

INNOVACIONES Y OBSTÁCULOS EN LOS MICROSEGUROS DE SALUD

Sheila Leatherman, Lisa Jones Christensen y Jeanna Holtz¹
Octubre de 2010

INTRODUCCIÓN

Los microseguros de la Salud ofrecen un camino prometedor para mitigar los riesgos de enfermedades y precariedad en la salud, que son soportados de manera desproporcionada por los ciudadanos más pobres del mundo. A pesar de que el microseguro de salud es un fenómeno relativamente nuevo, las cifras recientes indican que aproximadamente 40 millones de personas en todo el mundo tienen algún tipo de cobertura de este microseguro, principalmente en la India.

La aparición de programas de microseguro de salud en todo el mundo concede la esperanza de que los pobres reciban, como mínimo, un nivel fiable y adecuado de acceso a servicios hospitalarios asequibles. La investigación muestra que el acceso al microseguro reduce los gastos monetarios para la salud, especialmente para los eventos catastróficos, y mejora el acceso a una atención de calidad para aquellos que están asegurados. También hay pruebas de que el microseguro de salud estimule comportamientos sanitarios de importancia, tales como el uso de mosquiteros y el uso de un tratamiento contra la malaria en una etapa precoz del ciclo de la enfermedad. Sin embargo, se sabe poco sobre el impacto del microseguro de salud en los resultados de la sanidad y el bienestar familiar, especialmente cuando se trata de las personas más pobres que tienden a ser excluidas de estos programas de microseguro de salud y que por lo general reciben una atención médica de menor calidad. Todavía hay margen para ampliar los beneficios de este tipo de microseguro. De este modo, las personas de bajos ingresos estarán en mejores condiciones para acceder a la atención médica necesaria en el momento oportuno, lo que reduce las catástrofes financieras y promueve la productividad económica y el uso eficiente de los recursos.

El microseguro de salud es una de las diversas y posibles opciones de financiamiento de los servicios médicos para los pobres. Otras opciones incluyen los

gastos fuera del presupuesto familiar básico, el crédito o las coberturas de salud parciales o universales patrocinadas por el gobierno. Las investigaciones indican que el 26% de los hogares en los países de bajos y medianos ingresos recurren a los préstamos y a la venta de activos para cubrir los gastos de salud, lo que sugiere que existe una enorme brecha en el financiamiento de estos servicios. A pesar de que la atención médica es cada vez más percibida como un derecho humano y un bien público, en la realidad las limitaciones de recursos hacen más lento el despliegue y la ampliación del financiamiento de los sistemas de sanidad nacionales. En estos casos, el microseguro de salud puede ser una alternativa posible, las estrategias híbridas que combinan el microseguro de salud abordado por el sector privado con los puntos fuertes del sector público prometen igualmente desplazar los límites en el financiamiento de la salud para los pobres.

A pesar de los indicadores positivos y el potencial de los microseguros de salud, son muchos los retos que limitan el crecimiento y el impacto en el sector. La presente nota informativa, basada en un extenso estudio temático que incluyó una revisión bibliográfica de 68 documentos que abarcan el período comprendido entre 1999 y 2010 y entrevistas con más de 31 expertos representantes de 25 organizaciones, analiza estos desafíos y se centra en el sector privado de los microseguros de salud. Además de identificar los obstáculos para el éxito, esta nota presenta innovaciones que pueden incidir positivamente en el avance del sector, incluyendo la colaboración con los programas públicos.



¹ Este informe es un extracto del Microinsurance Paper No 6 disponible en www.ilo.org/microinsurance, el cual también incluye a todos los reconocimientos y las citas pertinentes. Sheila Leatherman trabaja para la Gillings School de la Global Public Health en la University of North Carolina-Chapel Hill, Lisa Jones Christensen para la Kenan-Flagler Business School de la University of North Carolina-Chapel Hill y Jeanna Holtz para el Fondo para la Innovación en Microseguros de la OIT.

LA COMPLEJIDAD DE LOS MICROSEGUROS DE SALUD

El diseño de productos de calidad y sostenibles es intrínsecamente más complejo para los microseguros de salud que para otros tipos de microseguros. La mayoría de los productos de microseguros de salud cubren los riesgos de catástrofes que ocurren con poca frecuencia, y que son a menudo imprevisibles, y el resultado es una necesidad de servicios de alto costo. Estas catástrofes son más fácilmente aseguradas que las necesidades corrientes de salud, por lo que las aseguradoras se han centrado en ellos, diseñando a menudo solamente una cobertura para la hospitalización. Sin embargo, los programas de microseguros de salud luchan para extender una membrecía sostenible para estas pólizas para la hospitalización, en parte porque los pobres perciben más valor en la cobertura para riesgos de alta frecuencia, predecible y que necesitan servicios de bajo costo. Una solución ideal sería optimizar ambas necesidades, reducir la vulnerabilidad de los clientes a las catástrofes y, al mismo tiempo, mejorar los resultados globales de salud.



© ILO

La naturaleza misma de los microseguros de salud los diferencia de otras formas de seguro. En lugar de un pago hecho para compensar una pérdida, un servicio es entregado por un tercero, el proveedor de asistencia médica, que tiene una ventaja de información sobre el paciente y el asegurador respecto al diagnóstico y al tratamiento prescrito al paciente. Como resultado, es extremadamente difícil controlar la utilización, asegurar que los servicios sean adecuados, y mitigar el riesgo de fraude y de fijación de precios irracionales. Para complicar la situación, los proveedores de atención médica en los países en desarrollo a menudo ofrecen servicios de insuficiente calidad, lo que reduce el impacto y la satisfacción de los miembros.

En el campo de los microseguros de salud, las cuestiones claves de la oferta se mueven en torno a las restricciones de capital – que se derivan de una afiliación insuficiente – y a la ineficiencia operativa. La fijación inadecuada de los precios, el uso limitado de la tecnología, y la falta de reaseguros agravan estos problemas. En medio de tales desafíos, los programas de microseguros de salud difieren en muchos aspectos: el diseño, la distribución y los métodos de proveer servicio, así como la cobertura o los beneficios. Esta complejidad existe porque las distintas configuraciones de programa se orientan a las exigencias de entornos

operativos diferentes. Los aseguradores comerciales, grupos comunitarios, instituciones microfinancieras, y demás involucrados en los microseguros de salud usan sus potencialidades para ofrecer programas a grupos específicos. Al evaluar el estado actual del sector, incluyendo las variaciones significativas, esta nota identifica las alternativas para ir más allá.

INNOVACIONES E INTERVENCIONES PARA LOS MICROSEGUROS DE SALUD

Hay una serie de ámbitos en los que los microseguros de salud pueden ser mejorados. Muchos proyectos prometedores en todo el mundo están trabajando en el terreno y probando soluciones innovadoras, tales como para ampliar beneficios para miembros, superar la baja capacidad de pago, mejorar la eficiencia para lograr una mayor escala, y establecer la colaboración entre los sectores público y privado.

Extender los beneficios para los clientes

Los beneficios no deben limitarse a la hospitalización. Los eventos menores en materia de salud son una preocupación apremiante para la mayoría de los hogares de bajos ingresos, y responder a esta demanda puede estimular la suscripción y estabilizar una participación común en la cobertura de los riesgos. Por otra parte, la mejora de las prestaciones ambulatorias fomenta las revisiones periódicas de la salud, el diagnóstico temprano y la atención oportuna de enfermedades menores. Estos cambios deberían reducir los costos generales de tratamiento y reducir la siniestralidad de los productos, mejorando así la viabilidad general de los programas de microseguros de salud. Varias organizaciones de la India han desarrollado soluciones creativas para hacer frente a la demanda de servicios de consulta externa (ver recuadro 1).

Cuadro 1. Amplia cobertura a través de agentes comunitarios de salud en la India

Swayam Shikshan Prayog (SSP), una ONG de la India que promueve oportunidades sociales y económicas para las mujeres de bajos ingresos y sus familias, está poniendo a prueba un modelo híbrido de microseguro de salud para superar algunas de las limitaciones de los sistemas comunitarios. El riesgo financiero para prestaciones de asistencia hospitalaria está asumido por una compañía de seguros, a las cuales se añade un paquete de servicios de consulta externa, ejecutado por agentes de salud comunitarios, y brindado a través de una red de profesionales locales, centros de diagnóstico y farmacias. Los trabajadores comunitarios de salud funcionan como empresarios sociales que promueven una mejor salud y ganan comisiones por inscribir a nuevos miembros. Además de los servicios de cobertura de hospitalización, los miembros pueden recibir servicios adicionales de salud y acceso a los servicios ambulatorios y de prevención primaria y medicinas ahorrando del 30-40% de los cargos habituales.

Un enfoque que puede aportar un valor añadido para los clientes con enfermedades crónicas, que no estén cubiertas por programas de microseguros de salud, consiste en ofrecer

descuentos para las consultas de rutina y los medicamentos (ver Cuadro 1). Los descuentos no sólo pueden aumentar el valor percibido y fomentar la renovación de las pólizas, sino que pueden prevenir también las hospitalizaciones innecesarias lo que, en última instancia, permite reducir las primas o mejorar las prestaciones de salud. Otra forma de mejorar la satisfacción del cliente y los resultados de los servicios de salud en términos de prestaciones ambulatorias es proporcionar avisos generados automáticamente (a través de mensajes de texto emitido en los teléfonos móviles, por ejemplo) sobre el cuidado preventivo o el tratamiento de la enfermedad.

La superación de la pobre capacidad de pago

Teniendo en cuenta que la viabilidad económica sigue siendo uno de los factores esenciales que influye en la demanda de microseguros de salud, muchos países han establecido mecanismos de financiamiento de la salud, tales como una participación en los gastos y los subsidios estatales. A pesar de estas opciones, concebir productos de microseguros de salud asequibles, al tiempo que generen los ingresos suficientes para sostener las operaciones es un desafío permanente. En la actualidad, la práctica de pago más común es recoger las primas anuales en el momento de la afiliación o justo después. Sin embargo, algunos programas están probando otros métodos dentro de los cuales el uso por el cliente de sus ahorros – para mejorar la flexibilidad de los pagos de la prima y superar problemas paradigmáticos entre los pobres, como la temporalidad de los ingresos (véase el recuadro 2).

Cuadro 2. Pago electrónico de la prima desde cuentas de ahorro en Bolivia

El Zurich Group en Bolivia ha tenido mucho éxito con la entrega de productos de microseguro de salud a través de BancoSol, un banco comercial enfocado en el mercado de bajos ingresos. Un factor que contribuyó fue que las ventas y pagos de las primas están ligadas a las cuentas de ahorro. El producto, que se vende en las oficinas bancarias, ofrece una cobertura de consulta médica al 100%, de servicios auxiliares y de maternidad al 80%, y de hospitalización y cirugía al 70% más un seguro de vida por 3.99 dólares de Estados Unidos al mes. Zurich Bolivia invirtió en personalizar los sistemas de gestión de la información para automatizar la colecta de primas y los integró con las funciones del banco. El cobro de la prima mensual es flexible: si la cuenta de ahorro no tiene fondos suficientes cuando el pago de la prima prevista es procesado, el sistema vuelve a intentar todos los días a cargar en la cuenta hasta que 1) haya fondos suficientes para pagar la prima, o 2) hayan pasado sesenta días, en cuyo caso se cancela la póliza.

Las limitaciones financieras también deben ser superadas en el ámbito de las reclamaciones. Una innovación notable son las prestaciones sin dinero en efectivo, que permiten a los clientes acceder a la atención médica sin tener que pagar por adelantado en efectivo y presentar a continuación una solicitud de reembolso. Cuando un programa de microseguro de salud cubre un área geográfica pequeña y tiene una escala suficiente, la capacidad y la experiencia operativa, el programa puede manejar la carga

administrativa de este tipo de productos sin dinero. De lo contrario, los programas de microseguro de salud emplean a menudo administradores de terceros para establecer acuerdos de pago directo con los proveedores de asistencia médica, para verificar la elegibilidad de los clientes, y supervisar la prestación de servicios de salud. El surgimiento de administradores de terceros con habilidades específicas en tecnología de la información probablemente ayudará a controlar los costos en un ámbito de bajo margen y alto costo de operación.

Otro esfuerzo importante para proporcionar el capital adecuado es subsidiar las primas de microseguro de salud. Algunos donantes y gobiernos experimentan con subsidios temporales para el seguro de salud (por ejemplo, el Health Insurance Fund en Nigeria). La idea es que los clientes se den cuenta del valor de los seguros y sigan pagando por la cobertura una vez que se eliminan los subsidios. Los subsidios permanentes son también dirigidos a las clases más pobres en varios países como Georgia y Ghana. A causa de la incapacidad de los pobres de pagar la atención médica, es difícil imaginar que los programas de microseguro de salud de calidad puedan ser desarrollados a nivel regional o mundial sin subvenciones y otras ayudas del sector público.

Eficiencia para conseguir escala

El hecho de que los clientes de bajos ingresos son extremadamente sensible a los precios, es todo el proceso de venta y administración del microseguro de salud que debe ser lo más eficiente posible. Subcontratar la administración a terceros es un método, pero la tecnología también puede ser empleada como una herramienta útil en muchos aspectos de las operaciones. Sin embargo, pocos programas del microseguro de salud están utilizando la tecnología y los sistemas de gestión de la información. Los estudios de caso de siete programas de microseguro de salud en África del Este revelaron que sólo dos programas estaban utilizando sistemas informáticos para aumentar los controles y proporcionar datos de gestión. Aparte de la gestión de datos, la tecnología puede ser utilizada en otras formas, tales como la mejora del acceso a la atención médica de los clientes rurales (véase el recuadro 3).

La colaboración entre los sectores público y privado

Otra posible solución al reto de ofrecer una cobertura integral de microseguro de salud son las asociaciones público-privadas (APP). La investigación revela que para facilitar el acceso a la atención sanitaria a menudo se requiere la cooperación y las competencias combinadas de los sectores público y privado, cada cual sector teniendo recursos y funciones complementarios. En particular, las APP pueden aprovechar la creatividad y la eficiencia del sector privado, en combinación con las capacidades de recaudación de fondos del sector público. El dinero público puede ser necesario para pagar los servicios más preventivos, la promoción de la salud, o para subsidiar la atención ambulatoria y / o la atención hospitalaria.

Las entidades públicas también pueden coordinar a los actores del sector privado para crear grupos de riesgo más estables. El sector público puede ser capaz de proporcionar una regulación flexible y el acceso a instituciones de salud subutilizadas que el sector privado puede utilizar para

Cuadro 3. La tecnología móvil para conectar a los médicos con los pacientes rurales

Con sede en Hyderabad, India, CARE Foundation está poniendo a prueba una oferta de salud rural y un régimen de microseguros que se centra en la prestación de atención ambulatoria dentro del pueblo. Los miembros de la comunidad están capacitados para ser los Campeones de la Salud del Pueblo (VHC en sus siglas en inglés) quienes prestan "atención médica a las puertas del pueblo". Para el diagnóstico de rutina, los VHC utilizan una terminal portátil con un sistema de apoyo en la decisión clínica para proporcionar un adecuado diagnóstico y recetas médicas. En casos menos rutinarios, ellos contactan con un médico generalista a distancia que recomienda el tratamiento a través de un mensaje de texto SMS. Las pruebas finales de la tecnología, la capacitación de trabajadores de la salud, y el diseño del producto se están terminando. El producto será puesto a prueba en 2010, extendiéndose para el año 2012 a 50 pueblos que tienen aproximadamente 100,000 residentes de bajos ingresos.



© CARE

Terminal portátil de Care

ampliar el acceso y reducir los costos; puede también promulgar y hacer cumplir las normas de calidad y acreditación. Por último, la experiencia de gestión del sector privado puede impulsar soluciones para reducir el fraude, gestionar el riesgo y los costos del programa, y catalizar las innovaciones en toda la cadena de valor del microseguro de salud (por ejemplo, el desarrollo de productos, tecnología de la información, etc.).

Por ejemplo, Rashtriya Swasthya Bima Yojana (RSBY), un sistema público de hospitalización subsidiado para los más pobres en la India, se entrega a través de empresas privadas del sector de seguros. Además, una estrategia de desarrollo interesante para ampliar el microseguro de salud tuvo lugar en Ruanda y Ghana, donde los sistemas de seguridad social se basan en sistemas ya existentes de salud comunitaria.

CONCLUSIONES: UN ESFUERZO COORDINADO

En general, la revisión de la información y de las entrevistas a expertos indican que los programas pueden tener dos enfoques en cuenta al financiamiento de la salud: reducir la vulnerabilidad (centrándose en situaciones de catástrofe o de atención hospitalaria) o mejorar los resultados de salud (centrándose en la atención ambulatoria, la prevención y atención a enfermedades crónicas). Estas dos perspectivas presentan una contradicción: la primera es más acorde con los principios del seguro, pero la segunda responde más al deseo de los clientes y puede producir mejores resultados de salud. A través de modelos de negocios eficientes, innovaciones tecnológicas, paquetes personalizados de beneficios, y planes de pago variados, los programas de microseguro de salud deberán buscar un equilibrio entre las dos perspectivas. La solución también debe aprovechar la capacidad de las APP, combinando por un lado la capacidad del sector público como fuente de financiamiento, como movilizador de grandes grupos compartiendo los riesgos, y facilitando las cuestiones de reglamentación, y por otro lado la capacidad innovadora del sector privado, sus conocimientos técnicos de seguros, su eficiencia y su manejo de la tecnología.

Por lo tanto, el camino a seguir para el microseguro de salud corresponde a los esfuerzos combinados de los responsables políticos y de los gobiernos, de los aseguradores y reaseguradores, y de los actores del sector privado como las empresas de tecnología, organizaciones no gubernamentales, y proveedores de atención médica. En última instancia, ningún esfuerzo tendrá probablemente éxito sin preguntar constantemente y utilizar las aportaciones de los protagonistas más importantes: el cliente potencial.

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 de la Fundación Bill y Melinda Gates.



Oficina
Internacional
del Trabajo



The social dimension of finance

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