ciento de los problemas se resuelven durante la llamada, y que no es preciso remitir al paciente a un médico para una consulta en persona ni para obtener una receta (véase el recuadro 1 para más información sobre los costos-beneficios).

Del mismo modo, la reducción de gastos directos de clientes para la adquisición de medicamentos a través de descuentos negociados con una farmacia local debería ser atractiva para muchos clientes. Esto debería ser especialmente aplicable fuera del subcontinente indio, donde los precios de medicamentos son más elevados y los mayores márgenes de las farmacias minoristas proporcionan un margen para una negociación considerable. Este beneficio de los SVA puede lograrse prácticamente sin ningún costo para el programa de MIS, y debería aportar valor comercial a través de una mayor lealtad y de la perspectiva de una mayor penetración en el mercado, reduciendo por tanto el costo de adquisición de nuevos clientes para el programa de MIS. Una vez más, si bien es intuitivamente razonable, se dispone de datos limitados para apoyar tales beneficios comerciales implícitos para un programa de MIS. Sin embargo, a título de ejemplo, durante las discusiones en un grupo focal en

Tanzania, los clientes microfinancieros afirmaron que descuentos del 30 por ciento les alentarían sin duda alguna a afiliarse a un programa de MIS. Al mismo tiempo, se observó que las farmacias, cuyos márgenes a la venta minorista oscilan entre el 40 y el 60 por ciento, estarían dispuestas a conceder un descuento de hasta el 30 por ciento de sus precios habituales a los miembros de un régimen de MIS de tamaño significativo si los miembros del programa de MIS se dirigieran exclusivamente a ellas, ya que, en muchos países, los medicamentos constituyen el mayor componente de gastos onerosos de asistencia médica ambulatoria (la cual, como se ha mencionado anteriormente, es la principal causa por la cual las familias de bajos ingresos vuelven a caer en la pobreza).

Los SVA que presentan servicios de salud preventiva son más difíciles de evaluar. Por una parte, existe una gran variedad de indicios de que niveles altos de enfermedades transmisibles pueden reducirse gracias a intervenciones simples, lo que se traduciría en beneficios considerables para los clientes. Por este motivo, tal vez sería razonable suponer que aportarían un valor comercial al programa de MIS los campamentos de salud u otros enfoques híbridos que combinan la educación con el diagnóstico y que proporcionan soluciones simples *in situ*. Por otra parte, los clientes son indiferentes a la educación en materia de salud preventiva, tal como muestra un estudio reciente realizado por VimoSEVA en la India: mayores conocimientos y el cambio de comportamiento individual no se traducen necesariamente en mejores resultados en materia de salud, al menos a corto plazo, en lo que respecta a las enfermedades comunes (véase el recuadro 2).

Recuadro 2 Campaña de educación sanitaria de VimoSEWA

VimoSEWA dirige un programa de salud que incluye educación sanitaria en grupo basada en la comunidad, servicios de atención de salud primaria a domicilio por trabajadores sanitarios de la comunidad (arogyasevikas), y facilitación del acceso a servicios de salud ambulatoria, incluida la remisión, cuando sea apropiado, a servicios gubernamentales de atención de salud.

En un proyecto de investigación apoyado por el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT se evaluaron los efectos de ofrecer educación sanitaria selectiva sobre enfermedades diagnosticadas habitualmente.

La intervención en materia de educación fue llevada a cabo por un grupo de trabajadores sanitarios elegido de forma aleatoria, y evaluada a través de una prueba controlada aleatoria. Por medio de investigación cualitativa simultánea, VimoSEWA aprendió que la hospitalización por enfermedades comunes sólo tenía lugar tras reiteradas intervenciones de atención de salud ambulatoria.

Los SVA mejoraron los conocimientos y el comportamiento de salud preventiva de los participantes urbanos (pero no rurales); sin embargo, no consiguió reducir la hospitalización por diarrea o fiebre. Con el entendimiento de que la hospitalización se consideraba como último recurso tras fracasar las demás opciones, los resultados indicaron que mejor atención médica ambulatoria e intervenciones estructuradas en temas de agua y saneamiento son de vital importancia para reducir siniestros que requieren hospitalización por enfermedades comunes.



Un juego participativo personalizado “serpientes y escaleras” sobre la prevención de la diarrea y la malaria, utilizado por VimoSEWA

LECCIONES EMERGENTES

Los SVA pueden aún ser mejorados. Algunas lecciones clave han emergido y éstas deberían suscitar el interés organización que implementan MIS con SVA.

En primer lugar, los MIS que proporcionan SVA deberían promover cada servicio y educar a los clientes sobre ellos. Algunas intervenciones han fallado debido a la falta de comprensión y sensibilización de los clientes acerca de nuevos servicios. Como consecuencia, algunos SVA se han infrutilizado e infravalorado.

En segundo lugar, los SVA, cuando se subcontratan a terceros (por ejemplo, los proveedores de atención de salud que prestan servicios de atención médica ambulatoria) exigen que los programas de MIS que incluyen SVA tengan capacidad interna en cuanto a conocimientos médicos especializados.

En tercer lugar, la implementación progresiva de SVA es importante. Si los SVA se lanzan al mismo tiempo que los MIS, esto tal vez suponga una amenaza para su éxito debido a la falta

de enfoque. Es importante que el producto de seguros principal alcance un nivel razonable de escala y de estabilidad antes de emprender iniciativas de SVA; o, tal como se ha propuesto, comenzar introduciendo los SVA, y añadir a continuación el componente del seguro.

En cuarto lugar, la mayoría de los innovadores en SVA se han centrado en una intervención, sin embargo otros han tratado dos o más intervenciones al mismo tiempo. Si bien el enfoque de múltiples intervenciones puede permitir obtener información útil de los clientes sobre el valor relativo de los SVA, existe el riesgo de que los recursos no estén suficientemente focalizados para lograr que una de las intervenciones sea suficientemente eficaz para ser valorada de manera apropiada por los clientes y para conseguir todo el valor comercial.

Por último, los programas patrocinados por gobiernos son los que han tomado la iniciativa en lo que respecta a impulsar la escala de los SVA. En lo que respecta a los programas de MIS más pequeños y del sector privado, no es sorprendente que la escala de los SVA sea en función de su facilidad de ejecución.

Es evidente que habrá más intervenciones en cuanto a SVA en los próximos años, en el subcontinente indio, pero, en particular, en otros países en desarrollo. Al mismo tiempo, un programa de investigación que incluya estas iniciativas emergentes debe llevarse a cabo de tal manera que puedan completarse muchas de las lagunas en cuanto a conocimientos por medio de información y resultados. Mientras tanto, medidas generales utilizadas para evaluar la eficacia del financiamiento de la atención de salud o de los mecanismos de prestación de servicios de salud, como la mortalidad infantil y materna, pueden proporcionar unos primeros indicadores de los efectos.

Los SVA de los MIS pueden proporcionar un valor más tangible a los clientes y promover mejores decisiones en materia de gestión de riesgo y mejores prácticas de salud. Si mejores prácticas de salud conducen a un mejor estado de salud, esto podría justificar aún más los beneficios de los MIS para la atención médica hospitalaria a través de una mayor afiliación, más renovaciones y menos siniestros de atención médica hospitalaria. Por estas razones, los SVA prometen ser parte de una solución polifacética en cuyo marco los MIS puedan convertirse en un mecanismo más valorado y viable para proteger la salud (y el bienestar) de los pobres.

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