

El micro-seguro: extensión del seguro de salud a los excluidos

David M. Dror y Christian Jacquier

Departamento de Seguridad Social, Oficina Internacional del Trabajo

Este artículo propone una manera de mejorar la atención de salud de poblaciones usualmente excluidas del acceso a los servicios sanitarios. Comienza con una breve descripción de quiénes son los excluidos y de qué se les excluye. Examina luego las principales declaraciones de políticas elaboradas a nivel internacional, y procede a proponer la dimensión faltante. A continuación, sobre la base de pruebas y análisis de campo de varias decenas de casos piloto, el artículo ofrece un concepto de seguro de salud fundado en grupos, o "micro-seguro", y explica su lógica y sus componentes. Finalmente, presenta una estrategia destinada a aplicar ese concepto.

¿Quiénes son los excluidos?

Entre casi todas las poblaciones rurales y entre la mayoría de las excluidas en los países de ingresos bajos y medianos (PIBMs) el acceso a los servicios de salud¹ aún es insuficiente. La expresión "poblaciones excluidas" no debe confundirse con un sinónimo de pobres. En el fondo, la diferencia radica en que mientras la pobreza significa no acceder a bienes y servicios a causa de recursos materiales desiguales, la exclusión social se refiere a una participación inadecuada o dispar en la vida social, o al hecho de que se niegue a una persona un lugar en la sociedad de consumo, a menudo ligado al papel social del empleo o del trabajo (Duffy, 1995). Esta distinción es importante,

1. Empleamos aquí la denominación "servicios de salud" para indicar la promoción, la prevención y la atención de la salud.

por cuanto modifica el foco de interés, que del nexo entre pobreza y mala salud pasa al vínculo entre la declinación social y la salud. Se ha sugerido (Bobak, Blane y Marmot, 1998) que la pendiente social refleja grados de exclusión que representan variables duraciones y alcances de exposición a condiciones de carencia.

En las poblaciones de un mismo país existen en los resultados de salud y la situación en materia de morbilidad significativas diferencias, ligadas a las desigualdades socioeconómicas (Bobak, Blane y Marmot, 1998). El efecto de la distribución desigual puede relacionarse con las normas específicas de un país y en aquellos donde la sociedad ha incorporado una organización social en base al mercado es más visible que en otros donde la sociedad se funda en la familia tradicional y en los vínculos comunitarios. En los países donde la familia y otras redes sociales siguen siendo fuertes hay menos peligro de exclusión, incluso frente a un inadecuado suministro de servicios por el Estado. En los que solían proveer virtualmente a todas las necesidades de salud, como los que estuvieron bajo la influencia de la ex Unión Soviética (EUS), las profundas transformaciones que se produjeron desde el desmantelamiento han reducido estos servicios, pero la exclusión de los de salud se relaciona directamente con otros aspectos de la exclusión social (como el trabajo, la vivienda y la educación). Los individuos que acumulan una intensa o múltiple exposición a los problemas son los más vulnerables. Los problemas son la situación ilegal o irregular, la migración, la débil relación con la familia o la red laboral personal (prevalcientes entre los adultos mayores, los drogadictos, los huérfanos, las gentes con trastornos psicológicos, etc.), una ligazón poco estrecha con el mercado de trabajo, viviendas deficientes y la pertenencia a un grupo contra el cual se discrimina (Duffy, 1998). En muchos PIBMs donde el Estado nunca ha provisto más que servicios rudimentarios, por ejemplo los subsaharianos de África, la exclusión va unida a la incapacidad del mercado y de la sociedad para incorporar a ciertos subgrupos que acumulan un perfil diferente, de características frustrantes, como los bajos ingresos, la malnutrición, un estado de salud pobre (y por lo tanto una situación de cobertura inferior dentro de los regímenes de seguro con fines de lucro), el hábitat rural, exiguos niveles de educación y el origen étnico/tribal. Este perfil no se encuentra únicamente en los países en desarrollo²; también predomina relativamente en los PIBMs.

2. En un estudio que se llevó a cabo en los Estados Unidos, los investigadores extrajeron en conclusión que "las minorías raciales y étnicas propendían menos que los

¿De qué se les excluye?

Aun cuando el problema de la exclusión tiene ramificaciones en varios campos de vital importancia (a saber, el trabajo, la vivienda, la educación, la protección social, la salud), en este artículo nos ocupamos solamente de la exclusión de los servicios de salud. Un indicador de la gravedad de la cuestión es su incidencia, si bien en la mayoría de los países de la OCDE (salvo México, Turquía y los Estados Unidos) la tasa de exclusión de los servicios de salud es casi nula, se estima que equivale a 20 por ciento en todos los emergentes, y a 51 por ciento en los menos desarrollados (período 1990-1995).³ La falta de acceso a los servicios sanitarios ha traído como resultado una situación inferior en materia de salud, reflejada en una mayor morbilidad y mortalidad.⁴

Gran parte de los países posee alguna forma de suministro público de servicios de salud. Son cada vez menos los que proveen una gama completa de servicios fundados en las necesidades de la población. En ausencia de una mancomunidad de los riesgos gestionada por el gobierno y de un subsidio para los indigentes, casi todas las personas buscan mecanismos alternativos a fin de reducir su exposición al riesgo financiero de la mala salud. Son muchos los factores que influyen en el grado de esa exposición. Examinemos en primer lugar el gasto público de salud. Cuando los recursos públicos se gastan principalmente en infraestructuras (por ejemplo, en hospitales y centros de salud) y en servicios profesionales, sólo aquellos que tienen acceso a tales instalaciones pueden ser beneficiarios de subsidios públicos, y a menudo el acceso a las infraestructuras y servicios sujetos al financiamiento público está a disposición de algunas personas más que de otras (según su situación laboral o de seguro, o su lugar de residen-

blancos a hacer uso de los servicios médicos, y que en general, los residentes rurales los utilizaban menos. Las diferencias más notables se registraron entre los campesinos latinos y entre los asiáticos y otras personas de esa procedencia". Fuente: Mueller y otros, 1998.

3. UNDP, 1997, pág. 29.

4. En 1990, en los países avanzados las tasas de mortalidad materna (TMM) fueron de 31 por cada 100.000 nacimientos de criaturas vivas, pero de 1.030 en los menos desarrollados; en 1994, las tasas de mortalidad infantil (TMI) fueron de 14 por 1.000 en los países industrializados y de 103 por 1.000 en los menos desarrollados; en 1994, las tasas de mortalidad de niños menores de 5 años fueron de 18 por 1.000 en los países industrializados y de 169 por 1.000 en los menos desarrollados. Fuente: UNDP, 1997, págs. 187, 189, 195.

cia). Pero aun en el mejor caso, el financiamiento público representa sólo una fracción del gasto que se destina globalmente a la atención de salud (para no mencionar la "asistencia informal", que con frecuencia se pasa por alto o se considera un recurso gratuito). El problema del insuficiente suministro de servicios públicos de salud se achaca a la escasez de recursos. No obstante, los niveles absolutos del gasto de salud revelan apenas una parte del asunto; otro aspecto es la proporción de los presupuestos de salud que llega hasta los deciles más bajos y remotos de la población. En algunos países, las limitaciones en la cantidad (por medio de recortes de los tipos de prestación) y en la calidad (a raíz de las restricciones a la elección individual) de los servicios de salud financiados por el sector público obligan a las personas a depender de la asistencia paga. Aunque, en teoría, los segmentos más pobres de la sociedad deberían seguir recibiendo atención del sistema público, esos servicios son mínimos, e implican costos de transacción y subsidiarios (como los de transporte desde el domicilio hasta el lugar donde se dispensan) que tal vez conviertan la "gratuidad" en algo fuera de su alcance. En otros casos, los cargos al usuario y otros gastos tales como los acarreados por los medicamentos hacen que debido a la imposición fiscal regresiva el acceso a la atención de salud sea más inequitativa todavía, pero también han traído como resultado cambios en el comportamiento (por ejemplo, la demora o evitación de la asistencia). En otras situaciones, el problema no consiste tanto en el acceso a la atención primaria como en hacer frente al riesgo idiosincrásico. Por consiguiente, en el fondo la respuesta a la pregunta "¿de qué se les excluye?" apunta a las disposiciones financieras, en particular el seguro de salud, más que a un tipo específico de servicios. Por desgracia, este problema predomina en amplia medida: una encuesta que el Banco Mundial⁵ llevó a cabo en 1987 en 33 países africanos subsaharianos indicó únicamente que siete de ellos poseían sistemas de seguro de salud y que la cobertura de la población total oscilaba entre 0,001 por ciento en Etiopía y 11,4 por ciento en Kenia (donde sólo los funcionarios públicos y unos pocos empleados del sector formal gozaban de ese beneficio). Esto conduce a la conclusión de que, en ausencia de un suministro público de servicios gratuitos, las poblaciones excluidas pueden acrecentar el acceso a la asistencia si logran alcanzar el seguro de salud. Así, pues, el problema que encaramos en este artículo es precisamente la exclusión del seguro de salud.

5. Charles Griffin y Paul R. Shaw: "Health insurance in sub-Saharan Africa: Aims, findings, policy implications", en Shaw y Ainsworth, 1995, págs. 143-166.

¿El mercado puede resolver el problema?

La elección acerca de cómo se ha de proveer un seguro de salud corresponde a los gobiernos, y en la mayoría de los PIBMs se ha optado por permitir que "el mercado" llene el vacío dejado por los regímenes sociales de seguro de salud inexistentes. Uno de los argumentos a favor de este proceso ha sido que el mercado es menos "burocrático" y más flexible para adaptarse a las variables necesidades de la población. Entonces, la pregunta es: ¿el mercado puede resolver el problema ofreciendo un seguro de salud a los excluidos?

Es amplio el consenso en el sentido de que los sistemas de salud que se dejan funcionar conforme a las meras fuerzas del mercado no traen como resultado una cantidad, calidad o distribución óptimas de la asistencia de salud (Outreville, 1998, en la cita a Hsiao, 1995, y Newbrander, 1997). Por de pronto, existe el problema de la oferta de servicios de salud en las áreas provinciales y periféricas. La hipótesis de que la escasez de la oferta causa un acceso inequitativo a los servicios presupone que el mercado se funda en la oferta, y que quienes producen los servicios de salud crean también el mercado y facilitan la transferencia. Por otro lado, la insuficiente oferta de servicios de salud bien puede ser una reacción ineficiente a lo que se considera una demanda insuficiente. La ecuación que liga la exigua demanda a una precaria capacidad de pago desconoce dos importantes cuestiones: primero, las ineficientes interacciones económicas de las poblaciones excluidas en una economía predominantemente monetaria y, segundo, la rigidez de los instrumentos financieros, inadaptados a las condiciones prevalecientes en estos segmentos de la población. En consecuencia, a menudo las necesidades de salud de las poblaciones excluidas no han sido estructuradas en términos de una "demanda solvente" (la que prioriza las necesidades por las que los menesterosos pueden pagar en términos monetarios). Estos problemas pueden corregirse, pero hacerlo tal vez tome larguísimo tiempo, a menos que se procure acelerarlo, lo cual, a su turno podría mejorar la oferta.

Asimismo, en muchos PIBMs, el lado de la oferta (de servicios tanto como de seguro) también necesita ayuda para llegar hasta una masa crítica y hasta una dispersión geográfica que le permita interactuar con la demanda. Los gobiernos pueden coadyuvar a este proceso, mediante una legislación que defina los campos de la actividad,⁶ o

6. La Carta del Seguro Mutuo de Salud francés de 1898 constituye un interesante prototipo; promulgada un siglo atrás, ha sido adaptada y ampliada para permitir una diversificación de la actividad de los regímenes de seguro mutuo de salud.

proveyendo garantías financieras para cubrir determinados riesgos (por ejemplo, el modelo de los Países Bajos de una ley sobre los gastos médicos excepcionales) o facilitando las relaciones entre los aseguradores y los prestadores (en especial cuando son dueños o controlan la provisión de asistencia).

Hasta ahora, el mercado no ha sido el garante de un suministro suficiente de atención de salud a las poblaciones excluidas. Tampoco el seguro de salud *per se* ha sido el garante de una asistencia óptima. En la medida en que han estado en libertad de controlar sus operaciones, los aseguradores privados han preferido seleccionar la demanda asociada con los grupos de altos ingresos, concentrados en unos cuantos núcleos urbanos. Por lo demás, muchas interacciones entre los clientes, las instituciones de seguro y los prestadores giran en torno de un control del suministro de servicios no fortuitos, de bajo costo y alta frecuencia más que en el control de los riesgos de salud. A fin de modificar esa estructura, los aseguradores deben centrar nuevamente su actividad en el riesgo de salud, pero ¿es probable que esto ocurra sin una reorientación política del papel de los aseguradores de salud? Lamentablemente, los excluidos concitan escaso apoyo político. De ahí que depender solamente del mercado deje pocas esperanzas de acceso universal al seguro de salud.

¿Cómo han visto los gobiernos el papel que les corresponde desempeñar?

En los foros internacionales se ha reconocido la necesidad de dar acceso a la asistencia de salud. Desde 1944, la Declaración de Filadelfia, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo, "reconoce la solemne obligación de la Organización Internacional del Trabajo de promover entre las naciones del mundo los programas que logren... la extensión de... la asistencia médica integral".⁷ En 1952, la Conferencia Internacional del Trabajo adoptó el Convenio relativo a las Normas Mínimas de Seguridad Social (No. 102)⁸, que contenía un capítulo sobre el suministro de asistencia médica por ley, en los Estados que ratificaran esa parte del Convenio. Sin embargo, éste fue adoptado en un mundo donde gran parte del desarrollo dependía del sector formal. La Declaración de 1978 de la OMS sobre Salud para

7. La Declaración de Filadelfia, adoptada por la Conferencia Internacional del Trabajo el 10 de mayo de 1944, Capítulo II, para. (f).

8. OIT: *International Labour Conventions and Recommendations*, Vol. II (1952-1976). Ginebra, 1996, págs. 9-35.

Todos en el Año 2000, conocida también como Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978), fue la primera que desligó la cobertura de salud de la situación en cuanto al empleo. Alma-Ata fue la plataforma de lanzamiento de un doble enfoque: salud para todos (SPT), que constituye fundamentalmente una exhortación a la justicia social, como parte integrante del desarrollo; y atención primaria de salud (APS), o primer escalón de cobertura universal organizado por los gobiernos. Diez años más tarde, se reconoció que en la mayoría de los PIBMs la cobertura universal en el marco de APS era inalcanzable por intermedio de los sistemas de salud. En lugar de eso, se alentó a las comunidades a asumir dicha responsabilidad mediante "la propiedad y el control de sus propios emprendimientos y destinos" (Carta de Ottawa; OMS, 1986). Se reconoció que el cambio de comportamientos se produce a nivel de la comunidad y de la familia y que incluso los hogares pobres pueden pagar la asistencia de salud, y lo hacen, y su comunidad puede generar ingresos para cubrir los costos ordinarios de las unidades de salud básicas, a fin de complementar o reemplazar a las instituciones públicas deficientes (Iniciativa de Bamako de 1987: OMS, 1988).⁹ Esto acarrió una *sustancial descentralización de la toma de decisiones*, desde el gobierno central hacia niveles más bajos, el *financiamiento comunitario* de los servicios de salud y el *control comunitario* de la administración del sistema de salud y del flujo de fondos. Durante el decenio pasado, todas las conferencias mundiales de la ONU incluyeron una resolución en la que se reconoce que APS constituye un derecho humano básico (ONU ACC, 1997). Al mismo tiempo, las políticas de mercadización que apuntaron a crear oportunidades para los individuos más que a resultados sociales permitieron que los países se desentendieran de la diferencia entre oportunidades y derechos. La brecha entre estos dos conceptos se ha apreciado muy claramente entre las personas imposibilitadas de aprovechar las oportunidades y no cubiertas por derecho propio. Testimonio de un significativo descenso de la intervención pública fue la delegación de responsabilidades a las comunidades, las organizaciones no gubernamentales, el movimiento obrero y el sector privado (Declaración de Jakarta de 1997: OMS, 1997). Sin embargo, el hecho de mudar el foco de la cúspide-hacia-abajo a la acción desde la base-hacia-arriba no ha

9. Según la UNICEF, a fines de 1995 más de 30 países africanos, hispanoamericanos y asiáticos habían adoptado la Iniciativa de Bamako. Vale la pena señalar que el proceso de "adopción" no es la firma formal de una serie de obligaciones, sino, más bien, la iniciativa de un país de instrumentar el cofinanciamiento o la cogestión de los servicios de salud.

representado un progreso importante, a pesar del reconocimiento internacional de su valor como vía de avance. ¿Por qué?

La dimensión faltante

El apoyo internacional a la actividad descentralizada ha dejado de reconocer tres condiciones operativas determinantes:

- Por lo habitual, la sociedad civil no organiza espontáneamente programas que prevean el acceso a la asistencia de salud a nivel de la comunidad, pero se puede incitar y contribuir a ello.
- La mejor manera que tienen las comunidades para ejercer su actividad desde la base-hacia-arriba es la afiliación voluntaria. A fin de atraer voluntariamente a un régimen de seguro de salud, el grupo debe estar en libertad de adaptarlo a sus propios riesgos y condiciones de vida específicos.
- Independientemente de quien inicie el seguro de salud sobre una base colectiva (ONGs, gobiernos u organismos internacionales), esa actividad requiere el sostén político, moral, técnico y financiero de los gobiernos. Una ayuda particularmente importante que éstos pueden ofrecer es permitir las interacciones directas del comprador con el prestador, descentralizando la toma de decisiones en el seno de las estructuras sanitarias y pasándola al nivel local, para facultar así a las partes que entran directamente en juego a negociar las condiciones de acceso a la asistencia.

Un nuevo concepto: el micro-seguro

Para explicar la denominación de "micro-seguro" es preciso efectuar un comentario preliminar. ¿Por qué no aplicar la expresión "fundado en la comunidad"? La respuesta es que ésta engloba una amplia variedad de experiencias que en diversos aspectos importantes difieren unas de otras. Algunas actividades fundadas en la comunidad son reconocibles en el concepto rotulado micro-seguro, que intenta articular los rasgos fundamentales en torno de preceptos de características sociales y económicas. Tal vez resulte útil proporcionar algunos ejemplos de las diferencias. Por de pronto, casi todas las operaciones existentes en base a la comunidad dependen del continuo acceso a alguna forma de subvención externa (Bennett, Creese y Monasch, 1998), y muchas otras de la presencia *in situ* de propiciadores externos. El micro-seguro se ha concebido como una empresa autónoma, independiente de los operadores externos o de salvavidas financieros perma-

nentes. Después, en el micro-seguro el lugar de las decisiones está en cada unidad, mientras que muchas operaciones fundadas en la comunidad dependen realmente de decisiones tomadas lejos de allí (sea a nivel de los gobiernos, de las ONG, etc.). Asimismo, el micro-seguro es más que una simple actividad en el plano de una sola comunidad; prevé la instalación de redes que ligen a múltiples unidades pequeñas fundadas en el área y la ocupación con estructuras más grandes, capaces de potenciar la función de seguro (mediante una más amplia mancomunidad de riesgos), y con las estructuras de apoyo necesarias para mejorar la gestión (por la vía de la formación, los bancos de datos, facilidades de investigación, etc.). El micro-seguro no pretende ser la solución, pero apunta a integrar todos los tipos de soluciones dentro de un concepto que se centra en la acción a nivel de la base.

Otro interrogante acerca de la denominación es éste: teniendo presente que, por su naturaleza misma, el seguro constituye una herramienta macroeconómica ¿los términos del "micro-seguro" no son contradictorios? La respuesta es que "micro" se refiere al nivel de la sociedad donde se sitúa la interacción, es decir, más pequeño que los regímenes nacionales, y "seguro" alude al instrumento económico. Acaso una descripción más exacta del concepto propuesto sería la de regímenes colectivos voluntarios de auto-ayuda, para el seguro de salud social. Así, pues, con el fin de facilitar la referencia proponemos llamarlo "micro-seguro".

Apuntala al micro-seguro el hecho de que las poblaciones excluidas no han sido cubiertas por los regímenes de seguro de salud en vigencia a causa de dos fuerzas concurrentes. La primera es que —a pesar de las importantes disparidades entre los regímenes de seguro de salud sociales y privados¹⁰— los aseguradores se han ocupado muy poco de incluir a esos segmentos de la población. El segundo factor es éste: las personas excluidas han renunciado a solicitar el acceso debido a su falta de poder dentro de la sociedad. El micro-seguro propone modificar ambos factores, fundando su actividad en los siguientes supuestos:

- Para atraer a las poblaciones excluidas, el seguro debe adaptarse efectivamente a condiciones de vida y de trabajo que en general se hallan ligadas específicamente al campo o la industria donde las personas desarrollan su actividad.

10. Es posible que los regímenes de seguro de salud privados se hayan despegado de este segmento de la población, a causa de su limitada capacidad económica o de su mayor riesgo percibido; el seguro social de salud y los sistemas públicos de asistencia pueden haber sido restringidos por los frenos presupuestarios.

- La adaptación efectiva puede lograrse mediante un proceso que intervenga para crear dos funciones esenciales: poder de expresión y aumento del capital social. La primera se cumple permitiendo que la población exprese sus necesidades y prioridades; la segunda, forjando una opinión pública receptiva con respecto al seguro. Ese proceso requiere medidas que creen confianza y desactiven la aversión de la comunidad al pago inmediato a cambio de un retorno diferido. La observación de las interacciones sociales muestra que es posible movilizar a la comunidad para que lleve a cabo ese cambio. En este proceso los líderes locales de la opinión pública son decisivos, así como la participación popular en la toma de decisiones.

- Hasta la unidad de micro-seguro local más exitosa no puede convertirse por sí sola en un seguro integral, y necesita por lo tanto llegar a otros para totalizar la masa crítica. Es preciso elaborar el mecanismo necesario para esta agregación, teniendo presente que debe favorecer la solidaridad y la equidad.

- Los vectores de base-hacia arriba y cúspide-hacia abajo de la actividad de salud deben ser entrelazados. *A priori*, esto puede hacerse sin uniones umbilicales con un sistema de seguro de salud público. Las relaciones entre las diferentes unidades y el gobierno no tienen que definirse desde un comienzo; por otro lado, tampoco el debate sobre la relación entre la sociedad civil y el Estado obstruirá necesariamente el desenvolvimiento del micro-seguro.

A pesar de la pequeñez de cada unidad, caracterizar al micro-seguro como *seguro* se justifica, y no se lo debe confundir con una facilidad crediticia ni con una cuenta de ahorro. La principal diferencia entre los dos es que el ahorro es una operación de intercambio intertemporal (de consumo actual por consumo futuro), mientras que el seguro es un intercambio de estados naturales, de uno bueno a otro malo (Besley, 1995). Por lo demás, el ahorro responde únicamente a las preferencias individualistas, y en consecuencia no ofrece oportunidad alguna al intercambio interpersonal, mientras que el seguro es una interacción económica en base a una mutua determinación de preferencias. La experiencia de las Cuentas de Ahorro Médico (CAM) de Singapur u otras partes esclarece la diferencia entre ahorro y micro-seguro. El plan CAM está destinado a alentar (o constreñir) a ahorrar, sin que exista una mancomunidad de riesgos o una solidaridad, o en todo caso siendo ambas insignificantes. (CAM también incluye reglas disuasivas sobre el consumo de esos ahorros). En cambio, el micro-seguro es un mecanismo que pone en común los riesgos y recursos de grupos enteros, para ofrecer protección a todos sus

miembros contra las consecuencias financieras de riesgos de salud determinados mutuamente.¹¹ En términos de quien carga con la responsabilidad del riesgo de salud se trata de una diferencia cardinal: el plan de ahorro la coloca exclusivamente sobre los hombros del beneficiario, mientras que el micro-seguro reconoce los roles complementarios de las responsabilidades comunitaria e individual.

Se supone que la afiliación al micro-seguro es voluntaria; por lo tanto, es importante entender qué motiva la adhesión de las personas. Se supone que la motivación económica subyacente para adherir a una unidad de micro-seguro es el deseo de buscar una reciprocidad en el sostenimiento de disposiciones que permitan compartir el riesgo entre personas que persiguen esencialmente su propio interés. A veces, se establece un contraste entre esa motivación y los sentimientos altruistas de los afiliados a una "mutualidad". La diferencia entre los dos enfoques influye en la consecuencia de retirarse del grupo, particularmente una vez que la persona en cuestión ha obtenido más de lo que ha pagado. En una mutualidad (y en el seguro comercial) el retiro se tolera después de lograr el rédito (si bien la razón de esta tolerancia difiere en ambos casos). En las disposiciones sostenidas en materia de riesgo compartido, la penalidad por explotar al grupo sig-

11. Shaw y Griffin (1995, pág. 145) dicen lo siguiente sobre el ahorro como alternativa al seguro:

"La finalidad del seguro es proteger a las personas de una pérdida catastrófica, de baja probabilidad. Por ejemplo, supongamos que un típico adulto africano, entre las edades de 15 y 60 años, tiene 1 probabilidad en 10.000 de sufrir una enfermedad o lesión grave, que ocasione una cuenta de hospital por valor de 3.000 U\$S en cualquier año dado. Si esa cuenta de hospital se espaciera entre las 10.000 personas, entonces, en promedio, el costo anual esperado de cada persona sería igual a $(.0001) \times (3.000) = 0,30$ \$ al año por el seguro que cubre ese riesgo catastrófico, y formarían así la baja probabilidad de 3.000 U\$S de pérdida en una pérdida cierta, pero pequeña, de 0,30 U\$S al año.

"Si una compañía de seguro pudiera juntar 10.000 personas que tuvieran esta baja probabilidad de pérdida y recaudara de cada una 0,30 \$, estaría dispuesta a incurrir en los gastos hospitalarios de una pérdida de 3.000 \$ al año. (y) si cada persona tuviera que pagar 0,60 \$ por año... el seguro podría sobrevivir probablemente sobre la base de la obtención de un beneficio...

"Alternativamente, 'el ahorro para una inesperada amenaza a la salud' no es un sustituto del seguro económicamente eficaz. Una persona que aguarde una baja probabilidad de pérdida por valor de 3.000 \$ podría poner bajo el colchón 60 \$ al año, durante cincuenta años y alcanzar por último (casi al final de su vida) la protección que de otra manera habría tenido cada año adquiriendo el plan de seguro arriba mencionado, a cambio de 0,60 \$ al año (por una prima total de apenas 30,00 \$ durante su vida). Por lo tanto, los beneficios que en materia de eficacia se obtienen del seguro son evidentes. No existe otra alternativa a la mancomunidad de riesgos que el suministro del mismo nivel de protección".

nifica quedar excluido de las prestaciones futuras mediante un bloqueo al reingreso en el seguro. En adelante, el individuo que deserta y es excluido debe depender únicamente de sus ingresos para hacer frente a todas las contingencias. Esto puede representar una severísima amenaza, particularmente en el caso de los que carecen de ahorros personales. Ese estricto compromiso puede explicar por qué hasta los pobres deciden seguir asegurados, aunque quizá no les guste pagar una prima y no obtener un beneficio durante mucho tiempo.

Un segundo motivo que induce a unirse a un micro-seguro es el deseo que tienen las personas de mejorar su estado de salud, controlando las condiciones en las que viven y trabajan. Las personas no viven y trabajan aisladas de otras; por el contrario, sienten la profunda necesidad de buscar una interacción voluntaria y repetida. Aquellas que tienen una relación de empleo formal transfieren al lugar de trabajo una parte de su vinculación con la familia y la comunidad que los rodea inmediatamente, para corresponder a las gratificaciones que reciben de su ocupación. Con frecuencia, la población excluida no puede hacerlo, por falta de acceso a un lugar de trabajo o a la protección social que éste aporta. La fuente de apoyo alternativa es la comunidad. Los miembros de una misma comunidad dependen unos de otros de muchas maneras, y se remiten unos a otros en un contexto de roles, valores, hábitos y costumbres, para satisfacer necesidades morales y materiales. Tales vínculos pueden ayudar a mejorar las condiciones de vida, siempre y cuando los individuos adhieran a los objetivos colectivos. Existe la hipótesis de que las presiones externas intensifican la cohesión del grupo. Si la aplicamos a las poblaciones que acumulan varias condiciones desfavorables, deducimos que sus miembros también pueden adherir a un micro-seguro en respuesta a la cohesión o presión del grupo.

Las dos motivaciones se sustentan mutuamente, puesto que ambas responden a necesidades económicas y sociales. La prueba decisiva de la afiliación es el pago de las primas. La prueba económica predice que el mayor efecto del incentivo para permanecer en el grupo habrá de producirse si los individuos incorporados al régimen se enfrentan a grandes diferencias en sus ingresos, porque es entonces cuando necesitan transferir cuantiosas sumas, a fin de igualar las utilidades marginales de sus ingresos (Besley, 1995, pág. 2167). Se ha sugerido que mientras el seguro de salud no depende necesariamente de una gran disparidad de ingresos para prosperar, el micro-seguro cobra importancia si puede allanar las fluctuaciones de ingresos debidas a grandes variaciones temporales de los flujos respecti-

vos, como las que se observan típicamente en las poblaciones rurales o indigentes.

La siguiente característica clave del micro-seguro es la elección de los riesgos que se han de cubrir. En base al análisis de más de 100 casos estudiados (Atim, 1998, págs. 17-21, y Bennett, Creese y Monasch, 1998, págs. 9-12), puede decirse que predominan dos enfoques: por un lado, las contingencias "catastróficas", de alto costo y baja incidencia (como el tratamiento de mordeduras de serpientes, las emergencias provocadas por complicaciones del parto, o algunos casos de hospitalización); por otro, las no fortuitas, de bajo costo, semejantes a la atención primaria (que incluyen los medicamentos, los exámenes de laboratorio, la asistencia suplementaria, más allá de la provista por el gobierno). Este doble enfoque implica que, al menos en el inicio, no existe un modelo estándar para el diseño del paquete de prestaciones. Convengamos que ese paquete puede variar, sobre todo según la cantidad de reservas acumuladas, y según como perciba específicamente la comunidad en cuestión la prioridad de los riesgos/prestaciones. En lo que se refiere a este aspecto, las unidades de micro-seguro difieren mucho de los regímenes de seguro privados con fines de lucro, que modifican el paquete de prestaciones para mejorar sus ganancias (o aumentar su participación en el mercado), lo mismo que de los de seguro social que se centran en una población heterogénea y se orientan hacia los servicios biomédicos.

El proceso de decidir qué riesgos deben cubrirse se concentra en las necesidades sociales, contrastando con el enfoque médico, que se concentra en los servicios de salud, predominantes entre la mayoría de los demás regímenes de seguro y otros experimentos fundados en la comunidad. Esta distinción, que Williams establece en un contexto diferente (Culyer y Maynard, 1997, pág. 41), refleja el predominio de las necesidades de los afiliados sobre el proceso colectivo de toma de decisiones, y vice versa. Lo cual también significa que quien no fuera miembro del grupo sería excluido normalmente del proceso de toma de decisiones, inclusive el personal médico. En principio, los trabajadores de salud locales (enfermera, partera, voluntario de primeros auxilios, sanador tradicional, etc.) pueden participar en las decisiones, siempre y cuando adhieran al micro-seguro. Dicha característica separa también al micro-seguro de los regímenes de salud tradicionales (tanto los privados cuanto los sociales), por el hecho de que en el mejor de los casos el papel que los expertos externos al grupo pueden desempeñar es de orden consultivo. El micro-seguro se ha estructurado en forma de contener la dinámica del grupo y ligar

los motivos económicos individuales con la responsabilidad social colectiva mediante un proceso de toma de decisiones autónoma. Más adelante hemos de describir el proceso mismo, en una sección separada; pero lo mencionamos aquí sólo con el fin de señalar que la implicación social en la definición de los riesgos no es meramente consultiva, sino que obedece a un proceso en busca de consenso. Así, pues, ese proceso decisorio sirve a las dos motivaciones que hemos citado antes, por cuanto sostiene la aceptación de los individuos de las prioridades del grupo y sustenta su propio interés, permitiéndoles influir en las opciones colectivas. Este proceso demuestra las ventajas de la mancomunidad de riesgos, ya que el grupo puede sufragar gastos que ninguno de sus miembros está en condiciones de asumir por sí solo. Cuanto mayor sea el número de adherentes al régimen, más firme será la utilidad económica. Por añadidura, el seguro para cubrir contingencias fortuitas mejora la redistribución de ingresos dentro del grupo protegido, en particular si, como es común, la tasa de las cotizaciones se fija según los ingresos.

Se ha concebido que las unidades del micro-seguro estén fundadas en el grupo, sin asumir una visión romántica de la vida colectiva. El micro-seguro puede funcionar aun en comunidades que no demuestran un alto grado de armonía. Se presume simplemente que en este contexto específico, la actividad económica conjunta de pertenecer al mismo régimen de seguro puede disminuir los antagonismos en el seno de la comunidad, si bien se admite la existencia de argumentaciones divergentes dentro de la misma población acerca de otros temas.

A raíz del perfil de la exclusión, el micro-seguro, destinado a prestar servicio a las poblaciones excluidas, debe mostrarse sensible a tres condiciones: tiene que ser simple y viable, además de estar situado cerca de sus afiliados.

Simplicidad. La mayoría de las personas que pertenecen al sector informal no pueden afrontar la complejidad de los procedimientos. Muchas ni siquiera pueden leer o escribir, e incluso las alfabetizadas tal vez encuentren dificultades cuando se trate de "llenar un formulario", porque acaso no puedan suministrar detalles aparentemente sencillos como una dirección, la fecha de nacimiento o información sobre los ingresos. Es preciso que en las formalidades y procedimientos se tenga en cuenta esta realidad. La simplicidad es importante, no sólo por los problemas técnicos. Proyecta una imagen pública de que los pobres pueden acercarse al micro-seguro. Por la misma

razón, las unidades del micro-seguro tienen que estar preparadas para tratar con los solicitantes que se afilian en los momentos de necesidad y esperan un apoyo inmediato, aunque más no sea por el hecho de que en tales circunstancias es más fácil apreciar la utilidad del seguro. La demora en responder a las solicitudes de afiliación debe ser lo más breve posible. No obstante, las decisiones expeditivas sobre la admisión no deben confundirse con la de suministrar ayuda financiera inmediata: las unidades del micro-seguro tal vez tengan que imponer algunas restricciones, particularmente en lo que atañe a los gastos que no sean fortuitos a la fecha de la incorporación (examinamos más adelante este punto, en mayor detalle, bajo el título de "Actitud de beneficiarse de ventajas indebidas").¹² Otro aspecto de la simplicidad consiste en renunciar al uso de los mecanismos de exclusión. A menudo, los regímenes comerciales de seguro de salud excluyen de la cobertura las condiciones previas, durante todo el tiempo que sea posible. Tal postura parece muy poco práctica en el micro-seguro, por el costo que implica la determinación de esas exclusiones.

Factibilidad financiera. ¿Qué hace que el micro-seguro sea factible desde el punto de vista financiero? Es evidente que el nivel absoluto de las primas entraña una diferencia. Al menos en parte, esa factibilidad está ligada a una sensación de utilidad. El *rédito que se perciba de la prima* puede ser tan importante como su nivel absoluto. Y la confianza acerca de que, en caso de necesidad, el seguro respaldará monetariamente al afiliado eleva también la sensación subjetiva de viabilidad. Otra característica que desempeñará un papel es la *transparencia* sobre los egresos en general y los costos fijos en particular. Las personas tienden a considerar "viables" los costos que estiman justificados. En el micro-seguro, las operaciones de ajuste para reducir los costos son tan importantes como en el micro-financiamiento o cualquier trato financiero orientado hacia los pobres. Otro aspecto de la *factibilidad financiera* es la *periodicidad* del pago. En el caso de la mayoría de las personas que se dedican a la actividad rural o informal, es rara la periodicidad regular del flujo de ingresos, característica de los

12. Puede haber casos extremos, en los que la comunidad esté dispuesta a ofrecer ayuda a una persona en situación de penuria, como un acto de solidaridad humana más que en el contexto de seguro. No obstante, en ciertas circunstancias, el comportamiento altruista del grupo puede aminorar el incentivo que impulsa al beneficiario a tomar el compromiso del seguro (fenómeno que Bernheim y Stark llaman *Dilema de los samaritanos*, citado en Besley, 1995). La motivación subyacente en el micro-seguro, que afianza la actitud de compartir el riesgo, estaría en contra de esos casos excepcionales.

asalariados del sector formal. No se puede esperar que las personas cuya periodicidad de ingresos es errática paguen regularmente una prima mensual. Es necesario que el micro-seguro obre con suficiente flexibilidad para permitir que sus afiliados paguen cuando puedan. Asimismo, es importante saber que todos los adherentes deben acatar reglas parejas y equitativas. Por último, la factibilidad financiera también puede depender del tipo de transacción que se acepte a manera de pago. Puede ser que algunas personas tengan dificultad en pagar en efectivo, pero ninguna o muy poca en hacerlo en especie o proveyendo su mano de obra. La comunidad debiera buscar modos de aceptar el pago en especie, en aquellos casos en que los monetarios resulten problemáticos. Esto es aceptable si las unidades del micro-seguro operan como extensiones de otros esfuerzos comunitarios, por ejemplo la venta de cosechas agrícolas, o si el régimen recluta personal en la comunidad local para realizar tareas administrativas relacionadas con el micro-seguro, a bajo costo operativo.

Proximidad. Es menester que las unidades del micro-seguro estén próximas a la base de la clientela, simplemente porque los pobres o los miembros de la población rural no tienen ni los medios ni la libertad para viajar desde su lugar de residencia hasta los centros donde se prestan los servicios. Si las unidades del micro-seguro se establecieran en una localidad grande, podrían alcanzar un éxito mayor si fueran lanzadas en varios subsectores de la vasta comunidad. Indudablemente, la proximidad es necesaria en todas las etapas operativas, no solamente durante el reclutamiento, puesto que la comunidad es el lugar de las decisiones.

Autogestión. Aparte de las características principales del micro-seguro que hemos mencionado más arriba, hay otra fundamental: la base comunitaria. *El micro-seguro es un emprendimiento de la comunidad.* El proceso democrático de definir conjuntamente los riesgos que deben ser cubiertos es, en sí, un rasgo singular de este tipo de amparo. A diferencia del comercial (en el que el asegurador determina la oferta) o del seguro social de salud (puesto que el gobierno determina el paquete de prestaciones), el micro-seguro depende de la toma de decisiones de los beneficiarios, fundada en las necesidades, y está subordinado a los recursos que ellos pueden comprometer. Tal enfoque ofrece varias ventajas concurrentes.

Primero, permite identificar las prioridades y fijar las condiciones de adquisición de derechos mediante la participación de todos. Ad-

mitimos que la participación democrática en la definición de los riesgos de salud puede presentar algunos problemas, en particular el acceso al conocimiento médico, que tendrá que provenir del exterior (si bien los trabajadores de salud: enfermeras, parteras, prestadores de primeros auxilios, etc. poseen un gran conocimiento que no debe ser pasado por alto, ni denigrado). Sin embargo, se supone que la comunidad puede definir riesgos catastróficos fortuitos muy temidos por los afiliados, por cuanto esta categoría de riesgos no tenderá a ser establecida exclusivamente sobre bases médicas. En lo que respecta a la fijación de prioridades de promoción de la salud y atención preventiva y primaria, tal vez podamos aplicar una lógica distinta. La prevención resulta eficaz cuando ocurren accidentes, ya que éstos representan una señal tangible de que sucede algo más grave, y las personas que necesitan primeros auxilios se sensibilizan a fin de prevenir el riesgo (OIT-OSHA, 1989). Este abordaje puede abrir vías de colaboración entre la unidad de micro-seguro y las agencias que se ocupan de la prevención o de la promoción de la salud, que pueden brindar pericia técnica y financiamiento.

Segundo, la toma de decisiones autónoma permite que un grupo de personas actúe como unidad social coherente, capaz de desempeñar un papel que nadie puede cumplir mejor: relacionar las necesidades y prioridades con su actividad predominante, las condiciones específicas del emplazamiento, el nivel de recursos, etc.

Tercero, hacer que la comunidad conserve facultades de toma de decisiones la habilita para controlar el flujo de sus fondos. Dos ejemplos habrán de ilustrar este punto: el micro-seguro puede modificar rápidamente el paquete de prestaciones, sin necesidad de recibir aprobación desde el exterior; y la unidad del micro-seguro puede representar a sus afiliados en las negociaciones con los interlocutores externos, en especial con los prestadores.

Dado que el micro-seguro dispensa servicios a los pobres, cada unidad debe ser particularmente sensible al imperativo de mantener bajos los gastos generales. Todos los caminos alternativos a la autogestión, sean comerciales o públicos, favorecen una gestión profesional sumamente calificada y cara, como es típicamente el caso en el sector formal de la salud. Reproducir ese perfil parece incompatible, no sólo con los tamaños y cantidades que es preciso administrar a nivel de una sola comunidad, sino también con la clase de servicios que se suministrarán. Por consiguiente, *la autogestión no sólo es una medida que ahorra costos sino también un ajuste exacto a lo real.*

Además, aumenta la transparencia (y disminuye por ende el peli-

gro de corrupción) y la cohesión en torno de los objetivos sociales (creando así un clima que desincita a abusar del sistema). Reduciendo el anonimato se potencia el autocontrol. Por añadidura, la cercanía entre los adherentes crea lazos intangibles, pero reales, que aumentan la aceptación de la redistribución de las prestaciones según la necesidad y no únicamente conforme a la utilidad individual.

Uno de los rasgos innovadores del micro-seguro es que introduce un concepto financiero complejo, el seguro de salud, como extensión de las interacciones sociales de las familias. Esto abre paso a una mejora de los contactos entre las poblaciones excluidas y los mercados financieros, que frecuentemente hacen caso omiso de las necesidades de las poblaciones pobres y de las rurales, fundándose en el supuesto de su imposibilidad de pagar los servicios de salud. Por otro lado, esa gente pobre y esos campesinos no tienen, ni el hábito, ni la posibilidad de iniciar negociaciones individuales para adecuar los productos del seguro a sus condiciones. Si se apoya y faculta a la comunidad a tal fin, puede hacer las veces de organizadora de la autoayuda local —como alternativa a la ayuda pública no disponible— y de mediadora entre sus afiliados y los actores externos a ella, por ejemplo las autoridades públicas (e inclusive los prestadores de servicios de salud) o las instituciones financieras.

Para establecer unidades de micro-seguro se requiere un núcleo relativamente pequeño de personas y poquísimo capital, o una ínfima estructura donde iniciar las operaciones. Nada impide ampliar con el tiempo ese grupo, tanto dentro de la comunidad como entre varias otras. Y la *triple autonomía*, según la cual cada unidad de micro-seguro define su propio riesgo asegurable, organiza el financiamiento del seguro y ejerce un control sobre el flujo y la administración de sus fondos, provee una fórmula muy potente.

Mientras el micro-seguro logre mantener la participación popular, estará resguardado de la presión ambivalente que castiga a muchos regímenes voluntarios de seguro de salud: por una parte, teniendo que atraer clientes mediante incentivos financieros, por otra, enfriando su satisfacción a raíz de la restricción de la demanda. La gestión democrática también ayuda a la comunidad a forjar una percepción consensuada de la equidad, concepto que a menudo se interpreta libremente.¹³ El peligro de un consenso insuficiente acerca de la equi-

13. En general, en el seguro de salud privado, la noción de equidad es ésta: si un régimen ha pagado totalmente la obligación que le impone el contrato individual, ha actuado en forma equitativa. Para el seguro social de salud, la equidad significa que todos los afiliados reciben esencialmente la misma serie de prestaciones. Muchos se

dad puede conducir a que algunas personas consideren arbitrario el racionamiento. Así, el debate pasa del proceso de distribución a las reglas que gobiernan la distribución. El vínculo a nivel popular entre la fijación de las reglas y las decisiones en materia distributiva es el medio que tiene la comunidad para disminuir el peligro de alejar a sus integrantes de las instituciones que posee.

El concepto expuesto más arriba se funda en la teoría y en algunas experiencias. Una síntesis reciente de 22 estudios de casos (tomados de 50 comunidades de ensayo) dice esto sobre la viabilidad del concepto (Atim, 1998, pág. xii):

Hasta ahora efectúan una significativa contribución al acceso a la asistencia de salud y a la extensión de la protección social a los segmentos de la población en desventaja poniendo la mira principalmente en las personas de los sectores informal y rural. Esto representa además una contribución a la equidad de la asistencia de salud en los campos donde actúan. Otra esfera en la cual las MHOs¹⁴ efectúan un nuevo —y en este caso, original— aporte es la de la gestión democrática del sector de salud... [y] en la representación de sus comunidades o afiliados ante las autoridades sanitarias, a fin de articular los criterios de los consumidores de asistencia de salud. Esto les otorga alguna gravitación para influir sobre las prioridades, las decisiones en cuanto a asignación de recursos, y la sensibilidad de las autoridades sanitarias a las preocupaciones del público acerca de cuestiones tales como los períodos de espera, el comportamiento del personal, la calidad de los servicios, etc. Se trata de una contribución genuinamente nueva, que refleja el rol y los orígenes de las MHOs como parte integrante de la sociedad cívica que comenzó a desarrollarse en África en la década de 1990.

En suma, el nivel local, la relación personal de los afiliados entre sí, la transparencia de las decisiones, la gestión autónoma y a bajo costo, así como la naturaleza sin fines de lucro de las unidades del micro-seguro son elementos que, en su totalidad, amplifican la cohesión social. La dependencia del micro-seguro con respecto a la dinámica

atienden a su propia interpretación personal, determinada por un sentido de utilidad o por el grado de confianza que ponen en el "sistema", que los puede conducir a actuar respecto de un régimen de seguro anónimo en forma distinta que respecto de otro sujeto a la autogestión.

14. MHOs = Organizaciones mutualistas de salud, es la designación aplicada a las unidades de micro-seguro en la síntesis de Atim. Se utiliza frecuentemente en África Occidental y Central.

de la cohesión social en el seno de la comunidad es más que una táctica; es la estrategia destinada a buscar la aceptación del sistema.

El micro-seguro y los clásicos problemas de seguro

El seguro de salud ha debido luchar con algunos problemas clásicos, tales como el riesgo moral, la actitud de beneficiarse de ventajas indebidas, la selección adversa, el subseguro o la asimetría de la información. Habiendo dicho antes que el micro-seguro es ante todo un concepto de seguro, examinaremos ahora su exposición a los mismos problemas y qué respuestas les puede dar.

Riesgo moral. La expresión "riesgo moral" designa la sensibilidad a los precios de la demanda elástica, y la indiferencia a los precios de la inelástica. El riesgo moral nace principalmente de tres fenómenos: la sobreutilización inducida por la demanda, la sobreutilización inducida por la oferta, y los mecanismos inducidos por el sistema, ligados al comportamiento del asegurador (e inclusive a los cálculos de la prima), que estimulan las primeras dos causas. Cuando se analice este fenómeno, es preciso tener presente dos aspectos: el riesgo que se cubre y la información de que dispone el asegurador sobre el asegurado. Si los aseguradores de la salud estuvieran en libertad de responder tan sólo a la aversión al riesgo, podrían limitar el paquete de prestaciones a unas cuantas contingencias fortuitas, inelásticas, de gran impacto pero baja frecuencia. No obstante, los regímenes de seguro de salud operan en el marco de condiciones imperfectas (debidas notablemente a las dificultades para identificar esos riesgos en una vasta y heterógena población, a la regulación pública del seguro o a la competencia imperfecta entre distintos paquetes de prestaciones); consecuencia de esto es que los aseguradores no limitan su actividad a los riesgos catastróficos fortuitos.¹⁵ Por el momento, el micro-seguro no está expuesto ni a un mercado competitivo ni a una regulación que constriña la definición de los riesgos asegurables. Los afiliados determinan los riesgos asegurables según las prestaciones que la comunidad puede pagar autónomamente. Por lo demás, el efecto disuasivo de una posible exclusión del grupo de individuos que persiguen su propio interés como castigo por la sobreutilización,

15. En realidad, conscientes de que ofrecen prestaciones que probablemente deberán satisfacer, y de que mientras el contrato perdure no pueden modificar el paquete de las pagaderas, muchos aseguradores de salud comerciales compran el reaseguro de "exceso de siniestralidad" para disminuir su exposición al riesgo asegurado.

resguarda un tanto al micro-seguro de la sobreutilización que responde a una utilidad unilateral, y realza la utilidad multilateral. El equilibrio entre las utilidades individuales y colectivas es impreciso y delicado, pero influye sin embargo en el comportamiento individual mientras la comunidad en su conjunto sea el principal propugnador. Si tenemos presente que las comunidades pequeñas pueden establecer con relativa facilidad un consenso acerca de lo que constituye una utilización inelástica, y que la información sobre la utilización circula dentro de la comunidad, el micro-seguro parece menos expuesto al riesgo moral inducido por la demanda, al menos en lo que se refiere a las contingencias de alto costo. Tampoco produce un riesgo moral inducido por el sistema y generado principalmente por sus sistemas de pago al prestador y de determinación de las primas. Hasta puede tener incorporados frenos y equilibrios para evitar este problema que no sean puramente económicos sino también sociales. En cuanto al riesgo moral inducido por la oferta, el micro-seguro no está enteramente resguardado, y el riesgo puede aumentar junto con el incremento de la asistencia curativa.

Actitud de beneficiarse de ventajas indebidas. Esta cuestión está inherentemente ligada a una información imperfecta sobre el comportamiento de los usuarios. Los aseguradores de salud privados han intentado abordarla excluyendo algunos riesgos. Aun cuando este remedio puede amenguar la exposición a dicha actitud, se ha considerado que una política semejante constituye una de las principales fallas de mercado del seguro privado que dieron origen al suministro público de un seguro social.¹⁶ Debido a su gestión democrática, cada unidad de micro-seguro debe considerar las decisiones de los afiliados sobre los riesgos asegurados, pero tal vez esto no proporcione suficiente protección contra los beneficiarios parásitos. Por beneficio parásito se entiende al individuo que, persiguiendo su propio interés, quiere gozar sin reciprocidad de las disposiciones en materia de riesgo compartido. Si el micro-seguro pudiera exigir a sus adherentes el compromiso de reciprocidad en lo futuro la ayuda instantánea, no habría temor de beneficiarios parásitos; sin embargo, en ausencia de tal posibilidad, la actitud de estos últimos puede coartarse imponiendo un período de espera, durante el cual los nuevos afiliados no serían cubiertos o solamente se los protegería en caso de riesgos fortuitos. Ese período de espera facilitaría la constitución de reservas

16. Stiglitz, 1988, pág. 344 en Atkinson, 1995.

modestas, y disminuiría el riesgo de deserción después del instantáneo recibo de las prestaciones. La única herramienta que el micro-seguro podría explotar sería la interacción comunitaria y el flujo de información. Quizá no sería ésta una garantía de éxito, pero sin una intervención de la comunidad parecen existir muy pocas probabilidades de encontrar una solución. Además, la actitud de beneficiarse de ventajas indebidas puede existir mientras quien la adopta pueda ocultar su proyecto a los otros, y sobre todo al asegurador. Creemos que en las comunidades pequeñas es más difícil hacerlo.

La *selección adversa* se produce cuando entre los afiliados predomina una gran probabilidad de "pérdida de salud", en tanto que aquellos que tienen una probabilidad inferior no adhieren al seguro. Es innegable que ciertos tipos de ocupación pueden entrañar la exposición a un mayor riesgo o lesión, o que algunas personas tal vez vivan en condiciones o regiones más propicias a tipos de enfermedad específicos. La forma menos onerosa de minimizar este problema consiste en asegurar a grupos seleccionados en base a otra característica distinta del estado de salud, cubriendo así al azar el riesgo de salud. Las unidades del micro-seguro pueden estar expuestas a algún peligro de selección adversa, particularmente al inicio de las operaciones, cuando los miembros de la comunidad que tienen mayor noción del seguro pueden ser especialmente vulnerables. Pero, el micro-seguro no puede contemplar las soluciones que emplean los aseguradores comerciales, como por ejemplo la "calificación de los riesgos" o la personalización de las sumas deducibles según la "tasa de experiencias". Esas soluciones se fundan en información estadística cuya obtención puede ser costosa, y no se adaptan, ni a las condiciones específicas de la base de clientela, ni a la composición específica del paquete de prestaciones. Al mismo tiempo, el grupo tiene una ventaja cualitativa en la forma de relación con la base de clientes, que resguarda a las unidades del micro-seguro de la "selección adversa" emergente de la revelación incompleta o inexacta de información por parte del solicitante, lo cual conduce al asegurador a subvaluar el riesgo asegurado.

El *subseguro* representa la elección de una persona de adquirir menos protección que la necesaria. Si la persona soporta las consecuencias de esa decisión, no hay riesgo para nadie más (ni para otros individuos, ni para el seguro). Sin embargo, si otra persona se ve en la obligación de pagar por los servicios no asegurados, esta situación

cobra un cariz semejante al de la actitud de beneficiarse de ventajas indebidas. Se puede evitar el subseguro si no se obliga al régimen a pagar por alguien que no está cubierto. Las comunidades donde se implementaría el micro-seguro poseen dos potentes instrumentos para validar esta regla: primero, están compuestas por personas pobres, de las que es imposible esperar que subsidiarán a otras; y, segundo, la naturaleza democrática de la unidad de micro-seguro otorga legitimidad social a la implementación de reglas incluso aparentemente duras. Otra medida que puede disminuir la probabilidad de un subseguro es ofrecer sólo un tipo de póliza, que dé al cliente la única opción de "aceptar todo o nada". Es muy probable que el micro-seguro ponga en práctica esta póliza, que es fácil de administrar y más compatible con su carácter colectivo.

Asimetría de la información. Existen varias formas de asimetría de la información. Primero ¿tiene el individuo suficiente información para decidir si adquiere o no un seguro? Es posible que muchas personas carezcan simplemente de la educación adecuada para conocer la noción de riesgo, o que funden sus decisiones en un sentimiento acerca de su grado de exposición a ciertos riesgos o que la prima resulte demasiado cara. Un segundo fenómeno, denominado "asimetría de la información del lado de la demanda" se refiere a la ignorancia del cliente y al conocimiento del prestador sobre la asistencia necesaria en una situación específica. Se supone que las opciones del prestador responden a las preocupaciones de practicar una buena medicina, mantener la satisfacción del paciente y perpetuar los ingresos altos. En general, esos tres elementos están ligados a una creciente utilización. En consecuencia, en el seguro de salud privado la asimetría de la información del lado de la demanda se contrarresta con medidas destinadas a contener la escalada de los costos generada por los prestadores. El micro-seguro no cuenta con un resguardo específico ante esta situación, salvo la limitada cobertura que supone.

También puede producirse una asimetría de la información del lado de la oferta. La información asimétrica del lado de la oferta significa que el prestador de asistencia no posee, al iniciar el tratamiento, suficiente información y emprende un tratamiento defensivo o de ensayo-error que eleva el costo de la atención. Puede suceder lo mismo cuando el prestador carece de alguna información vital que el paciente prefiere no dar.

Las unidades del micro-seguro pueden disminuir su exposición a la asimetría de la información principalmente por medio del control

del paquete de prestaciones, y de su papel como negociadoras de los precios y servicios con los prestadores.

La *escalada de los costos* ocurre cuando, sea el lado de la demanda, sea el de la oferta, busca aumentar la cantidad de aplicación del tratamiento o de sus avances tecnológicos más de lo que corresponde. Es improbable que esto suceda durante las etapas iniciales de incorporación de las unidades de micro-seguro, pero no puede descartarse completamente. Los clientes que poco tienen que perder a raíz de la escalada de los costos no tienden a protestar. En algunos países en desarrollo, los regímenes de seguro agregan "recargos" al costo ordinario de la asistencia, a fin de trasladar a los clientes las sumas en concepto de recaudación de las primas, de las elevadas comisiones bancarias, de los altos costos del crédito y acaso también de la dificultad de obtener su reaseguro. El micro-seguro puede reducir ese riesgo, en primer lugar disminuyendo a un mínimo, por la vía de la autogestión, los gastos generales, negociando tarifas con los prestadores y estructurando el paquete de prestaciones en torno de ítems menos sensibles a la elección individual, y, luego, si es necesario, puede reducir el riesgo asegurable.

Por *mancomunación de riesgos* entendemos la agregación que efectúa el asegurador de riesgos similares, pero no relacionados, que cumplen la función de una distribución estadística entre un número mayor de casos. Aun cuando en el seguro privado se acostumbra hablar de mancomunación de riesgos, sería más exacto referirse a una agrupación de clases de riesgo. La diferencia entre los dos conceptos reside en que si bien la mancomunación de riesgos se refiere a una unión al azar de personas, la agrupación de clases de riesgo se refiere a una composición selectiva de la fusión. En muchos países, los aseguradores con fines de lucro pueden negarse a ofrecer cobertura a voluntad. Por lo tanto, pueden categorizar a los individuos conforme al riesgo que representan, y rechazar los "riesgos malos"¹⁷; a esto se le llama "espumar el riesgo". Mientras el reservorio de "buenos riesgos" sea amplio, restringir el acceso a los malos no daña al asegurador. Pero si los buenos riesgos son escasos, tanto el asegurador como el cliente se perjudican por esta práctica. En los

17. Esta práctica crea exclusión y puede empobrecer a la persona excluida. El concepto de micro-seguro se concibió con el fin de combatir la exclusión, y por lo tanto debe evitar las reglas que permiten *a priori* una eliminación de individuos que pertenecen a la comunidad.

riesgos apiñados, el tamaño del grupo no tiene particular importancia, pero puede ser muy significativo en la mancomunación al azar, puesto que, según se cree, cuanto mayor es el núcleo de individuos, mejor es la dispersión del riesgo idiosincrásico. El seguro clásico secciona entre múltiples comunidades heterogéneas las personas que representan un riesgo parecido aunque no relacionado, y que de otra manera no están ligadas por características intrínsecas. El micro-seguro amalgama comunidades homogéneas, unidas por la voluntad compartida de soportar juntas algunas contingencias de salud. Es posible que una unidad de micro-seguro se halle expuesta a un riesgo financiero muy serio si ataca a muchos miembros del grupo una contingencia de tipo epidémico. Estadísticamente, tal contingencia es más probable entre los grupos pequeños y homogéneos. Por consiguiente, a fin de evitar o disminuir el riesgo, la unidad de micro-seguro tal vez deba racionalizar las prestaciones. No obstante, un racio-namiento demasiado estricto puede disuadir a las personas de adherir al micro-seguro. En la fase experimental, posiblemente se necesitará alguna ayuda ad hoc para abordar las particulares cuestiones de salud pública. Las soluciones a largo plazo podrían ser: crear unidades de micro-seguro federativas o similares y establecer alguna forma de reaseguro. Esto no se ha intentado aún. Teóricamente, no existen razones que impidan la mancomunación de los riesgos y recursos entre varios micro-seguros. Sin embargo, en general se supone que a medida que aumenta el tamaño del grupo que comparte el riesgo, la información sobre los nuevos miembros tiende a disminuir. Lo cual podría requerir un mayor control contra el riesgo moral. Si recordamos que en los países desarrollados este último ha sido puesto, mucho más que el riesgo idiosincrásico, en la mira de la represión, no puede considerarse que el pequeño tamaño del grupo seleccionado soslaya decisivamente el riesgo del micro-seguro.

Implementación del micro-seguro

Esta sección se ha fundado en las lecciones aprendidas de experiencias esporádicas con las mutualidades de salud o con iniciativas de autoayuda semejantes, lanzadas por varios organismos en diversos países. El objetivo de todas las unidades piloto fue fomentar la organización de la autoayuda comunitaria en materia de servicios de salud. Pero, puesto que los distintos ensayos se iniciaron separadamente, no siguieron un marco conceptual uniforme. La Organización In-

ternacional del Trabajo¹⁸, aliada a otros propugnadores¹⁹, alentó la iniciativa de pasar de los proyectos piloto esporádicos a la promoción del concepto de micro-seguro y a la demostración de su potencial, y a partir de 1996 se enfocó a África Central y Occidental²⁰.

La actividad esporádica ha traído algún alivio a los necesitados, y como tal ha sido bienvenida. No obstante, el problema de esa actividad es la dificultad de obtener suficiente información que conduzca a una reproducción sistemática y a una mejor implementación. Estas cuestiones se relacionan con las características de los excluidos y las razones que motivan su exclusión; los diferentes conceptos del riesgo; cómo enriquecer el capital social para fomentar la voluntad de mancomunar los riesgos y recursos; cómo realimentar la información sobre las anécdotas exitosas en términos de progreso de la protección, satisfacción de los afiliados, mejora del estado de salud, etc.

La estrategia de implementación que implica la OIT ha sido concebida para abordar estas cuestiones. Capta la necesidad de reforzar cada unidad de micro-seguro, proveyendo un canal para la transferencia de información entre ellas, una infraestructura de investigación y control, facilidades de formación y una plataforma para la defensa pública y política de este instrumento. La estrategia se ha descrito en la figura.

La primera experiencia nació de la actividad de la OIT en África Central y Occidental. En junio de 1998 se convocó en Abidjan, Côte d'Ivoire, un taller de alto nivel para presentar a muchos regímenes participantes la plataforma de implementación y las estructuras de apoyo que se están estableciendo. En ese encuentro se adoptó un documento donde se resumen los elementos esenciales, titulado *La Plataforma de Abidjan*. Contiene los siguientes puntos principales:

- La naturaleza democrática, voluntaria, autónoma, participatoria, basada en la comunidad y sin fines de lucro del micro-seguro fue reconocida.

- Se afirmaron el enfoque de la base-hacia-la-cúspide y la necesidad

18. A partir de enero de 1998, la acción de la OIT se ha emprendido por intermedio de una unidad especial del Departamento de Seguridad Social, llamada STEP (Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty).

19. USAID, ANMC (Alianza Nacional Belga de Mutualidades Cristianas), Cooperación Bilateral Francesa, GTZ (Cooperación Bilateral Alemana).

20. Reconocemos que otros regímenes mutuos experimentales en base a la comunidad ya han sido implementados en otros países no incluidos hasta ahora en las actividades en las que se funda esta sección, por ejemplo la República Unida de Tanzania, Camboya, Colombia, la India y otros.

de mejorar la pericia local para un desarrollo sostenible de las instituciones de micro-seguro.

- Se hizo hincapié en la importancia de "aprender haciendo", de la experimentación y las evaluaciones de campo y de las evaluaciones del impacto, como base para perfeccionar el conocimiento, la acción y la investigación.

- Se puso énfasis en la importancia de otorgar facultades a los afiliados: para trabar relaciones más equilibradas con las autoridades y relaciones contractuales más perfectas entre las instituciones del micro-seguro y los prestadores de salud.

- Se recomendó la divulgación de las prácticas más aptas, la fertilización cruzada y la coordinación entre los propugnadores y una mejora continua de los instrumentos apropiados.

- Se exhortó a acelerar la cobertura de grupos de la población en el marco del micro-seguro, estableciendo vínculos con los movimientos sociales.

- Se invitó a los Estados a crear un ámbito político y jurídico favorable al desarrollo de las instituciones del micro-seguro, sin interferir, no obstante, en su gestión cotidiana.

- Se sostuvo que el desenvolvimiento del micro-seguro requiere apoyo técnico, financiero, político e institucional.

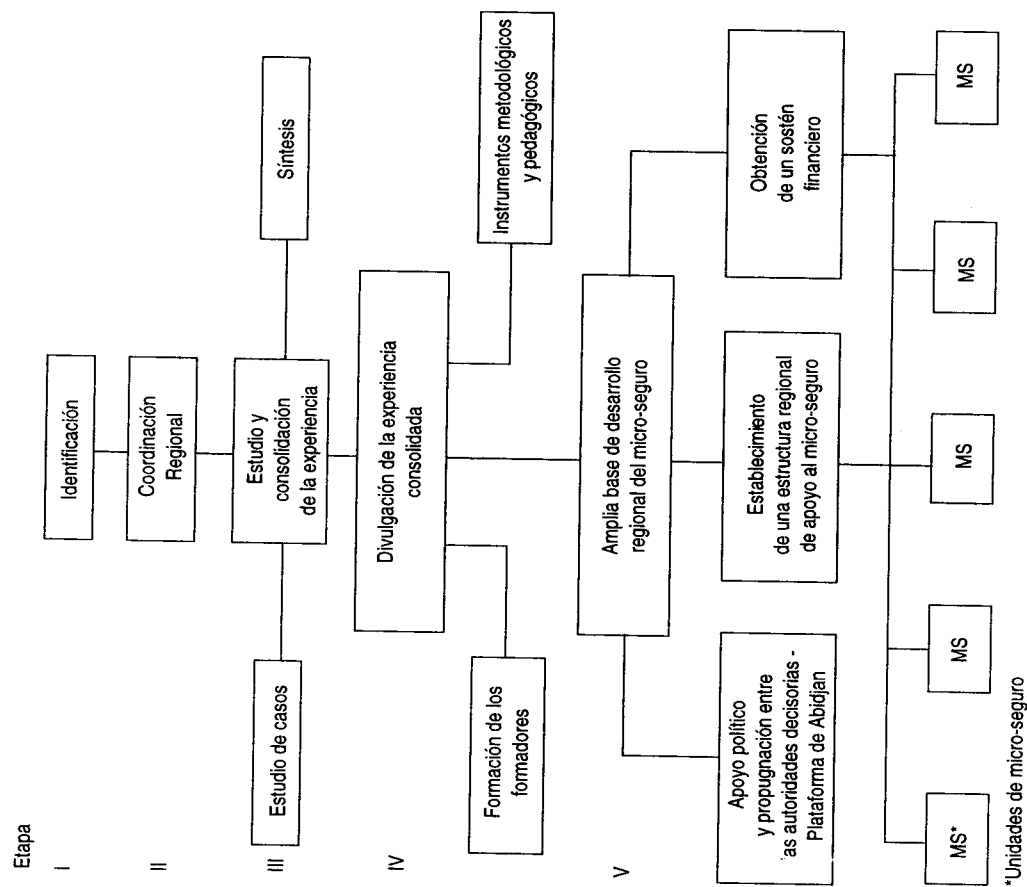
- Se definió la necesidad de iniciar fondos de capital y garantía y un reaseguro para las unidades del micro-seguro.

En forma semejante a la Iniciativa de Bamako, la Plataforma de Abidjan fue concebida para África; mas todos sus componentes también son apropiados para otras regiones del mundo. Por lo tanto, se ha planeado proponerla en reuniones análogas, en otras partes del globo, para su adaptación y adopción.

El camino hacia adelante: el futuro del micro-seguro

El micro-seguro emergió de la necesidad insatisfecha de elaborar un "producto" que ofreciera cobertura a las personas excluidas de los regímenes de salud imperantes. Admitimos que el concepto de micro-seguro es nuevo y que la intuición no basta para comprenderlo. Suponemos que el argumento más convincente a su favor sería la comprobación tangible de que puede lograr lo que afirma: el suministro de protección a los excluidos, contra las consecuencias financieras de los riesgos de salud, a cuyo fin debe tomar en cuenta las condiciones que les han impedido alcanzar tanto la atención de salud como el seguro contra los riesgos en cuestión. La denominación de "micro-

Las cinco etapas de la estrategia de implementación del micro-seguro



seguro" destaca dos aspectos indispensables de la propuesta. Primero, la solución reside en mecanismos de base colectiva. Segundo, la solución es el seguro de salud, adaptado a las condiciones específicas de pequeños grupos de personas. Varios casos piloto y de prueba sugieren que esto es posible. El proceso de adaptación encara varios problemas subordinados, por ejemplo cómo evitar o restringir el riesgo de dominación por la élite local y de manipulación del grupo dentro del proceso democrático; cómo ligar las múltiples unidades del

micro-seguro, para formar una apropiada y amplia mancomunidad del riesgo; y cómo coordinar este concepto con los sistemas públicos de salud.

El micro-seguro ofrece una protección a los individuos mediante su adhesión a un grupo. La implicación de la comunidad es necesaria, porque ella desempeña un papel que ningún individuo puede cumplir por sí solo. Ese papel encierra varias ventajas concurrentes. Primero, la comunidad puede convertirse en una fuerza cohesiva de las personas que comparten múltiples características coincidentes cuyo efecto es colocarlas en una situación de perjuicio, dentro de la sociedad global. Segundo, la directa participación de los adherentes en el proceso de toma de decisiones del régimen de seguro de salud robustece la capacidad de cada individuo para mantener la reciprocidad en el convenio establecido entre él y otros igualmente interesados en compartir el riesgo. La estructura autónoma permite a quienes persiguen esencialmente su propio interés un acuerdo conjunto respecto de un interés colectivo que cada persona no podría alcanzar individualmente. Es posible mantener el equilibrio entre las metas colectivas y los intereses individuales, en parte debido a la contención de los afiliados fundada en las estrechas relaciones con la comunidad. Este acceso gratuito del grupo a la información personal sobre los miembros que lo componen realiza la transparencia de las operaciones y la equidad de la distribución interna, y es a su vez realizado por éstas. Por otro lado, las interacciones sociales en torno de un interés compartido en la atención sanitaria sirven de basamento ideal para organizar la promoción de la salud y las actividades de prevención (van Ginneken, 1998, pág. 9).²¹ Tales actividades pueden propagarse mediante una mejor selección, como extensión natural de la actividad del seguro y anexando la promoción de la salud o las medidas preventivas a la infraestructura local que se está en vías de establecer para el seguro. A raíz de este empeño combinado, la unidad de micro-seguro puede incorporar múltiples controles del riesgo de salud. Finalmente, no por orden de importancia sino de mención, disminuimos que la gestión autónoma y la transparencia ayudan a disminuir los costos administrativos y de funcionamiento, en parte por las intervenciones voluntarias de los afiliados, pero también porque la transparencia coarta considerablemente la corrupción y porque los asegurados pueden penalizar el derroche.

21. Falta verificar que el grupo está dispuesto a gastar en las actividades de atención preventiva y promoción de la salud, a fin de sostener el costo de la asistencia curativa.

El principal papel externo del grupo es su actividad como adquirente de servicios. La negociación de mejores precios y servicios, la misión de interlocutores con los prestadores de asistencia, y el hincapié en la calidad y cantidad de la oferta son funciones que a las personas excluidas les cuesta cumplir individualmente. En términos absolutos, los pobres tal vez gasten poco, pero en términos relativos, el pago que efectúan refleja un esfuerzo de igual magnitud que el realizado por los que gastan más. Conceder a los pobres una mejor posición de regateo, no es sólo una cuestión de equidad sino también de orden económico. Otorgando poderes a la demanda se ayuda a regularizar los patrones del gasto, que a su vez pueden regularizar la oferta en un nivel más elevado que cuando la demanda es imprevisible, fragmentada y esporádica. Se presume que estructurando la demanda a fin de combinar un gasto global mayor, más eficaz y más regular, el crecimiento económico en el sector de la salud y en la economía en general aumentará, al igual que la integración de los excluidos. Por añadidura, este proceso de habilitación realza la gestión democrática del sector de la salud, mucho más allá de las comunidades aisladas.

Habrà que lanzar muchas más unidades de micro-seguro que los ejemplos de implementación ofrecidos aquí. El éxito en la promoción de nuevos emprendimientos, no sólo en África sino también en Asia, América latina, Europa oriental y los países de la Comunidad de Estados Independientes, dependerá de una estrecha asociación entre todos los sectores del micro-seguro en los estamentos locales, nacionales, regionales y mundiales. Algunos aspectos de las operaciones, en particular la agregación macroeconómica de muchas unidades de micro-seguro en grandes estructuras de seguro y reaseguro, deben ser estudiados y puestos a prueba. Es preciso profundizar más la investigación de los vínculos entre la salud y el declive social. No obstante, esperamos que el concepto presentado aquí habrá de contribuir al debate sobre cómo ampliar las opciones de extensión del seguro de salud a los excluidos.

Bibliografía

- Arhin, D. C. 1995. *Rural health insurance: A viable alternative to user-fees? A review and evidence from three countries* (Public Health and Policy Department Publication No. 19). Londres, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Atim, C. 1998. *The contribution of mutual health organizations to financing, delivery, and access to health care in West and Central Africa: Synthesis of research in nine countries*. Washington, PHRUSAID (también disponible en francés).
- Atkinson, A. B. 1995. *Incomes and the Welfare State: Essays on Britain and Europe*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Bennett, S.; Creese, A.; Monasch, R. 1998. *Health insurance schemes for people outside formal sector employment* (Current Concerns ARA Paper No. 16). Ginebra, División de Análisis, Investigación y Evaluación, Organización Mundial de la Salud.
- Blanc, D.; Brunner, E.; Wilkinson, R. (comps.). 1996. *Health and social organization*. Londres, Routledge.
- Bobak, M.; Blane, D.; Marmot, M. 1998. *Social determinants of health: Their relevance in the European context* (WHO Verona initiative, 1st Arena meeting 1998, Technical Input paper). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- Chernew, M.; Frick, L.; McLaughlin, C. G. 1997. "The demand for health insurance coverage by low-income workers. Can reduced premiums achieve full coverage?", en *Health Services Research*, Vol. 32, No. 4.
- Culyer, A. J.; Maynard, A. (comps.). 1997. *Being reasonable about the economics of health — selected essays by Alan Williams*. Cheltenham, UK, Edward Elgar.
- Duffy, K. 1995. *Social exclusion and human dignity*. Background report for the proposed initiative by the Council of Europe, CDPS (1995) Steering Committee on Social Policy, activity II, 1b on human dignity, and social exclusion. Estrasburgo. Consejo de Europa.
- . 1998. *Project on Human Dignity and Social Exclusion. Risk and opportunity: Trends of social exclusion in Europe*. Estrasburgo. Consejo de Europa.
- van Ginneken, W. (ed.). 1998. *Social security for all Indians*. Delhi, Oxford University Press.
- Hsia, W. 1995. "Abnormal economics in the health sector", en P. Berman (comp.), *Health sector reform in developing sustainable*. Cambridge, Mass. Harvard University Press.
- Kaddar, M., y otros. 1997. "Eight years of Bamako Initiative implementation", en *Children in the Tropics*, No. 229/230.
- Mueller, K. J.; Patil, K.; Boilesen, E. 1998. "The role of uninsurance and race in healthcare utilization by rural minorities", en *Health Services Research*, Vol. 33, No. 3.
- Newbrander, W. (comps.). 1997. *Private health sector growth in Asia*. Nueva York, J. Wiley.
- OIT-OSHS. 1989. *The organization of first aid in the workplace* (Occupational Safety and Health Series No. 65). Ginebra, OIT.
- OIT, WSM, ANMC. 1996. *Mutuelles de santé en Afrique: Guide pratique à l'usage des promoteurs, administrateurs et gérants*. Dakar. Oficina Internacional del Trabajo. World Solidarity, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- . 1997. *Mutuelles de santé en Afrique: Manuel de formateurs*. Dakar, Oficina Internacional del Trabajo. World Solidarity, Alliance nationale de mutualités chrétiennes de Belgique.
- OMS. 1978. *Primary health care*. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- . 1986. *The Ottawa Charter: Health promotion*. 1st International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 de noviembre de 1986. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- . 1988. *The Bamako Initiative: Women's*

- and children's health through the funding and management of essential drugs at community level (OMS Doc. AFR/RC37/R.1). Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- . 1997. *The Jakarta Declaration 1997 on Leading Health Promotion into the 21st Century* (OMS Doc. WHO/HPR/HEP/41HP/BR/97.4). Yakarta, 21-25 de julio de 1997. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.
- ONU ACC Equipo de Tareas sobre Ser-vicios Sociales para Todos. 1997. *Compendium of social issues from United Nations global conferences in the 1990s*. Se debe hacer particular referencia a los siguientes textos:
- Conferencia Internacional sobre la Edu-cación para Todos (Tailandia, 1990), Ar-tículo y;
- Cumbre Mundial en favor de la Infancia (Nueva York, 1990), párrafos 9, 10, 11, 20.2, 24 y Apéndices I, II;
- Conferencia de las Naciones Unidas so-bre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Río de Janeiro, 1992), párrafos 6.4, 6.5, 6.12, 6.13, 6.18, 6.23, 6.27, 6.33, 6.34, 6.40, 6.41;
- Conferencia Mundial de Derechos Huma-nos (Viena, 1993), párrafos 31, II.41;
- Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994), párrafos 6.7, 7.6, 8.3, 8.5, 8.8, 8.13, 8.15, 8.17, 8.20, 8.21, 8.22, 8.29, 8.31;
- Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995). Compromisos 2
- (b), 5(d), 6, 6(c), 6(m), 6(1), 6(g), 6(w), párrafos 35, 36, 37, 74;
- 4a. Conferencia sobre la Mujer: Acción para la Igualdad, el Desarrollo y la Paz (Beijing, 1995), Objetivos C.1, C.2, C.3, L.5, párrafos 106, 108, 109, 281;
- 2a. Conferencia de las Naciones Unidas sobre los Asentamientos Humanos (Hábitat II) (Estambul, 1996), párrafos 32, 36, 115, 118, 119, 121, 136, 137;
- Cumbre Mundial sobre la Alimentación (Roma, 1996). Objetivo 2.4.
- Outreville, J. F. 1998. "The health insu-rance sector: Market segmentation and international trade in health ser-vices", págs. 111-124 en S. Zarrili y C. Kinnon (comp.). *International trade in health services: A development perspec-tive*. Ginebra, Naciones Unidas y Orga-nización Mundial de la Salud.
- Shaw, P. R.; Ainsworth, M. 1995. *Finan-cing health services through user fees and insurance*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Shaw, P. R.; Griffin, C. C. 1995. *Finan-cing health care in sub-Saharan Africa through user fees and insurance* (Direc-tions in Development). Washington, DC: Banco Mundial.
- UNDP. 1997. *Human development report 1997*. Oxford, Nueva York, Oxford University Press.
- UNICEF. 1995. *The Bamako Initiative: Re-building health systems*. Nueva York, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

¿FUERA DE LA SEGURIDAD SOCIAL?

El trabajo por cuenta propia y la seguridad social: un examen de la literatura sobre el tema

Andy Jesse

Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra

Se han compilado más de 100 referencias a la literatura internacional, las reformas y los regímenes de seguridad social de los últimos tiempos. Las fuentes se han enunciado, indicando en cada una los temas de actualidad. Se ha descrito a grandes rasgos las conclusiones acerca de cómo ampliar y mejorar la producción literaria pertinente.

El propósito de este examen ha sido tomar de varias fuentes y reunir las referencias sobre el tema de la protección social de los trabajadores por cuenta propia y describir, en base a las publicaciones de los últimos dos o tres años, los aspectos que se tocan en el debate actual.

Se utilizaron las siguientes fuentes: las bases de datos bibliográficos Labordoc y legislativa Natlex, producidos por la Oficina Internacional del Trabajo; *Social Security Worldwide* (La seguridad social en el mundo), producida por la Asociación Internacional de la Seguridad Social, consistente en el enlace de archivos: descripciones de los regímenes (*Social Security Programs throughout the World*, obra producida por la Administración de la Seguridad Social de los Estados Unidos, empleando datos recogidos por la AISS), legislación (subserie Natlex), reformas y el archivo bibliográfico Issdoc (ambos