



RRMEX-PS/EST.4s

Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

**SÍNTESIS DE ESTUDIOS DE CASO DE MICROSEGUROS Y OTRAS
MODALIDADES DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

PRESENTACIÓN

Existe un consenso en las Américas sobre la creciente importancia y tamaño de la población no cubierta por las prestaciones de salud de la seguridad social, principalmente en el sector informal urbano y rural. En ciertos países la cobertura es muy limitada tanto en lo que respecta el número de personas protegidas como las contingencias cubiertas.

En virtud de esta situación y en conformidad con los objetivos de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en conjunto con la Oficina Panamericana de la Salud (OPS) se proponen llevar adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud para la población excluida, que sean efectivas, sostenibles y basadas en la evidencia.

La OIT, por medio del Departamento de la Seguridad Social y su programa Estrategias y Técnicas contra la Exclusión social y la Pobreza (STEP) y de su Oficina Regional para las Américas y el Caribe, y la OPS llevaron a cabo los siguientes estudios:

- (i) Panorama de la de exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe;
- (ii) Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe;
- (iii) El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud;
- (iv) Síntesis de estudios de caso de microseguros y de otras modalidades de extensión de la protección social en América Latina y el Caribe.

Estos estudios servirán de base a los trabajos de la reunión de México (29 de noviembre - 1 de diciembre de 1999), reunión que constituye el punto de partida de esta iniciativa.

Asimismo, la OIT y la OPS han preparado un documento que expone su posición frente el tema de la extensión de la protección social en salud para los excluidos en América Latina y el Caribe.

El presente informe corresponde a la “Síntesis de estudios de caso de microseguros y otras modalidades de extensión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe”. El objetivo de este estudio es caracterizar experiencias del tipo mencionado e identificar sus potencialidades y limitaciones para la extensión de cobertura.

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	i
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	2
III. BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN ESTUDIO	4
IV. PARÁMETROS DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS ESTUDIADAS	8
1. Argumentos respecto de eficiencia y equidad	8
2. Sostenibilidad financiera e institucional de los microseguros	9
2.1 <i>Sostenibilidad financiera</i>	10
2.2 <i>Sostenibilidad institucional</i>	10
3. Incremento de la disponibilidad de la oferta de salud	10
4. Tipología de microseguro u otro mecanismo de protección social en salud	11
V. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS BASADOS EN SU CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD EN EL ACCESO Y GANACIAS DE EFICIENCIA	13
1. Contribución a la equidad	13
1.1 <i>Clasificación de los casos en cuanto al incremento en la cobertura de atención</i>	13
1.2 <i>Clasificación de los casos en cuanto al incremento de la calidad de la atención.</i>	14
2. Contribución a la eficiencia	15
VI. ANÁLISIS DE LOS CASOS RESPECTO DE SU SOSTENIBILIDAD FINANCIERA E INSTITUCIONAL	16
1. Sostenibilidad financiera	16
1.1 <i>Determinación de la Prima</i>	17
1.2 <i>Composición de las fuentes de financiamiento</i>	18
1.3 <i>Acciones tendientes a evitar la selección adversa</i>	19
1.4 <i>Existencia de un Plan de Beneficios</i>	20
1.5 <i>Aplicación de copagos</i>	21
1.6 <i>Reaseguro</i>	22
1.7 <i>Gestión de los Costos Técnicos</i>	23
1.8 <i>Tamaño de la cartera y penetración en grupo objetivo</i>	24
2. Sostenibilidad institucional	25
2.1 <i>Propiedad de las instituciones</i>	25
2.2 <i>Participación de los afiliados</i>	26
2.3 <i>Articulación con el resto del sistema de salud y de protección social</i>	27
2.4 <i>Origen y capacidad de adaptación</i>	28
2.5 <i>Gestión técnica y administrativa</i>	29
2.6 <i>Asistencia técnica externa</i>	31

ÍNDICE (cont.)

VII. CONTRIBUCION A LA DISPONIBILIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD _____	34
VIII. CATEGORIZACIÓN DE LOS CASOS COMO MECANISMOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD ____	36
IX. CONCLUSIONES DE LA SÍNTESIS DE CASOS _____	38
BIBLIOGRAFÍA _____	43

Lista de Cuadros

Cuadro 1: Descripción de casos según origen financiamiento _____	19
Cuadro 2: Tamaño de cartera y penetración de los casos analizados _____	25
Cuadro 3: Relación participación de los afiliados y penetración en población objetivo _____	27
Cuadro 4: Articulación de las experiencias con el resto del sistema de salud _____	28
Cuadro 5: Capacidad de gestión de los casos analizados _____	31
Cuadro 6: Descripción de la situación respecto de sostenibilidad institucional _____	32
Cuadro 7: Visión resumida de la situación institucional de los casos estudiados _____	33
Cuadro 8: Tipificación de los casos como mecanismos de protección social en salud _____	37

Lista de Figuras

Figura 1:	Esquema global de análisis de los casos _____	12
Figura 2:	Relación entre grado de autofinanciamiento y modelo de administración _____	36

Lista de Anexos

Anexo No. 1:	Aspectos generales de los casos analizados
Anexo No. 2:	Resumen aspectos relacionados con equidad
Anexo No. 3:	Resumen análisis aspectos relacionados con sostenibilidad financiera
Anexo No. 4:	Resumen análisis aspectos relacionados con la gestión
Anexo No. 5:	Descripción detallada de los parámetros de análisis de casos

SÍNTESIS DE ESTUDIOS DE CASO DE MICROSEGUROS Y OTRAS MODALIDADES DE EXTENSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE¹

I. INTRODUCCIÓN

El presente informe contiene el análisis y síntesis de un conjunto de casos de microseguros y otras modalidades de intervención dirigidas a extender la protección social en salud a grupos excluidos de la región. El objetivo de este esfuerzo es caracterizar estas experiencias e identificar algunas potencialidades y limitaciones que se desprenden de ellas, así como también sugerir propuestas de áreas interesantes a investigar de forma de contribuir al mayor conocimiento de este tipo de iniciativas.

El presente documento se inicia con una breve caracterización de las experiencias estudiadas de manera de que el lector se forme una primera aproximación respecto del tipo de experiencias que se han llevado a cabo en la región con miras al aumento del acceso de la población a la protección social en salud. Luego se presenta la tipología de análisis con la cual se revisan las experiencias, cuyo fin es orientar la revisión de los casos, así como identificar elementos que favorezcan o impidan su viabilidad.

Basados en la tipología de análisis propuesta, se describe la situación en la cual se encuentran las experiencias, identificando sus características más relevantes y en la medida que sea posible se describen tendencias y agrupaciones de las mismas. A partir de algunas hipótesis planteadas para este estudio respecto de los temas de sostenibilidad financiera e institucional y contribución a la mayor equidad en salud, se identifican las potencialidades y oportunidades que dichas experiencias implican para el resto de la región en el contexto de la extensión de la protección social en salud.

Finalmente se presentan algunas conclusiones del análisis, y se incluye una propuesta de áreas de investigación respecto de las potencialidades y riesgos observados en estas iniciativas, a fin de aumentar el conocimiento que permita orientar modelos de intervención más eficientes y equitativos para la extensión de la protección social en salud en la región.

¹ El presente documento ha sido elaborado bajo la dirección y supervisión de la OIT y la OPS/OMS. Por parte de la OIT participó el Departamento de Seguridad Social, su Programa STEP, la Oficina Regional para América Latina y el Caribe, así como las Oficinas para la OIT en Lima y Santiago. Por parte de la OPS participó la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Los consultores Soledad Ubilla MD, MM and PP, MHA y Andrés Díaz, Ingeniero Comercial con mención en Administración; del Centro Latinoamericano de Investigaciones en Sistemas de Salud (CLAISS), tuvieron a su cargo el estudio correspondiente.

II. ANTECEDENTES

Como una contribución a la Iniciativa conjunta OIT/OPS, se ha realizado la revisión y análisis de un conjunto de experiencias emprendidas en los países de América Latina y el Caribe, ya sea por los sistemas de seguridad social o por otros sectores de la sociedad para promover la extensión de la cobertura en salud de los grupos excluidos. Es un tema fundamental para elevar el conocimiento e impulsar adecuadas estrategias dirigidas a aumentar el acceso de la población a protección social en salud.

Para la búsqueda de evidencia respecto de las experiencias de la región, OIT y OPS pusieron en marcha un proceso que incluyó las siguientes etapas: identificación y preselección de experiencias, establecimiento de contacto con las estructuras responsables, selección de casos, acuerdos con los equipos responsables en cuanto a modalidades de elaboración de los estudios, elaboración y análisis de los casos.

Las experiencias fueron identificadas sobre la base de criterios relativos a las modalidades de financiación (con diferentes grados de autofinanciamiento), a las características de los afiliados (énfasis en sistemas que cubran población excluida y/o pobres) con carácter voluntario o automático (pertenencia al grupo familiar del afiliado), modalidades de gestión y participación de los afiliados en las decisiones.

La serie de 11 estudios que son motivo de esta síntesis fueron construidos a partir de un instrumento común de recolección de información llamado “Guía para la realización de estudios de caso de sistemas de seguro de salud (microseguros)”, lo cual facilitó la realización de los estudios y permitió comparar la información suministradas por quienes tuvieron bajo su responsabilidad la observación y descripción del funcionamiento de estas experiencias. No ha sido el objetivo de estos estudios realizar una evaluación de los casos sino aportar un mayor conocimiento de su funcionamiento que permita entender mejor estas experiencias y extraer aprendizajes útiles para los países de la región.

El esfuerzo realizado aspira a contribuir al esclarecimiento respecto de las características de estas experiencias, y no pretende constituirse en una muestra representativa de ellos.

La síntesis y análisis de casos espera contribuir con lo siguiente:

1. La elaboración de una tipología para el análisis de los casos estudiados.
2. Un resumen de las características comunes entre todos o entre subgrupos distinguibles de los casos estudiados.
3. Un análisis de las oportunidades y desafíos para la región respecto a extensión de protección social en salud, que surgen claramente o parecen surgir de los casos analizados desde la perspectiva de su sostenibilidad financiera e institucional;
4. Una propuesta de agenda de investigación de áreas específicas que surgen de la necesidad de contar con más y mejor información y análisis para verificar

(o no) la evidencia preliminar respecto a oportunidades y desafíos surgidas en el punto “3” anterior y para confirmar (o no) las hipótesis planteadas en cuanto a si alguna o todas las experiencias identificadas son alternativas viables para expandir eficiente y equitativamente la protección social en salud en América Latina y el Caribe.

La relevancia no sólo de este estudio, sino del conjunto de acciones que espera desarrollar OIT y OPS está dada por el panorama que se presenta para la región respecto de los niveles de exclusión de protección en salud². A pesar de los esfuerzos que realizan los gobiernos latinoamericanos de garantizar acceso universal a la salud de la población, un número significativo de personas carentes de recursos, no tiene acceso a atención³.

Teniendo en cuenta la magnitud de los recursos que destinan las familias a obtener bienes y servicios de salud como “gasto de bolsillo puro (pago directo), el copago y las contribuciones en forma voluntaria a seguros privados”, que se observa especialmente en las familias de menores ingresos, existen razones de eficiencia y equidad⁴, que refuerzan la necesidad de explorar fórmulas de expansión de cobertura, particularmente fórmulas de aseguramiento o microaseguramiento para sectores excluidos de la seguridad social ofrecida por los países.

² Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe. 1999.

³ A modo de ejemplo, en Bolivia, Ecuador y Paraguay alrededor del 20% de la población no recibe atención en forma regular. La dificultad de acceso de estos grupos obedece no sólo a dificultades institucionales para cubrir a la población a través de los mecanismos formales de protección social, también es consecuencia de la falta de oferta en algunas áreas, a la existencia de ciertas barreras, inaccesibilidad económica, geográfica –que se presenta en comunidades principalmente rurales alejadas de los centros de atención-, y restricciones funcionales.

⁴ El gasto de bolsillo en salud en América latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud, 1999.

III. BREVE DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS EN ESTUDIO

A continuación se presenta una breve descripción de los 11 estudios de casos que serán analizados de manera de contribuir al mejor entendimiento de las experiencias.

EMPRESA SOLIDARIA DE SALUD COESPERANZA – COLOMBIA

La Empresa Solidaria de Salud (ESS) de Sogamoso, surge en 1995 en el marco de una iniciativa gubernamental formalizada en 1993 a través de la Ley 100 que crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud. El origen de la ESS de Sogamoso está ligado a una organización de tipo cooperativo, y su objetivo es dar acceso a atención de salud a la población pobre, tanto urbana como rural, sin cobertura de 30 municipios del Departamento de Boyacá y tres zonas suburbanas de Bogotá. Su financiamiento proviene prácticamente en un 100% del estado tomando la forma de un pago per capita. Cuenta con 42.000 beneficiarios y ofrece cobertura a prestaciones de salud de todos los niveles de atención.

SEGURO DE SALUD UNIVERSAL DEL IPTK – BOLIVIA

El seguro de salud surge en 1996 por iniciativa del Instituto Politécnico Tomás Katari (IPTK), organización no gubernamental dedicada al desarrollo social en el Departamento de Potosí y la ciudad de Sucre, con el objetivo de dar cobertura de salud a la población que no cuenta con acceso a dicha atención en los sectores pobres de la ciudad de Sucre y alrededores. El IPTK es la institución responsable del seguro, financiándose principalmente con aportes de agencias de cooperación internacionales. El Seguro cuenta con 2.027 afiliados, los que pagan una cotización mensual que solo cubre gastos administrativos. Adicionalmente deben financiar los copagos por las prestaciones entregadas, las cuales corresponden principalmente a consultas de atención primaria, medicamentos, parto, exámenes de laboratorio, y algunas intervenciones quirúrgicas.

FUNDACIÓN DE DESARROLLO NACIONAL – HONDURAS

Este sistema de salud fue creado en agosto de 1990 y está a cargo de la Fundación de Desarrollo Nacional, Organización No Gubernamental que presta servicios de salud de nivel primario a través de ocho centros de atención primaria propios, en Tegucigalpa, capital de Honduras. Su objetivo es el mejoramiento del nivel de vida de los sectores más pobres de la población, colaboración con los programas sociales y de salud del gobierno y otras organizaciones, y en general efectuar acciones que apunten al desarrollo social. El sistema se financia con los aportes de los usuarios asociados al pago de las prestaciones de salud entregadas y con donaciones recibidas de socios cooperadores y organizaciones internacionales. No existe sistema formal de afiliación.

ASOCIACION MUTUAL DE TRABAJADORES DE LOS BATEYES – REPUBLICA DOMINICANA

Amutraba surge en octubre de 1995 sobre la base del Movimiento Sociocultural de los Trabajadores Haitianos “MOSCTHA”, asociación mutualista destinada a mejorar las condiciones de vida de los trabajadores haitianos de los bateyes, pequeñas poblaciones rurales creadas en torno a la recolección del azúcar. El financiamiento del seguro proviene principalmente de aportes de organizaciones nacionales e internacionales de ayuda social, existiendo una pequeña cuota de cargo del afiliado. El ámbito de acción de Amutraba son 20 bateyes de tres ingenios azucareros ubicados en el Distrito Nacional y la Provincia de Monte Plata. En la actualidad cuenta con 510 afiliados y 2.500 beneficiarios, considerando en esta última cifra a los afiliados y sus familiares, los cuales tienen acceso a un paquete de prestaciones de nivel primario, principalmente consultas médicas y exámenes básicos. Tratándose de prestadores externos, los afiliados deben financiar una parte de la prestación. Adicionalmente se consideran beneficios pecuniarios, consistentes en créditos para el apoyo de actividades productivas y un sistema de financiamiento de los servicios fúnebres.

FONDO COMUNITARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE TUPIZA – BOLIVIA

El Fondo Comunitario de Salud del Municipio de Tupiza, surge en 1996 a partir de la iniciativa conjunta del Municipio de Tupiza, el Distrito de Salud de Tupiza (Sistema Público de Salud) y la comunidad del lugar, con el objeto de cubrir las necesidades de salud de las familias urbanas y rurales de alto riesgo del Municipio de Tupiza (Departamento de Potosí), facilitando el acceso a los prestadores de Salud a través del reemplazo de los copagos de prestaciones por una cuota fija anual de cargo de los afiliados. El grueso del financiamiento proviene de los aportes estatales a través del Municipio y el Sistema Público de Salud. En la actualidad tiene 3.245 beneficiarios, que pueden acceder a un paquete de beneficios que incluye atención primaria completa y atención secundaria en los centros de salud y hospitales del sector público.

POLICLINICA UNICA JOSE PEDRO VARELA – URUGUAY

El seguro de salud se crea en 1983 a partir del Complejo de Viviendas por ayuda mutua José Pedro Varela. Esta agrupación cooperativa cuenta con una policlínica con tres locales, originalmente creadas en forma independiente con el objeto de mejorar el acceso, principalmente en términos físicos, a la atención primaria de salud de los habitantes de dos barrios de Montevideo. El plan de beneficios es único aplicable a todos los afiliados, los que llegan a 6.440 personas, e incluye acciones ambulatorias de nivel primario y de especialidad (consultas medicas programadas y de urgencia), medicamentos, y exámenes de laboratorio a través de un convenio con un prestador externo. El financiamiento del sistema proviene prácticamente en un 100% de los aportes de los afiliados, que toman la forma de cuotas mensuales y copagos para las consultas de especialidades.

ASOCIACIÓN MUTUA DEL CAMPO – NICARAGUA

El seguro de salud de la Asociación Mutua del Campo se origina en 1995 por iniciativa de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), organización sindical que agrupa a trabajadores agrícolas de cuatro municipios rurales de Nicaragua (Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia, y San Ramón). El financiamiento del sistema proviene de aportes de una organización de ayuda Belga, de las cotizaciones asociadas a cada trabajador (financiadas en partes iguales por los trabajadores y por los patrones), y de la venta de medicamentos y prestaciones de salud, las cuales consisten básicamente en atenciones de nivel primario. El número de beneficiarios alcanza a 6.750, considerando trabajadores afiliados y sus familias.

SEGURO COMUNITARIO DE SOLANO – ECUADOR

El seguro opera sobre la base de la organización comunitaria “Comité de Salud del Subcentro de Salud Solano”, Provincia de Cañar, a partir de marzo de 1998, y en el marco de un proyecto denominado “Atención Primaria de Salud”. Dicho proyecto es una iniciativa conjunta de los gobiernos del Ecuador y de Bélgica, quienes aportan gran parte del financiamiento del sistema. El resto de los recursos proviene de las cotizaciones y los copagos de los afiliados. El Sistema de Seguro de Salud (SIS) ofrece un plan de beneficios que incluye atención primaria y secundaria en los establecimientos del sistema público de salud. El objetivo perseguido con la creación del SIS fue aumentar la equidad, accesibilidad y participación de la comunidad. El número de beneficiarios es de 242, principalmente población rural de la Parroquia de Solano.

OBRA SOCIAL MUNICIPAL (OSMU) TRENQUE LAUQUEN – ARGENTINA

Las organizaciones participantes en la creación del Sistema de Seguro de Salud (SIS) en 1992 fueron la Intendencia de Trenque Lauquén, localidad eminentemente urbana ubicada en la provincia de Buenos Aires, el Hospital de la ciudad y la Municipalidad de Trenque Lauquén, siendo esta última la responsable de la administración del sistema. El objetivo del sistema fue el de dar cobertura de atención de salud a la población no cubierta por las obras sociales tradicionales. El Plan de Beneficios al que pueden acceder los 18.000 beneficiarios de la OSMU considera atención primaria y secundaria, prestaciones de alta complejidad (excluye ciertas enfermedades crónicas). El financiamiento de la OSMU proviene de las cotizaciones y copagos de los afiliados, de los trabajos comunitarios de los afiliados de escasos recursos, y de los aportes del Gobierno provincial y Municipal.

SERVICIO SOLIDARIO DE SALUD DE LA CGTG – GUATEMALA

La institución que crea y administra el SIS a partir de 1996 es la Central General de Trabajadores de Guatemala (CGTG), organización sindical, a cuyos miembros esta principalmente dirigido el seguro. Su financiamiento proviene de las cuotas de sus afiliados y de aportes provenientes de otras actividades de la CGTG, y su objetivo

es otorgar atención médica básica a los grupos de trabajadores más desprotegidos de la organización, principalmente ligados al sector informal. Estos trabajadores se ubican principalmente en la zona urbana y peri-urbana del Municipio de Guatemala. El plan de beneficios considera la atención ambulatoria de primer nivel, medicamentos y exámenes de laboratorio, para los 4.740 beneficiarios actuales.

SEGURO DEL AGRICULTOR – PERÚ

La Municipalidad de Sama - Las Yaras, distrito rural costero de la provincia de Tacna en Perú, tiene a su cargo la administración del Seguro del Agricultor. En la creación del seguro en 1995 participó el Comité Local de Administración de Salud (CLAS), institución que además de administrar el sistema hasta 1997, actúa como prestador de servicios hasta hoy. El objetivo inicial del seguro fue el de ampliar las prestaciones otorgadas. Su objetivo actual es el de extender la protección de salud y de seguridad social a la población rural de más bajos ingresos de la zona. En la actualidad cuenta con 206 beneficiarios, los cuales tienen acceso a prestaciones de atención primaria, medicamentos, atención de parto y exámenes. El financiamiento proviene de las cotizaciones de los afiliados y de los aportes del estado, siendo este último el más importante. No se aplican copagos.

IV. PARÁMETROS DE ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS ESTUDIADAS

Con el fin de poder caracterizar las experiencias respecto de su contribución en la extensión de aseguramiento de cobertura para la atención de salud a grupos excluidos, a continuación se presenta una tipología para el análisis, que contiene los elementos considerados a nuestro juicio más relevantes y que son consistentes con los criterios de selección de los estudios de caso inicialmente establecidos por OIT y OPS.

El sentido que tiene la construcción de esta tipología de análisis es orientar al lector respecto de elementos relevantes que permitan tomar posición y decidir acciones respecto ya sea de los casos estudiados o respecto de otras iniciativas orientadas con el objetivo de extender la cobertura en salud a los grupos excluidos.

1. Argumentos respecto de eficiencia y equidad

Se han definido básicamente dos grandes ejes de argumentación que podrían justificar la existencia y el desarrollo de sistemas de microseguros o de otras modalidades tendientes a extender la cobertura de protección en salud, que son la eficiencia respecto del uso del gasto de bolsillo en salud en los más pobres y la equidad en el acceso que se aporta a la protección de los excluidos, que permiten valorar las experiencias.

Las razones de eficiencia que han sido consideradas para la construcción de esta tipología, han sido rescatadas del documento conceptual “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud”⁵, y son las siguientes:

1. *Ganancias de eficiencia en el gasto de los individuos basado en los argumentos que derivan de la teoría clásica de seguros*, que se justifica por la naturaleza aleatoria de los episodios de enfermedad y el riesgo financiero que surge a partir de los gastos asociados a la satisfacción de la demanda por servicios de salud. La evidencia disponible respecto de que los segmentos poblacionales más pobres tienen una mayor elasticidad precio-demanda por servicios de salud, lleva a concluir que la separación de la contribución - consumo que permiten los esquemas de aseguramiento, también se traducirá en un consumo más adecuado de servicios de salud, en comparación con el modelo en el cual estos usuarios deben afrontar directamente todo el costo de la prestación al momento de ser requerido.
2. *Eficiencia derivadas de la agrupación de personas y organización del gasto/contribución*, esto permite generar ganancias por economías de escala, dado por la posibilidad de disminuir la incertidumbre individual en la predicción

⁵ OIT/OPS, Documento RRMEX-PS/EST.2s, 1999.

del gasto futuro y por lo tanto es posible reducir el costo de la prima⁶. Un segundo beneficio se deriva del hecho de que al poderse asegurar un flujo financiero estable para comprar servicios de salud se reduce la incertidumbre de los prestadores, haciendo más atractivo comprometer una oferta de prestaciones estable. Adicionalmente la asociación aumenta la capacidad de negociación del grupo con los prestadores en términos de precio, oportunidad y calidad.

3. *Eficiencia derivada de organizar los subsidios implícitos a los trabajadores independientes*, que usufructúan de los beneficios estatales dirigidos a los indigentes y más pobres. La marginación de ciertos grupos de trabajadores de los esquemas formales de cobertura de salud, que lleva a que ellos no aporten la cotización obligatoria a estos sistemas, podría reducirse en estas experiencias. Esta condición solamente es posible si el sistema de aseguramiento está de algún modo integrado al resto del sistema evitando la duplicación de subsidios.

Adicionalmente, es necesario analizar y extraer de estos casos aprendizajes respecto de cómo estos esfuerzos contribuyen a una mayor equidad en salud. Si bien es posible reconocer que es discutible el aporte a la equidad en la contribución que hacen estas pequeñas experiencias, hemos considerado pertinente analizar su contribución a la equidad en el acceso a servicios de salud, tomando en consideración como las experiencias estudiadas contribuyen a lo siguiente:

1. Se genera un *aumento de cobertura de atención de salud* a los grupos excluidos y en especial a los más pobres.
2. Se estructura una demanda más solvente frente a los prestadores de salud de parte de grupos excluidos y de menores ingresos, que *son capaces de exigir calidad en la atención de salud*, por lo tanto se reduce la brecha de garantía de calidad entre estos grupos y el resto de la sociedad.

2. Sostenibilidad financiera e institucional de los microseguros

Otra área de elementos que son fundamentales para orientar el futuro apoyo a experiencias de extensión de cobertura en protección social de salud, dicen relación con responder respecto de, cuales son las condiciones que permiten garantizar la viabilidad en el tiempo (es decir sostenibilidad institucional y financiera) de las experiencias en estudio.

⁶ La existencia de esquemas de seguros muy pequeños, donde el factor que determina la varianza del gasto futuro puede ser muy importante, podría anular este beneficio, ya sea porque la prima que debiera pagarse sea muy elevada para obtener cobertura integral o porque el paquete posible de ofrecer para lograr una "prima pagable" sea poco atractivo

2.1 Sostenibilidad financiera

Para analizar la sostenibilidad financiera, se ha definido la siguiente condición *existe coherencia y capacidad de adaptación del sistema, entre la determinación de sus ingresos, es decir la definición de la prima y los otros aportes, y los costos derivados de la entrega de los beneficios a los usuarios, es decir el paquete de prestaciones*⁷.

Los elementos que aportarán al análisis de sostenibilidad financiera son⁷:

1. La existencia de prima en lo posible ajustada a riesgo
2. Composición de las fuentes de financiamiento
3. Acciones dirigidas a evitar la selección adversa
4. Existencia de un plan de beneficios explícito y acorde con la prima
5. Uso de copagos para evitar demanda innecesaria
6. Existencia de reaseguro
7. Acciones para administrar los costos técnicos
8. Tamaño de cartera que permita su sostenibilidad

2.2 Sostenibilidad institucional

Se ha introducido también una dimensión de sostenibilidad institucional de estos sistemas. Para lo cual se examinara en los sistemas en estudio los elementos siguientes⁸:

1. Propiedad de las instituciones
2. Participación de los afiliados en la determinación del paquete de prestaciones y prima
3. Integración y/o articulación con el resto del sistema de salud
4. Capacidad de adaptación y de desarrollo del sistema
5. Capacidad de gestión técnica y financiera que de cuenta de un modelo de administración coherente con los objetivos de un sistema de aseguramiento en salud
6. Asistencia técnica recibida

3. Incremento de la disponibilidad de la oferta de salud

Finalmente, teniendo en cuenta las implicancias en eficiencia y equidad que se describieron previamente, y en virtud de que analizando el origen de los casos estudiados aparece como un de los objetivos principales por el cual surgen estos sistemas, el responder a **la necesidad de aumentar la disponibilidad de la oferta de prestadores** y por ende lograr que estas poblaciones excluidas aumenten su acceso a atenciones de salud, se agrega como resultado a considerar, “el incremento de la oferta de prestadores”, si bien no nos parece suficiente para justificar per se la existencia de

⁷ Para mayor detalle ver Anexo N°5.

⁸ Para mayor detalle ver Anexo N°5.

microseguros de salud y por lo tanto será analizado como un resultado complementario.

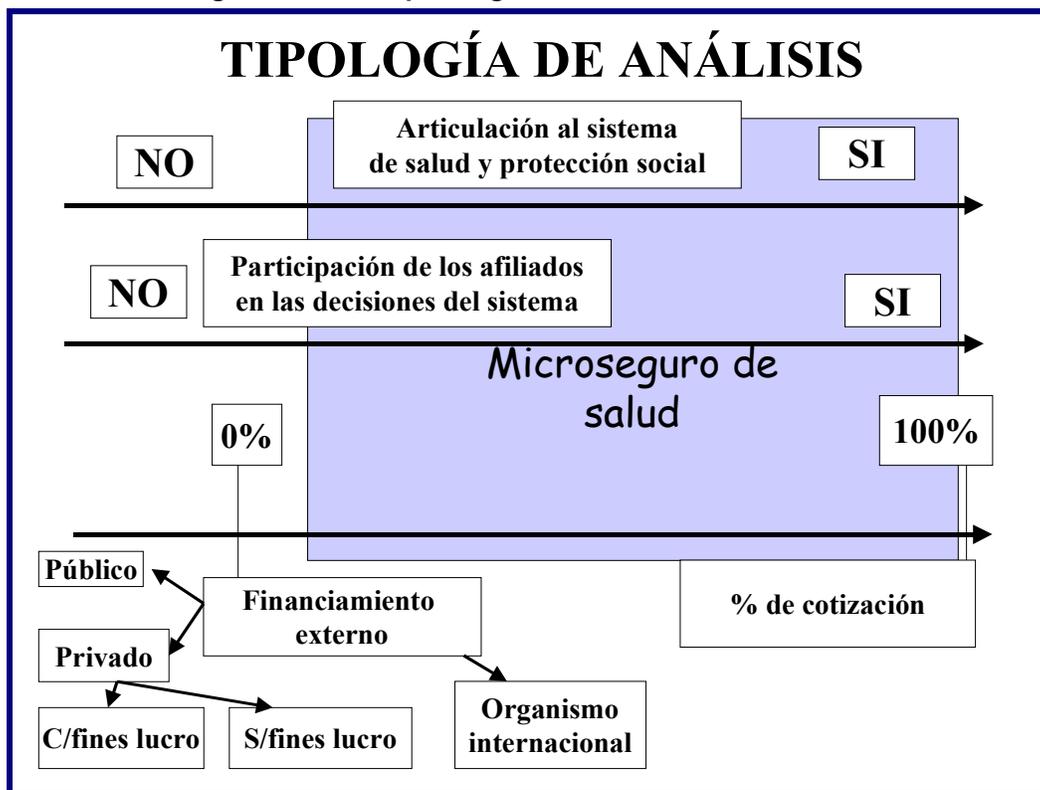
4. Tipología de microseguro u otro mecanismo de protección social en salud

Se ha elaborado una tipología para clasificar las experiencias estudiadas considerado fundamentalmente tres elementos:

1. **La variable origen del financiamiento:** el porcentaje de contribución directa de parte de los afiliados sobre la base de prima o cotización, puede llegar a significar el 100% del financiamiento, “microseguro autofinanciado”. En el otro extremo, es posible que existan experiencias que denominamos de “contribución externa pura”, que puede o no ser subsidio, donde no existe ningún aporte por parte de los afiliados.
2. **La variable participación de los afiliados:** se analizará si existe o no participación en las decisiones relevantes del sistema, es decir en la definición del paquete de prestaciones, en el monto y criterios para determinar la prima, en la definición de cambios en la población objetivo del sistema, etc.
3. **La variable articulación con el resto del sistema de salud y de protección social:** esta dimensión debe dar cuenta de la capacidad de conexión y coherencia del sistema analizado respecto de la red asistencial disponible para aumentar cobertura de atenciones y de las políticas nacionales respecto de protección social. Esta variable se considera relevante, por cuanto si se asume que estos sistemas pueden ser importantes para asumir la transición entre la exclusión de grupos de individuos a protección social en salud hacia la instauración de mecanismos permanentes de acceso a cobertura de salud para esas poblaciones, resulta recomendable que estos sistemas de algún modo se encuentren relacionados, sean coherentes o estén insertos en el marco de políticas sociales de cada país.

A partir de la agregación del conjunto de variables que constituyen esta tipología de análisis, a continuación se presenta el esquema de análisis global que orienta la revisión de los casos, entendiendo por microseguro o otra modalidad de extensión de la protección social en salud a aquellos casos que presenten algún grado de autofinanciamiento, tengan algún nivel de participación de los afiliados y estén parcial o totalmente integrados o articulados al sistema de salud y de protección social en su conjunto.

Figura No. 1: Esquema global de análisis de los casos



Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

Toda la información que se analiza para todas las categorías descritas permite en la medida de que exista información disponible obtener dos tipos de indicadores relevantes para caracterizar los sistemas de seguros en salud (SIS):

- comportamiento promedio o por subgrupos en la muestra de casos
- tendencia en el tiempo de las experiencias estudiadas

V. ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS BASADOS EN SU CONTRIBUCIÓN A LA EQUIDAD EN EL ACCESO Y GANACIAS DE EFICIENCIA

Tal como se señaló en la metodología de análisis, un elemento relevante respecto de este tipo de experiencias de protección social, es su contribución a la equidad en el acceso a los servicios de salud, concepto que en el caso de la salud es especialmente relevante. La hipótesis de trabajo que interesa verificar, es que la creación de estos sistemas de microseguros ha contribuido al incremento de la equidad en salud, independientemente de su forma de organización y de si cumplen o no con las características propias de un sistema de aseguramiento, tal como han sido definidas en este documento.

Es importante señalar que para el análisis de los dos aspectos considerados en esta sección, no se encontraron en los estudios de casos antecedentes objetivos de los cuales extraer conclusiones definitivas. Por lo tanto, se ha tomado en consideración la opinión de los responsables del sistema de salud y de los usuarios como una buena aproximación.

1. Contribución a la equidad

1.1 *Clasificación de los casos en cuanto al incremento en la cobertura de atención*

En términos generales, los antecedentes indican que todas las experiencias han incrementado la cobertura de atención a los grupos destinatarios, lo cual parece lógico considerando que la mayoría de los casos está dirigido, por definición inicial, a grupos de población de escasos ingresos y con poco o ningún acceso a servicios de salud. Basándose en los antecedentes disponibles, es posible distinguir los casos en que este incremento es más evidente y aquellos en que el incremento es más débil.

En el primer grupo se ubican las experiencias de Colombia, República Dominicana, Ecuador, Nicaragua y Perú. En todos estos casos se indica en los informes que se ha incrementado el acceso de los afiliados a la atención de salud. Es interesante señalar que en estos casos se trata de población que vive en sectores rurales o lejanos a centros urbanos con infraestructura de salud adecuada, lo que, aparte de su bajo nivel de ingresos, constituía su principal dificultad en el acceso. Cabe señalar que en el caso de República Dominicana, es evidente el mejoramiento en cobertura por cuanto los trabajadores haitianos no tenían posibilidad de atención por ser ilegales. De igual modo, en la experiencia colombiana se destaca la puesta en marcha de un sistema de atención “extramuros”, de tal modo de acercar al prestador al lugar de residencia de los usuarios.

En el otro extremo es distinguible el caso uruguayo, el cual está dirigido a población de ingreso medio-bajo, la cual no tenía grandes problemas de acceso, excepto el hecho de su lejanía con los centros de atención y los copagos que debían efectuar en el

sistema de seguridad social formal, lo cual en definitiva permite que esta iniciativa ofrezca mejores condiciones en cuanto a acceso.

El resto de las experiencias se ubican en un nivel intermedio, caracterizándose por ser poblaciones principalmente de sectores urbanos o de la periferia urbana, o que pertenecen a grupos con algún nivel de organización, en los cuales estas intervenciones, les habría permitido lograr algún nivel de accesibilidad a las prestaciones de salud.

1.2 Clasificación de los casos en cuanto al incremento de la calidad de la atención.

En este ámbito, es posible señalar que la mayoría de los casos en estudio ha logrado incrementar la calidad de la atención a la que tiene acceso las poblaciones beneficiarias, particularmente antes de la creación de los sistemas de protección social.

Esta conclusión se obtiene de los antecedentes incorporados en la sección donde se recoge la opinión, tanto de los responsables de la administración de los sistemas, como de los propios usuarios⁹. Los casos en que ambas opiniones coinciden en ello son los de Colombia, Bolivia (Tupiza), Nicaragua, Ecuador, Argentina, y Guatemala. En todos ellos en mayor o menor grado se indica que la gente se encuentra satisfecha en general con la atención brindada a través del sistema y con el mejoramiento del acceso que les ha permitido lograr. Dentro de estas experiencias, las de Colombia y Argentina incorporan prestaciones complejas en sus planes de beneficios, lo cual es un indicador más potente respecto al mejoramiento de la calidad. Una constante en todas las opiniones vertidas en los informes es que los usuarios piden la incorporación de más prestaciones a sus planes de beneficios, particularmente atenciones de especialidades, las que en general no han sido incorporadas inicialmente por los sistemas.

Un segundo grupo de experiencias es el de los casos de Bolivia (IPTK), República Dominicana, Uruguay, y Perú. En estos casos solo se cuenta con la opinión de los responsables de administrar los sistemas, los que coinciden en que con la creación de los sistemas ha mejorado el acceso a atenciones de mayor calidad. Evidentemente estas opiniones tienen un peso menor que la de los usuarios, por lo cual no es posible afirmar con tanta seguridad que se ha producido un cambio en la atención como en los casos anteriores.

Por último, en el caso de Honduras, no se cuenta con información que permita deducir algo respecto al tema de la calidad.

⁹ Si bien se trata de una dimensión cualitativa, la coincidencia entre los actores le da una mayor certeza a los hallazgos encontrados.

2. Contribución a la eficiencia

Por otra parte se han recogido las hipótesis teóricas respecto del aporte que estas experiencias podrían hacer a la mayor eficiencia del uso del gasto de bolsillo.

En este sentido, considerando los fundamentos derivados de la teoría clásica de seguros, un elemento que resulta interesante dice relación con el supuesto de que en condiciones de aseguramiento debiera aumentar el consumo de prestaciones de salud especialmente en la población más pobre. Si bien no es posible obtener en todos los casos información cuantitativa al respecto, si en la percepción de los usuarios de todos los casos es constante esta apreciación de aumento del consumo de atenciones de salud, lo cual es también avalado por los prestadores.

Respecto de las ganancias en eficiencia que se pueden obtener de negociar colectivamente con los prestadores de salud, en la mayoría de los casos se destacan los éxitos obtenidos por los administradores de los SIS en este sentido, ya sea obteniendo mejores precios, mayor oportunidad en la atención, así como la instalación de mecanismos de pago que permiten transferir parcialmente riesgo también a los prestadores (financiamientos per cápita). Adicionalmente ya se mencionó respecto al aporte en equidad la percepción favorable de los usuarios respecto de mejor calidad de las atenciones de salud.

Por último en lo referente a las ganancias de eficiencia que puede obtener el sistema en su conjunto, a consecuencia de reducir los subsidios implícitos que el estado transfiere a los trabajadores de sectores informales que no cotizan en los sistemas formales de seguridad social, si bien no existen datos explícitos que den cuenta de esta situación, es posible asumir que la mayoría de estas experiencias si contribuyen en este sentido. Esto debido a que en estas experiencias locales se logra que los trabajadores informales aporten al SIS y a cambio reciban un conjunto de prestaciones (Plan de salud). Es posible que en el caso de Uruguay este efecto sea inverso, ya que la población cubierta por el SIS ya tenía cobertura en el sistema formal, así como que este efecto tampoco se vea en el caso de República Dominicana, donde la población haitiana estaba previamente excluida de la atención de la red asistencial pública.

Todo el análisis respecto de las ganancias de eficiencia, excluyen el caso de Honduras que no es posible tratarlo como un modelo de aseguramiento en salud.

VI. ANÁLISIS DE LOS CASOS RESPECTO DE SU SOSTENIBILIDAD FINANCIERA E INSTITUCIONAL

Algunas consideraciones metodológicas que nos parecen relevantes de destacar respecto de las conclusiones que se obtendrán, a partir de las restricciones que tiene esta síntesis de 11 casos de la región, son las siguientes:

- A pesar del amplio trabajo de identificación de experiencias realizados por OIT y OPS, existe la posibilidad de que haya un sesgo producto de que los casos estudiados no sean suficientemente representativos de las experiencias más comunes en América Latina, o que por alguna razón los casos presenten características que el resto de experiencias no estudiadas no tengan, y que sean relevantes para los objetivos de la OIT como de la OPS en el sentido de orientar acciones futuras. Una característica de esta situación es que más de la mitad de las experiencias tiene corta vida, lo que tiene impacto en las conclusiones tanto respecto de la sostenibilidad financiera como de la institucional.
- Si bien la metodología común de realización de los estudios de casos permitió disponer del mismo tipo de información en los diferentes informes, los mismos siguen presentando diferencias en aspectos de forma y fondo. De igual modo, hay diferencias importantes respecto de la profundidad de los análisis, lo que en algunos casos significa que para ciertos aspectos considerados relevantes las conclusiones tengan una base distinta entre un estudio y otro.
- Por otro lado, en la mayoría de los casos simplemente no existen datos homogéneos debido a la falta de sistemas de información adecuados. Un caso particular lo constituye la información financiera, la que en muchos casos, cuando existe, no está separada del resto de las actividades de las organizaciones responsables de la operación de los microseguros.

1. Sostenibilidad financiera

De acuerdo a lo señalado en la sección tipología de análisis, la hipótesis a probar respecto a la sostenibilidad financiera es que las experiencias de microseguros que tiene sostenibilidad financiera, considerando para ello la existencia de déficit y la coherencia y/o adaptabilidad entre ingresos y gastos, son las que en algún grado gestionan el riesgo. Para medir esto último, se analizan a continuación la determinación y evolución de la prima, la composición de las fuentes de financiamiento, la existencia o no de acciones tendientes a evitar la selección adversa, las características y evolución del plan de beneficios, la existencia o no de copagos, la existencia o no de mecanismos de reaseguro, el costo de las prestaciones y los mecanismos de pago a prestadores, y el tamaño y evolución de la cartera de afiliados y beneficiarios de los sistemas.

1.1 Determinación de la Prima

Respecto del financiamiento a través del cobro de cuotas que sean en definitiva las primas de los sistemas de seguro, nos encontramos con que en general en la determinación de las cotizaciones no se han utilizado elementos asociados al riesgo de las poblaciones objetivo, o de grupos de ellas.

En ocho de los casos analizados la cuota es fija e independiente del número de miembros del grupo familiar del afiliado (en la mayoría de los casos los familiares directos son beneficiarios del sistema). Solamente en el caso de Bolivia (IPTK) donde la cotización es fija por individuo y en Ecuador (a partir del segundo año) se toma en cuenta el tamaño del grupo familiar.

Un sistema donde se diferencian las cuotas o cotizaciones es en la Obra Social de Argentina; pero esta distinción está asociada sólo al ingreso de los afiliados.

Otro sistema que diferencia las primas, aun cuando no provienen de cotizaciones, es el administrado en Colombia, existiendo las siguientes categorías, menores de un año, mujeres entre 15 y 44 años, y el resto, que podría corresponde en cierta forma a una prima basada en el riesgo de los diferentes grupos de población beneficiaria.

Un caso especial lo constituye Honduras, en la cual no existe cotización, sino que el aporte de los afiliados se efectúa a través del pago de las prestaciones a precios subsidiados. Es importante señalar que, desde nuestra perspectiva, esta experiencia no corresponde a un sistema de seguro, ya que más bien se trata de un prestador sin fines de lucro que promueve a través de la definición de precio un incremento del consumo de prestaciones para una población excluida de los sistemas formales de atención.

Otro aspecto relevante con relación a la determinación de la prima, es su relación con los riesgos asociados y el costo del plan de beneficios. En la mayor parte de los casos los antecedentes indican que las cotizaciones no cubren dichos riesgos, por cuanto el financiamiento del sistema está soportado mayoritariamente por el resto de las fuentes de financiamiento (contribuciones externas).

Sin perjuicio de lo anterior, en gran parte de las experiencias ha habido ajustes de las primas o cotizaciones para ajustarlas al costo de los planes. Estos ajustes no han sido producto de estudios o análisis de costos, sino que más bien han respondido a la existencia de déficits reiterados, lo que evidentemente indica que inicialmente los montos no cubrían los riesgos de las poblaciones objetivo. Los casos en que se han realizado ajustes a las cuotas son; Bolivia (IPTK y Tupiza), Ecuador y Perú. En las experiencias de República Dominicana y Nicaragua se indica que existe la idea de subir la cuota para enfrentar el aumento de costos. Por otra parte, en el caso de Guatemala, la cuota se ha ajustado arbitrariamente, sin considerar los costos del

sistema. Por último, está el caso uruguayo, en el cual la cotización se ajusta a partir de un análisis explícito de los gastos estimados para el período¹⁰.

No obstante los ajustes que algunos sistemas han efectuado en las primas, en la actualidad es posible distinguir las siguientes categorías: experiencias en que la cuota es muy baja respecto de los costos del sistema y más bien representa un pago simbólico (IPTK-Bolivia, República Dominicana), sistemas con cuotas medias pero que representan porcentajes bajos del financiamiento (Tupiza-Bolivia, Ecuador, Nicaragua y Perú), primas medias que sustentan más del 50% del sistema (Argentina y Guatemala), y sistemas con cuotas que permiten financiar el seguro y por lo tanto cubren el riesgo (Colombia y Uruguay). En este sentido se puede concluir que solamente estas últimas experiencias incorporan, explícita o implícitamente, en la definición de la prima criterios concordantes con la teoría de seguros.

1.2 Composición de las fuentes de financiamiento

En los once casos analizados, nos encontramos con situaciones que van desde el financiamiento a través de cotizaciones y aportes de los beneficiarios en un 100%, como es la experiencia uruguaya, hasta sistemas financiados casi en un 100% con aportes externos (estatales), como en Colombia.

Entre ambos extremos, podemos distinguir dos grupos, aquellos en que el financiamiento proveniente de las contribuciones externas representa el mayor porcentaje, y aquellos en que por el contrario, las cotizaciones y copagos soportan en mayor medida el financiamiento. De los nueve casos intermedios, ocho se encuentran en el primer grupo, y solamente uno en el segundo.

Para efectos de obtener conclusiones a partir de esta clasificación, es necesario distinguir algunas otras características particulares de cada caso. Es así como es posible diferenciar dentro de las instituciones que reciben contribución externa, el origen de la misma. Esto es importante por cuanto en general es posible sostener que aportes provenientes del estado son más sustentables que aquellos que se originan en aportes de organismos internacionales de cooperación. Los casos en que el aporte del estado juega un rol fundamental lo representan las experiencias colombiana, ecuatoriana, peruana, boliviana (Tupiza) y argentina, mientras que el resto se sustenta a través de donaciones internacionales. El caso guatemalteco es un caso especial por cuanto el aporte que sustenta el sistema proviene de la propia organización sindical, es decir corresponde a una extensión de las actividades de la misma organización.

¹⁰ El caso de Uruguay se ajusta la prima con el CPI/inflación.

Cuadro No. 1: Descripción de casos según origen financiamiento

Aporte externo puro	Predomina aporte externo			Predomina financiamiento propio	Autofinanciamiento
Estado	Estado	ONG	Cooperación Internacional		
Colombia	Tupiza-Bolivia Ecuador Argentina Perú	Honduras	Rep.Dominicana Nicaragua IPTK-Bolivia	Guatemala	Uruguay

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

1.3 Acciones tendientes a evitar la selección adversa

En ninguna de las experiencias analizadas existe un manejo o administración sistemático o explícito mecanismos que permitan seleccionar riesgo y por lo tanto, evitar la selección adversa. La única diferencia distinguible que fue encontrada, corresponde a la práctica en algunos casos de un diagnóstico de las poblaciones realizado en forma previa a la iniciación de los sistemas, lo cual, en todo caso, apuntó más bien a conocer las principales características de los grupos objetivo previamente definidos más que a diferenciar dentro de ellos por categorías asociadas al riesgo. De lo señalado en los documentos no es posible aseverar o rechazar la hipótesis de que estas instituciones teniendo información respecto del riesgo de las posibles poblaciones objetivos se hayan dirigido a los segmentos donde fuese posible ajustar una prima “pagable” al riesgo observado en ese diagnóstico.

En general no se realizan estudios de las condiciones de salud particulares de cada afiliado o sus cargas, principalmente su familia directa, y tampoco se sistematiza la información que se puede obtener de los prestadores en cuanto a los principales usos del seguro.

No hay diferenciación de planes o beneficios para grupos de usuarios, no hay copagos diferenciados por categorías de riesgo. En el único sistema donde se indica la existencia de estos elementos es en Argentina, aun cuando las acciones en este caso no parecieran ser expresamente orientadas a hacer selección de riesgo, sino más bien agregar mejor hotelería a aquellos sectores medios de población afiliada que prefieren utilizar la libre elección.

Del análisis comparativo de las poblaciones (solo en cuanto a sexo, edad y consumo per cápita en aquellos estudios donde fue posible recabar este dato) no se observan diferencias significativas orientadas a que la población beneficiaria de estos sistemas sea menos riesgosa que la población referente, más bien la evidencia se orienta en el sentido contrario, lo cual permite aseverar que en términos de resultados la gestión de estos seguros no está haciendo selección de riesgo.

Respecto de la existencia de selección adversa, como ya se mencionó en casi todas las experiencias nos encontramos con grupos de población con niveles de riesgo de salud mayores a los de la población en general, con algún nivel de diversidad.

No obstante ello, es necesario considerar que hay una orientación marcada a definir como grupo objetivo a poblaciones de bajos ingresos o incluso sin recursos, lo cual genera que la selección adversa exista por definición, por cuanto estos grupos presentan bajos niveles de acceso a la atención de salud y peores condiciones de vida que la población en general. La excepción a lo anterior la presenta el caso de Uruguay, en el cual la población cubierta no presenta niveles importantes de pobreza.

En todo caso, al efectuar la comparación entre los afiliados y beneficiarios a los sistemas versus el grupo o población objetivo, no hay antecedentes de diferencias significativas en cuanto a riesgo, a excepción de la experiencia de Ecuador, donde se informa la presencia de un grupo importante de crónicos, y el caso de Perú, donde hay antecedentes de que dentro del grupo beneficiario hay más niños y ancianos que en el resto de la población, lo cual evidentemente debiera impactar en los costos del sistema¹¹.

1.4 Existencia de un Plan de Beneficios

Los paquetes de beneficios entregan en seis de los once casos atención de nivel primario (Honduras, Uruguay y Guatemala), incluyendo algunos servicios adicionales como atención del parto, atención odontológica y prestaciones pecuniarias¹² (Perú, Nicaragua y República Dominicana).

Existe otro grupo en que se incorporan en los planes beneficios de atención secundaria, generalmente intervenciones quirúrgicas de baja complejidad. En este grupo se encuentran los dos casos bolivianos y Ecuador. Cabe destacar que de la información disponible se puede señalar que el acceso a la atención secundaria no siempre es expedito, ya sea porque hay restricción de la oferta de los prestadores, mayoritariamente del sector público¹³, o porque los microseguros no han utilizado adecuadamente la capacidad instalada disponible por su falta de integración a la red asistencial, lo cual en definitiva, hace que la cobertura en el área secundaria no sea tan clara como en la atención primaria.

Por último, en las experiencias de Colombia y Argentina, existe cobertura explícita para atenciones de alta complejidad o prestaciones catastróficas, excluyéndose en el caso argentino algunas prestaciones asociadas a enfermedades crónicas.

Se trata, por lo tanto, en casi todos los casos de planes de cobertura parcial, en que mayoritariamente se cubren eventos cotidianos, es decir, de bajo costo y alta

¹¹ Esta situación es especialmente evidente en el último año, debido al incremento en las primas los afiliados que han decidido permanecer en este seguro sin duda son los más riesgosos y los que generan mayor gasto en salud, ya que sólo a ellos aún les sigue conviniendo el valor de la prima.

¹² Servicios de traslado en ambulancias por ejemplo.

¹³ En el caso de IPTK la oferta secundaria está provista principalmente por sector privado.

ocurrencia. Si bien no es posible objetivar que estos paquetes parciales efectivamente estén orientados a cubrir las principales necesidades de cobertura en salud (como parece el caso en Uruguay), en muchos casos es evidente que garantizar atención primaria (cuando no está disponible), puede ser lo más importante.

Adicionalmente si efectivamente el sistema de salud más global garantiza la existencia de un reaseguro implícito por parte del estado, respecto de otorgar atención secundaria y terciaria en los hospitales estatales, es posible que el diseño de los planes parciales esté resolviendo las demandas más sentidas por la población¹⁴.

En diez de los once casos el plan es único. En Argentina existen dos planes, diferenciados según la calidad del afiliado, cotizante directo o financiado por el aporte municipal, teniendo en el primer caso acceso a los prestadores privados y en el segundo solo a los públicos, lo cual da cuenta de la intención de captar cotizantes con capacidad de pago a través del uso de planes diferenciados en la prestación.

Respecto al conocimiento de los planes por parte de los afiliados, se puede concluir que en todos los casos existe un nivel bastante bueno. En general los planes son explícitos, dándose a conocer a través de diversas modalidades informativas.

En cuanto a los cambios realizados a los planes, en solo seis casos ha habido variaciones en los beneficios, cinco que los han ampliado (Bolivia (IPTK), Nicaragua, Uruguay, Colombia y Guatemala), y uno que los ha disminuido (Tupiza-Bolivia). Un aspecto interesante a destacar en relación con las prestaciones ofrecidas por los sistemas, es que en casi todos los casos los usuarios solicitan ampliación de beneficios, principalmente atenciones ambulatorias de especialidades.

1.5 Aplicación de copagos

Como una manera de sustentar financieramente la operación del sistema y/o reducir la sobre-utilización del microseguro, se han establecido copagos en ocho de los casos analizados. No existen copagos en los casos de Tupiza-Bolivia, Ecuador y Perú¹⁵.

En los casos en que se aplican copagos, es posible diferenciar aquellos que son únicos y parejos para todos los beneficiarios de aquellos que distinguen por categorías de afiliados o se aplican solo a algunas prestaciones. En el primer caso están las experiencias colombiana, boliviana (IPTK), hondureña y argentina.

En el segundo grupo tenemos a la experiencia dominicana, que solo aplica copagos a las prestaciones que deben comprarse a prestadores externos. De igual modo, en el caso del sistema uruguayo, se aplican copagos sólo para las consultas de especialidad. Los medicamentos y exámenes de laboratorio deben cofinanciarse en el sistema nicaragüense.

¹⁴ Es recomendable profundizar el análisis al respecto.

¹⁵ Si bien en Colombia al inicio no se aplicaron copagos, a través de modificaciones legales se introdujeron copagos para el caso de hospitalizaciones y otras prestaciones con el fin de modular el consumo de sus afiliados.

Por último, en la experiencia guatemalteca solo deben efectuar copagos los familiares beneficiarios de los cotizantes.

La evolución que ha tenido el cobro de copagos a los afiliados y/o usuarios de los sistemas muestra que en siete de los ocho casos en que se aplica este mecanismo, se han efectuado ajustes desde que se pusieron en marcha (solo Honduras no ha hecho cambios). Estos ajustes han consistido en incrementar los copagos o aplicarlos en los casos de las prestaciones que no los tenían definidos. En cuatro de los siete casos que han incrementado los copagos, la razón que se aduce para ello tiene que ver con la sostenibilidad financiera de los sistemas, ya sea para financiar la ampliación de beneficios (Nicaragua y Uruguay) o para enfrentar prestaciones de alto costo o incrementos de estos (República Dominicana, Nicaragua y Guatemala).

A partir de esto último, es posible señalar que la aplicación de copagos está principalmente motivada por el factor de financiamiento, y no por un afán de contener costos a través de evitar el consumo innecesario de prestaciones.

Existen otros mecanismos que persiguen objetivos similares al del copago. En los casos analizados solo encontramos que formalmente se aplican en Bolivia, donde existe un periodo de carencia de un día para las hospitalizaciones, y en Argentina, Colombia y Ecuador, donde las derivaciones al segundo nivel de atención deben estar autorizadas por personal del seguro.

1.6 Reaseguro

En cuanto a la participación de los sistemas de seguro analizados en algún sistema de reaseguro o fondo de garantía, solo un caso de los once cumple esta característica. En efecto, Colombia tiene un sistema de reaseguro para las enfermedades catastróficas. En este caso, se trata de una obligación legal definida dentro del sistema de salud colombiano.

El resto de los seguros no participa de ningún sistema formal de reaseguro, siendo el estado quien actúa como reaseguro implícito, es decir que en definitiva todos los afiliados a estos sistemas de protección social cuando deben recurrir a la red asistencial pública son atendidos sin cobros a su sistema de protección social y por lo tanto es el estado el reasegurador.

No obstante ello, el acceso a la atención de salud ofrecida por el estado no es igual en todos los casos, existiendo restricciones de diverso tipo, una de las cuales la constituye la mala calidad y cobertura de las redes asistenciales disponibles para estos grupos de población. Un caso extremo de esta situación se presenta en República Dominicana, donde los beneficiarios de la Asociación de Trabajadores de los Bateyes tiene negado el acceso por cuanto se trata de haitianos que viven en situación de ilegalidad en República Dominicana, constituyéndose en la única situación donde no existe ningún reaseguro.

1.7 *Gestión de los Costos Técnicos*

En términos generales, no existe en los sistemas informaciones claras, homogéneas y sintéticas respecto a los costos de las prestaciones, de tal manera de efectuar un análisis temporal comparativo. No obstante ello, se entregan algunos antecedentes que permiten deducir tendencias en este aspecto.

En la mayor parte de los casos no hay evidencia suficiente que permita concluir que existan incrementos sustantivos de costos como resultado del sobreuso o la selección adversa. En los casos en que se menciona que se han presentado incrementos en los costos de las prestaciones esto obedecería a aspectos no relacionados con el uso, como por ejemplo incrementos salariales o procesos inflacionarios. En el caso de Perú, si se observa un incremento sustantivo en los costos técnicos per cápita, derivados principalmente del incremento de los costos en los medicamentos, el que podría deberse a la inexistencia de copago por parte del afiliado y al cambio de responsable (prestador al municipio). También en el caso de Tupiza-Bolivia se observa un crecimiento importante de los costos (50%) a pesar de que existe un sistema de control de costos vía evaluación por personal de salud en la puerta de entrada.

En general para todos aquellos casos donde el liderazgo de la experiencia está en manos del prestador, se observa que no existe una política institucional dirigida a controlar el crecimiento de sus costos, ya que no existe una mirada de asegurador.

Con relación a los mecanismos de pago a los prestadores utilizados por los sistemas en estudio, mirados desde la perspectiva de que sean herramientas útiles para contener los costos técnicos manteniendo la calidad, los casos se pueden clasificar de la siguiente manera:

- Existe un grupo en que el mecanismo de pago es Pago Per Capita, al cual pertenecen cuatro de los once casos (Colombia, Ecuador, Perú, y Argentina), en todos ellos se trata de pago por servicios de atención primaria.
- El Pago por Prestación (PPP) o por acción, corresponde al mecanismo de pago más empleados, ya que seis de los sistemas lo utilizan. En el caso de Colombia y Argentina su uso se asocia a las prestaciones de nivel secundario y de alta complejidad. Dos sistemas pagan servicios de atención primaria con este mecanismo (IPTK y Tupiza, ambos de Bolivia). Los casos de Uruguay y Nicaragua compran servicios a prestadores externos a través de este mecanismo.
- El resto de los casos donde existen instituciones que poseen establecimientos de atención primaria propios, pagan a sus funcionarios salarios fijos por periodo.

Existen algunos casos en los cuales existe sobreposición de prestadores y de mecanismos de pago (Uruguay, IPTK-Bolivia, Nicaragua).

1.8 Tamaño de la cartera y penetración en grupo objetivo

La cobertura alcanzada por los seguros, en términos del tamaño del universo poblacional determinado como objetivo del sistema, es baja. En todos los casos hay un bajo porcentaje de cobertura y tampoco se observa una mejoría en el tiempo en términos de penetración en los grupos objetivos, lo que evidentemente afecta la sostenibilidad financiera de los seguros, por cuanto grupos pequeños no permiten distribuir los riesgos adecuadamente.

No resulta clara la causa de la baja cobertura, pero entre las razones que mencionan los investigadores están las siguientes:

- Bajo interés y conocimiento de parte de los potenciales afiliados y beneficiarios, los cuales en general son de bajo nivel educacional y no valoran la atención de salud de manera adecuada
- Ausencia de información adecuada hacia los grupos objetivos
- Incredulidad frente a la efectividad de estos proyectos
- Inexistencia de cultura de aseguramiento en las poblaciones objetivo
- Aumento de cotizaciones y/o incapacidad económica para pagar las primas
- Movilidad laboral que impide a afiliados acceder a red de prestadores disponibles por el proyecto

A pesar que la mayoría de las experiencias declara como uno de sus principales objetivos la penetración en la población, en general no se describen esfuerzos intencionados en la gestión de los seguros orientados a este objetivo.

Es posible indirectamente inferir que dado el tamaño de las carteras, en la mayoría pequeña, esto puede afectar seriamente su viabilidad. Una manera de protegerse frente a ese riesgo es mediante la definición de paquetes de beneficios básicos de bajo costo, evitando cubrir prestaciones catastróficas lo cual va en contra de los objetivos que se buscan al crear un sistema de seguro en salud y quizás también contra las expectativas de la población de un esfuerzo de aseguramiento en salud.

Finalmente, en ninguno de los casos analizados se realizaron estudios financieros que permitieran determinar el tamaño mínimo requerido para hacer que el seguro se financie, lo cual constituye uno de los elementos más críticos para el adecuado equilibrio entre cotizaciones/ingresos y paquete de beneficios/gastos. La excepción son los casos de Colombia, Nicaragua y Uruguay.

La siguiente tabla resume, en la medida de la información disponible, la evolución del tamaño de la cartera (considerando en la mayoría de los casos el concepto de afiliados) y el grado de penetración del grupo objetivo:

Cuadro No. 2: Tamaño de cartera y penetración de los casos analizados

<i>Identificación del Sistema</i>	1996	1997	1998	1999	Total Población Objetivo y/o % de penetración
Colombia	32.000	-	37.500	42.300	Ley exige 50.000
IPTK – Bolivia	1.200	-	2.027	-	S/I (aprox.10%)
Honduras	-	-	-	-	S/I
R. Dominicana	-	-	206	510	8.789
Tupiza – Bolivia	2.005	6.125	4.380	3.245	25% a 30% del total
Uruguay	-	-	-	6.440	100%
Nicaragua	824	1.142	1.236	1.125	9.000
Ecuador	-	-	-	242	23,6% de la población objetivo
Argentina	-	-	-	18.038	S/I (aprox.50%)
Guatemala	-	-	1.150	948	16.000
Perú	1012	886	206	-	10%

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

2. Sostenibilidad institucional

Los elementos que serán analizados en esta sección intentan caracterizar las experiencias en base a su capacidad de gestión y su coherencia con el resto del sistema de salud de manera de poder asegurar su viabilidad en el futuro o ser efectivas como modelos de transición hacia sistemas de aseguramiento o protección social en salud más permanentes para los grupos excluidos.

2.1 Propiedad de las instituciones

En el aspecto de la propiedad es posible distinguir los siguientes grupos entre los once casos analizados:

En primer lugar, las instituciones que tienen su origen en los propios usuarios a través de organizaciones de tipo comunitario tales como; sindicatos, cooperativas, mutuales, etc. En este grupo se encuentra el caso de Colombia, Uruguay, Nicaragua, Guatemala y República Dominicana.

Respecto de la organización cooperativa de Colombia, es posible hacer una distinción del resto por cuanto esta experiencia forma parte del sistema de seguridad social formal del estado, administrando un subsidio con reglas claramente definidas. En los otros cuatro casos no existe vinculación formal con organismos estatales.

En segundo lugar tenemos los sistemas generados o administrados por instituciones sin fines de lucro que prestan servicios de salud, como son IPTK en Bolivia y Honduras.

Por último, tenemos los cuatro casos restantes (Tupiza-Bolivia, Perú, Argentina y Ecuador) en que la participación estatal es directa, especialmente a través de los

Municipios y en menor medida de los encargados de administrar la entrega de servicios de salud pública.

2.2 Participación de los afiliados

Desde la perspectiva de la participación de los afiliados en la gestión, del estudio de los casos se demuestra una asociación interesante que debiera ser profundizada, en la mayoría de los casos en los cuales los afiliados participan activamente en la gestión institucional, a través de asambleas resolutorias que intervienen en decisiones relevantes de los sistemas de seguro, se observa un comportamiento adecuado desde la perspectiva de su situación financiera (Colombia, Tupiza-Bolivia, Uruguay, Guatemala y Nicaragua).

El caso de República Dominicana en el cual también existe moderada participación de los afiliados también se escapa levemente de este atributo. En este caso las operaciones del seguro no están separadas de las de la asociación “MOSCTHA”, por lo que en el informe no se especifican cifras de deuda, no obstante, se señala que la operación del seguro ha generado excedentes.

Respecto de las hipótesis de mayor sostenibilidad institucional asociada a una mayor participación, no existen datos concluyentes respecto del mayor control social sobre el “riesgo moral”, sin embargo este punto es destacado en el caso de Nicaragua, donde este elemento es señalado espontáneamente por los propios afiliados.

Respecto de la mejor definición del paquete de prestaciones a las necesidades de la población usuaria al existir una mayor participación de los afiliados resulta difícil establecer variables de asociación concluyentes.

Si se encuentra una cierta asociación entre gestiones con mayor participación de los afiliados y definición de paquetes de salud que incluyen otras prestaciones además de atención primaria en tres casos: odontología en caso de Nicaragua, catastróficas en Colombia, atención secundaria en Tupiza. En todos estos casos la población afiliada a realizado acciones dirigidas a ampliar el tipo de prestaciones de salud.

También se observa un caso donde existiendo un alto grado de participación el paquete de prestaciones se reduce solo a la atención primaria como Uruguay¹⁶. Finalmente a la inversa existen casos donde a pesar de existir una escasa participación de sus afiliados sus paquetes si cubren prestaciones de mayor complejidad (Ecuador, Argentina y IPTK-Bolivia).

Es posible en algunos casos, argumentar que existe un comportamiento de “complementariedad” de este seguro respecto de otras alternativas de acceso a

¹⁶ Es posible que en este caso el resto de la red asistencial estatal de mayor complejidad sea suficiente y los afiliados no requieran mejor acceso a especialistas, de la información disponible no es posible aseverar tales conclusiones.

servicios de salud, sin embargo esta afirmación sigue siendo un argumento que es necesario estudiar más en profundidad.

Finalmente las expectativas de que en las experiencias donde existe una mayor participación de los afiliados es posible tener mejores resultados respecto de la penetración en la población objetivo, los hallazgos tampoco son concluyentes como se presenta en el cuadro N°2.

Como se observa en términos generales es posible aceptar que a mayor participación de los afiliados se obtiene una mayor penetración en la población. Sin embargo existen casos que ponen en duda esta hipótesis, como lo son Guatemala y República Dominicana, donde es posible que existan asociadas otras barreras que impidan la afiliación (nivel de ingresos para pagar cotización por ejemplo), en donde la participación no logra el objetivo deseado. Por otro lado en el caso argentino, existe un porcentaje relativamente elevado de penetración sin que aún se hayan puesto en marcha todos los mecanismos de participación que dispone la ley.

Cuadro No. 3: Relación participación de los afiliados y penetración en población objetivo

País	Penetración lograda (%)	Participación
Colombia	85% ¹⁷	+++
Tupiza – Bolivia	30%	+++
Uruguay	100%	+++
Rep. Dominicana	6%	++
Nicaragua	12,5%	++
Guatemala	6%	++
IPTK – Bolivia	10%	+
Argentina	50% (estimado)	+
Ecuador	23,6%	+
Perú	10%	+
Honduras	S/información	+

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

2.3 Articulación con el resto del sistema de salud y de protección social

Para analizar esta variable que contribuye a la sostenibilidad institucional de las experiencias se han incluido los aspectos de: presencia de contribución estatal, articulación y uso de la red asistencial disponible (pública o privada) y existencia de reaseguro explícito. El cuadro N°3 muestra la variabilidad que se encuentra frente a este punto en las experiencias revisadas.

En general se observa que aquellas experiencias que surgen en el marco de las políticas nacionales con respaldo del sector salud (Colombia, Argentina, Perú y Tupiza) presentan un alto grado de integración, ya que además de recibir aportes estatales, utilizan la red asistencial disponible y al menos las dos primeras tienen reaseguro explícito con el resto del aparato de protección social en salud.

¹⁷ Se ha considerado la meta de 50.000 afiliados correspondiente al objetivo legal.

En el otro extremo, los casos que surgen con financiamiento generalmente derivado de cooperación internacional o propio, suelen crear redes propias de asistencia en salud y por ende están muy poco articuladas (por no decir nada) al resto del sistema de salud. Algunos de estos casos, tienen fundamentos históricos como es el caso de Uruguay que surgen el períodos de dictadura y que por decisión de su colectivo crea una red asistencial propia, actualmente se están haciendo esfuerzos tendientes a su integración, sin embargo surgen barreras culturales del grupo de afiliados para ello.

Cuadro No. 4: Articulación de las experiencias con el resto del sistema de salud

País	Subsidio estatal	Articulación red asistencial	Reaseguro	Articulación
Colombia	SI (100%)	SI (100%)	SI	+++
Argentina	SI (+80%)	SI (100%)	SI	+++
Tupiza – Bolivia	SI	SI (red pública y compra cuando no hay)	NO (implícito)	++
Perú	SI (municipal)	SI (red pública)	NO (implícito)	++
Ecuador	NO (Estado paga el personal de salud)	SI (red pública)	NO (implícito)	++
Guatemala	NO	Uso red propia	NO (implícito)	NO
IPTK – Bolivia	NO	Uso red propia y compra privados	NO (implícito)	NO
Uruguay	NO	Uso red propia y compra privados	NO (implícito)	NO
Nicaragua	NO	Uso red propia y compra privados	NO (implícito)	NO
República Dominicana	NO	Prestador propio	NO	NO
Honduras	NO	Es prestador	NO (implícito)	NO

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

En la mayoría de los casos se observa que su creación y desarrollo da cuenta de la necesidad de llenar eslabones de la cadena de protección social en salud que impiden que esas poblaciones sean cubiertas por los sistemas formales. Predomina en los casos analizados el intento por cubrir la ausencia de prestadores de salud, que suele ser la principal carencia demandada por los afiliados.

2.4 Origen y capacidad de adaptación

Existen tres casos que tienen su origen en procesos de reforma del sector salud y descentralización de su acción (Colombia, Argentina, Ecuador). Otros surgen con importante participación del municipio como respuesta a problemas locales considerados relevantes por la autoridad (Tupiza-Bolivia y Perú).

Por otro lado otro grupo de experiencias surge a partir de iniciativas locales de los propios afectados (República Dominicana, Guatemala, Uruguay, Nicaragua), así como de prestadores locales (Honduras, IPTK-Bolivia), en general estos casos cuentan con apoyo de la cooperación internacional al menos para su puesta en marcha, y en

algunos continúa esta cooperación en su implementación actual (Nicaragua, IPTK-Bolivia, Honduras, República Dominicana).

En la mayoría de las experiencias se observa un esfuerzo por responder a las nuevas inquietudes de sus afiliados, así como también la búsqueda de alternativas de solución que permitan expandir los beneficios otorgados. Sin embargo, en general existe lentitud para adecuarse a las demandas de los afiliados y también a los cambios del entorno.

Se observan diferencias entre aquellas experiencias donde el liderazgo lo tiene un representante del sector (médico o equipo de salud - prestador o director) que en general gestiona desde la óptica de la provisión (Perú inicialmente, R. Dominicana, IPTK-Bolivia, Nicaragua, Honduras, Ecuador), respecto de otras experiencias donde el liderazgo surgen de actores representantes de los afiliados, donde la visión más orientada hacia la gestión de un aseguramiento en salud es la que predomina (Tupiza-Bolivia, Guatemala, Uruguay).

En el caso de Argentina existe un liderazgo médico pero desde una posición diferente a un prestador, se trata del Intendente quien impulsa esta iniciativa. En el caso de Colombia, el liderazgo especialmente en la etapa de puesta en marcha fue de un auxiliar de enfermería con gran experiencia en trabajo con la comunidad apoyado también por el Alcalde. Si bien se trata de personal de salud por su rol (no prestador) sus esfuerzos han estado focalizados en orientar la gestión en términos de garantizar protección en salud a los afiliados.

2.5 *Gestión técnica y administrativa*

En el ámbito de la gestión existe una serie de elementos de proceso que dan cuenta del nivel de organización que tienen las instituciones de salud que ocupan este estudio. La razón que lleva a considerar estos elementos es que, según indica la lógica, una institución o sistema con organización formal y procedimientos de funcionamiento e información claramente establecidos tiene mayor capacidad para controlar su actividad financiera y de afiliación, y, por lo tanto, tiene mayor sostenibilidad institucional hacia el futuro.

Para los once casos se analizó en primer lugar si la creación del sistema fue precedida de estudios de contexto de la población y si se definieron los objetivos del sistema y necesidades de la población. En ocho de los once casos se indica que se efectuaron estudios de contexto que sirvieron de base para la determinación de objetivos y necesidades. Solo en tres casos (Ecuador, Argentina y Perú) no se realizaron estos estudios.

De igual modo, se consideró la realización de estudios de factibilidad financiera en forma previa al inicio de los sistemas, como una forma de proyectar los niveles de cotización requeridos para financiar los sistemas en forma individual, dado el plan de beneficios. Sólo en las experiencias de Honduras, Bolivia (Tupiza), Ecuador, y Guatemala se hicieron estos análisis.

Otro elemento interesante a considerar es la implementación de acciones informativas explícitas dirigidas a los potenciales afiliados o beneficiarios de los sistemas, las cuales son una herramienta que bien administrada permite incrementar la penetración en el grupo objetivo, con el consiguiente crecimiento del financiamiento por mayores cotizaciones. Dichas actividades se realizaron en 10 de las once experiencias. La excepción la constituye el caso del IPTK de Sucre, Bolivia.

Por otro lado, respecto de la existencia de sistemas de crédito a los afiliados o beneficiarios para facilitar el acceso a las prestaciones de salud, solo tres casos cuentan con sistemas de ese tipo, República Dominicana, Nicaragua, y Argentina.

Se consideró como otro elemento relevante el nivel de los gastos de administración en relación con el total de los gastos. Lamentablemente en solo dos casos hay información objetiva respecto a este punto, Colombia con un 15%, y Nicaragua con un 35%.

Dentro de los aspectos legales que es necesario revisar está la formalización de los sistemas de acuerdo a la normativa legal de los respectivos países, a través de la tramitación de la personería jurídica, y la existencia de estatutos y reglamentos. En cuatro de los once casos nos encontramos frente a instituciones formalmente creadas, que cuentan con personería jurídica, estatutos y/o reglamentos internos. Estos casos son: Colombia, República Dominicana, Bolivia (Tupiza), y Argentina.

Por otro lado, considerándolo como una herramienta de ordenamiento financiero, solo cuatro de los once casos mantienen sistemas de información separados entre la función de provisión de servicios de salud y la función de aseguramiento. Estos casos son: Colombia, Ecuador, Argentina, y Perú.

Adicionalmente, la existencia de documentos de control y registro de la función de afiliación (Registro de afiliados, credenciales, registro de pagos y seguimiento de prestaciones) y contable se analizó en el presente informe. Respecto de lo primero, todos los responsables de los sistemas manifiestan tenerlos, aunque no muchos de los investigadores a cargo de los casos tuvieron acceso a ellos. En el segundo caso, referido a los informes financieros tradicionales, para cuatro casos se indica que no se llevan registros contables (República Dominicana, Bolivia (Tupiza), Ecuador, y Perú). Todos los demás cuentan con registros contables, la mayoría a cargo de profesionales o técnicos especializados en la materia.

Por otra parte, en todos los casos existen sistemas de control interno en operación, aunque al parecer en algunos casos bastante rudimentarios, principalmente dirigidos al resguardo de los recursos que manejan los sistemas.

Por último, se ha considerado la comunicación directa con otras instituciones de seguridad social, tanto del ámbito territorial local, como en el nacional o internacional. En cuatro casos, Colombia, República Dominicana, Uruguay, y Guatemala, hay participación formal en organizaciones de tipo federativo, lo cual se puede ver como una fuente de información y asistencia técnica eventual.

Para efectos de obtener alguna conclusión global de todos los elementos analizados en este punto, a continuación se presenta un ordenamiento subjetivo que pretende dar cuenta sobre cuales son los sistemas que están mejor organizados. En primer lugar, tenemos el caso colombiano, el cual considera la mayoría de los aspectos analizados. En un segundo grupo, es posible incorporar el caso Boliviano (IPTK), República Dominicana, Uruguay, Nicaragua, y Guatemala. Un tercer grupo, donde encontramos presentes solo algunos de los elementos de gestión, es el que agrupa a Honduras y Bolivia (Tupiza). Por último, en una cuarta categoría están los casos de Ecuador, Argentina y Perú, en los que hay muy pocos de los elementos de gestión definidos anteriormente.

Cuadro No. 5: Capacidad de gestión de los casos analizados

Ordenación	Grupo de experiencias
1°	Colombia
2°	IPTK-Bolivia, R.Dominicana, Uruguay, Nicaragua y Guatemala
3°	Honduras, Tupiza-Bolivia
4°	Ecuador, Argentina y Perú

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

2.6 Asistencia técnica externa

Finalmente un elemento que está presente en varias de las experiencias analizadas, se refiere a la presencia de asistencia técnica externa ya sea en la puesta en marcha (Tupiza-Bolivia, Ecuador, Guatemala) así como en todas las etapas para la implementación de estos proyectos (Nicaragua, República Dominicana y Honduras).

En el caso de Tupiza-Bolivia, el apoyo recibido de OMS/OPS se dirigió fundamentalmente a la realización de estudios de factibilidad técnico-financiera del proyecto, diseño del proyecto y asesoría organizacional y de gestión en la puesta en marcha. No se ha entregado recursos financieros para su operación. El caso de Guatemala y República Dominicana, también se recibió asesoría técnica a través de apoyo experto para la constitución, el diseño y también la formación del líderes.

Otro grupo de experiencias que han recibido asistencia externa incluye no sólo apoyo técnico sino también recursos financieros para su operación (Ecuador¹⁸, Honduras, Nicaragua). Con excepción de Ecuador, en los dos casos restantes los responsables de la gestión del SIS, así como la población beneficiaria le asigna una importancia relativamente elevada a la permanencia de la cooperación externa para garantizar la sostenibilidad de las experiencias.

El resto de los casos no declaran haber recibido ninguna asistencia técnica externa (nacional ni internacional).

Desde esta perspectiva hemos considerado como un factor positivo, la orientación de la asistencia técnica a la formación de agentes locales que adquieran destrezas para la

¹⁸ El proyecto APS que apoya esta iniciativa colocó recursos financieros solamente al comienzo.

mejor administración de estas experiencias y por el otro lado consideraremos el financiamiento internacional permanente como un factor que dificulta la replicabilidad de dichas experiencias en el marco de extender la cobertura de protección social en América Latina y el Caribe.

Finalmente se presenta a continuación una visión resumida e integral del comportamiento de los parámetros utilizados para el análisis de los casos analizados respecto de su sostenibilidad institucional, que si bien no es un análisis totalmente objetivo, donde las variables utilizadas no son equivalentes, entrega ciertas conclusiones respecto de los casos estudiados.

Cuadro No. 6: Descripción de la situación respecto de sostenibilidad institucional

Caso	Participación	Articulación	Origen y capacidad de adaptación	Gestión	Asistencia técnica externa	Total
Colombia	+++	+++	+++	+++		12
Guatemala	++		++	++	++	8
Tupiza – Bolivia	+++	++	++	+	-	7
Uruguay	+++		++	++		7
Argentina	+	+++	+++			7
Ecuador	+	++	++		+	6
Nicaragua	++		+	++	+	6
Perú	+	++	++			5
R.Domin.	++		+	++	-	4
IPTK – Bolivia	+			++	-	2
Honduras	+			++	-	2
Total	20	12	18	16	0	

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

En primer lugar se encuentra el caso de Colombia, donde todos los factores analizados se presentan en términos bastante favorables. Lo sigue un grupo de experiencias que están en una situación intermedia (Guatemala, Tupiza-Bolivia, Uruguay, Argentina, Ecuador y Nicaragua). En un grupo que se encuentra en un nivel medio bajo se encuentran República Dominicana, Perú, IPTK-Bolivia y Honduras donde en general existe baja participación de los afiliados, escasa integración con el resto del sistema, regular o escasa capacidad de adaptación en el tiempo y regular capacidad de gestión.

Desde la perspectiva de la presencia de factores que contribuyen a la sostenibilidad institucional en el conjunto de experiencias analizadas, una variable muy importante es la integración de estos proyectos a los sistemas de salud y redes nacionales, lo cual constituye un factor que debe ser considerado en el futuro si se decide apoyar estas iniciativas.

A continuación se presenta un cuadro que asocia el puntaje obtenido en los factores de sostenibilidad institucional asociado a los resultados en cuanto a penetración en la población objetivo y el tamaño de la cartera de beneficiarios.

Cuadro No. 7: Visión resumida de la situación institucional de los casos estudiados

Caso	Puntaje sostenibilidad institucional	Penetración	Tamaño de cartera	Situación institucional
Colombia	12	85%	42.300	+++
Guatemala	8	5,9%	948	++
Uruguay	7	100%	6.440	+++
Argentina	7	50%	18.038	+++
Tupiza – Bolivia	7	30%	3.245	++
Ecuador	6	23,6%	242	++
Nicaragua	6	12,5%	1.125	+
Perú	5	10%	206	?
R.Dominicana	4	5,8%	510	?
IPTK – Bolivia	2	10%	2.027	?
Honduras	2	S/inform.	No corresponde	No corresponde

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

Del análisis integral de las experiencias estudiadas, se puede concluir que Colombia, Uruguay y Argentina presentan un conjunto de factores que permiten su viabilidad futura, en una situación intermedia se encuentran otras cuatro experiencias (Tupiza-Bolivia, Guatemala, Ecuador y Nicaragua) que podrían utilizar su potencial en el marco de los esfuerzos de las políticas de salud de esos países, que fomentan la responsabilidad estatal en el financiamiento de la protección social y actuar desarrollando ámbitos de complementariedad con los esfuerzos nacionales, para lo cual es importante el énfasis en la articulación e integración de las experiencias al sistema global especialmente en el caso de Guatemala. Por último existe un conjunto de experiencias (IPTK-Bolivia, Perú y República Dominicana) donde se observan un conjunto de elementos que obstaculizan su viabilidad futura salvo que mantengan las condiciones de apoyo externo que han logrado hasta ahora, lo cual no es deseable como modelo de aprendizaje para otras iniciativas.

El caso hondureño por no ser un modelo de aseguramiento no ha sido incluido en este análisis, ya que su viabilidad está mediada por la existencia de una demanda capaz de financiar las prestaciones (subsidiadas) que ellos ofrecen y por lo tanto la lógica de su análisis es diferente.

VII. CONTRIBUCIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE LA OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD

Respecto de la disponibilidad de oferta de servicios de salud, esto es prestadores públicos o privados, en la mayoría de los casos no se menciona como un factor determinante para la creación de los sistemas la existencia de problemas en la oferta, aunque finalmente en la descripción del origen y desarrollo de estas iniciativas este factor (aumento de la oferta médica) si aparece como un elemento relevante.

En la mayor parte de los casos se ha mantenido la oferta existente al inicio de operación de los sistemas, de lo cual se desprende que la acción de estos no ha tenido impacto en los prestadores. La excepción a lo anterior se da en los casos del Seguro Agricultor de Tacna Perú y en el caso de la Asociación Mutua del Campo de Matagalpa Nicaragua, donde se señala que ha existido un incremento de la oferta asociada a la operación del sistema de seguro.

En este sentido se puede concluir que una de las ventajas de la instauración de estos sistemas de seguro en términos de eficiencia respecto de utilizar la existencia de flujos más o menos estables por concepto de compras por volumen no ha estado asociado a una política de gestión explícita destinada a fortalecer la oferta en zonas que tienen carencias.

Sin embargo existe otro aspecto relevante relacionado con la oferta de servicios de salud es el de la propiedad. Siete de los casos en estudio cuentan con centros de atención primaria propios del sistema o de la institución que lo administra. IPTK-Bolivia, Uruguay, Guatemala y Honduras, utilizan puestos propios a pesar de que al parecer existe disponibilidad de red asistencial pública y privada con la cual podría articularse. Esta condición en la experiencias revisadas afecta la capacidad y el interés de estos proyectos de articularse con la red asistencial disponible a nivel local o subnacional.

Solamente, Argentina, Ecuador, Tupiza-Bolivia y Colombia son compradores de prestaciones para sus beneficiarios y establecen convenios con los centros disponibles de atención de salud.

Parte del primer grupo complementa la oferta de nivel primario con prestadores sin fines de lucro o privados (especialmente laboratorios).

Los sistemas que ofrecen cobertura de nivel secundario (IPTK-Bolivia¹⁹, Tupiza-Bolivia, Ecuador, Colombia, y Argentina) utilizan fundamentalmente en la oferta de servicios del sector público, aunque en ausencia de oferta pública se recurre a convenios con privados. Para el nivel terciario o de alta complejidad (Colombia y Argentina) se contratan también los servicios de prestadores privados.

¹⁹ Ofrece solamente lo que pueden entregar sus propios prestadores, no utiliza el sector público.

Respecto de República Dominicana, poseen una red básica de servicios de atención primaria y escasamente obtienen por la vía de la compra de servicios algunas prestaciones de mayor complejidad. No tienen ninguna articulación con la red asistencial nacional. Respecto de Perú las modificaciones que ha sufrido el SIS al traspasarse la dirección desde el prestador público al municipio, ha permitido aumentar la oferta de prestaciones, ofreciendo a sus afiliados la posibilidad de atención con un prestador privado con el cual existe convenio en prestaciones complementarias y no otorgadas por el prestador público, lo cual indica que se realiza un esfuerzo por la articulación con el resto del sistema.

VIII. CATEGORIZACIÓN DE LOS CASOS COMO MECANISMOS DE EXTENSIÓN DE COBERTURA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

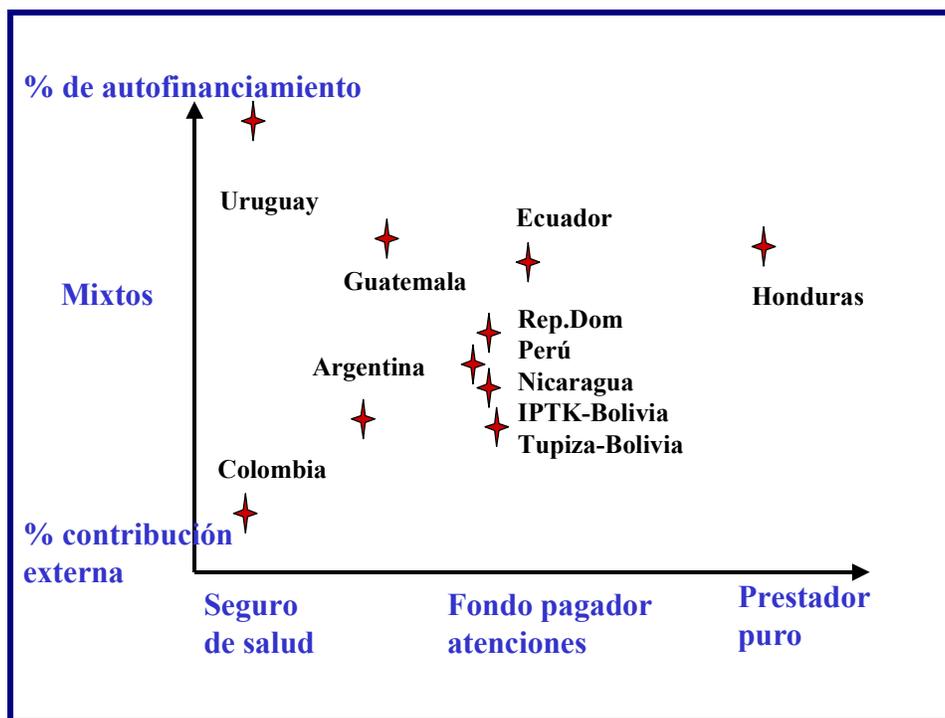
De acuerdo a la tipología utilizada a continuación se analizan los casos en base a las siguientes variables origen del financiamiento, participación de los afiliados en la gestión y grado de articulación al sistema de salud en su conjunto.

Relación origen del financiamiento y modelo de gestión

La forma en que se entrega y administra el financiamiento también son factores relevantes para diferenciar los sistemas. En efecto, respecto a la manera en que las contribuciones externas actúan es necesario destacar el caso colombiano, donde el financiamiento proviene casi totalmente del estado (aun cuando parte de los recursos se obtienen de los aportes de los cotizantes de los sistemas de seguridad social tradicionales) pero su entrega toma la forma de una cuota fija por afiliado, con lo cual en términos prácticos se trata de una prima financiada por el estado.

En el resto de los sistemas, el aporte, independiente de su origen, no se asocia a la prima ni a algún concepto específico, sino que se orienta principalmente para el financiamiento de los prestadores (subsidio a la oferta) o de los déficits financieros anuales. La figura siguiente presenta un resumen de esta clasificación:

Figura No. 2: Relación entre composición del financiamiento y modelo de administración



Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

Al cruzar las dimensiones de grado de autofinanciamiento y modelo de gestión, se observa que existen dos experiencias que con grados extremos de autofinanciamiento (Uruguay 100% y Colombia casi 0%) se ubican claramente como modelos clásicos de gestión de aseguramiento en salud. En una situación intermedia más cercana al modelo de administración de aseguramiento se encuentran Guatemala y Argentina. Seguidos de un conjunto de experiencias con modelos de gestión más orientados hacia el pago de factores (subsidio a la oferta), donde algunos son incluso propietarios de red de prestadores y con grados variables de autofinanciamiento se encuentra la mayoría de los casos estudiados. Finalmente está Honduras que de acuerdo a nuestro análisis no corresponde a una experiencia de extensión de la cobertura de protección social en salud sino que se trata de un prestador puro que ofrece precios subsidiados a una cierta población objetivo que le interesa atender. La figura 2 presenta un resumen de esta clasificación.

Resumen de tipificación de los casos estudiados

Dado que las variables de participación y articulación ya han sido analizadas, a continuación se presenta un cuadro que resume estas características de los casos estudiados.

Tal como se muestra en el cuadro siguiente solamente cuatro casos cumplen en forma más adecuada con la definición conceptual hecha en el capítulo IV (Colombia, Argentina, Tupiza-Bolivia y Ecuador).

En otro grupo de experiencias se observa ausencia de articulación con el sistema de salud y de seguridad social, (Uruguay, Guatemala, República Dominicana, IPTK-Bolivia, Nicaragua) y en el caso de Perú es necesario avanzar en una mayor participación efectiva de los afiliados en las decisiones. Finalmente Honduras tal como ya se mencionó no correspondería a un caso de protección social en salud.

Cuadro No. 8: Tipificación de los casos como mecanismos de protección social en salud

Caso	Autofinanciamiento	Participación en la gestión	Articulación con el sistema de salud
Colombia	Casi 0%	+++	+++
Uruguay	100%	+++	
Argentina	30%	+	+++
Tupiza – Bolivia	21%	+++	++
Guatemala	80%	++	
Rep. Dominicana	35%	++	
IPTK – Bolivia	24%	+	
Nicaragua	33%	++	
Ecuador	60%	+	++
Perú	28%	+	++
Honduras	No corresponde	+	

Fuente: elaboración en base a los informes de estudio de casos.

IX. CONCLUSIONES DE LA SÍNTESIS DE CASOS

Sin bien a partir del análisis realizado es posible al menos avanzar en la construcción de una visión de que son estas experiencias de extensión de cobertura en América Latina y el Caribe, cuales son sus características más relevantes y se intenta avanzar en la verificación de ciertas hipótesis de eficiencia y equidad; es importante señalar que existen probables correlaciones multi-variables que pueden distorsionar las conclusiones presentadas, respecto a correlaciones entre solo dos variables. Idealmente, se debería comparar sistemas funcionando en condiciones similares con y sin la presencia de una de las variables en estudio, para estudiar su impacto en forma aislada, pero obviamente esto no es posible.

Por otra parte, a pesar del esfuerzo realizado por OIT/OPS en el sentido de homogenizar la información recopilada de los casos estudiados mediante el uso de un instrumento estándar de caracterización de las experiencias, se observa una gran heterogeneidad en la calidad y profundidad de la información obtenida por los investigadores, producto de las diferentes realidades en las cuales se encuentran estas experiencias.

Teniendo en consideración las restricciones de esta síntesis, se puede observar que en base a la tipología empleada solamente cuatro experiencias de extensión de la cobertura de protección social en salud cumplen en forma más adecuada con todos los parámetros que se han definido para esta síntesis, y que otro conjunto mayor de experiencias corresponden a un mixed de iniciativas con grados de desarrollo variable, que busca responder a los objetivos de extensión de cobertura en la protección social en salud en grupos excluidos de los sistemas formales.

Del análisis de verificación de las hipótesis respecto del aporte a la equidad en salud que hacen estas experiencias, se puede afirmar que la mayor parte de las experiencias analizadas han contribuido a hacer más equitativo el acceso a la salud en los países o ámbitos territoriales donde se han desarrollado, permitiendo a grupos de población acceder a mas y mejores atenciones de salud.

Este mejoramiento parece ser independiente de la forma de organización y funcionamiento que han tomado los sistemas, y su intensidad estaría más bien determinada por ciertas características de los grupos objetivo, como la ruralidad, los niveles de ingreso, y la pertenencia a grupos organizados.

Si bien en estos casos no aparece con claridad dentro de sus objetivos el hacer más eficiente el gasto de bolsillo de dichas poblaciones, es posible concluir²⁰ que estas experiencias si logran avances en este sentido, básicamente en lo referente a que se percibe un aumento en el consumo de prestaciones de salud por parte de la población más pobre, en general se concuerda en que se han mejorado las condiciones de

²⁰ Es importante señalar que la información disponible financiera es heterogénea y no permite sacar conclusiones totalmente sólidas.

precio, oportunidad y calidad de las prestaciones en las negociaciones con los prestadores y aunque no existen datos objetivos, es posible concordar que un gran número de los trabajadores inscritos en los SIS corresponden a trabajadores informales que previo estas experiencias no cotizaba y recibía atención gratuita en los servicios públicos, lo cual aporta en la reducción de subsidios implícitos del estado por este concepto.

Teniendo en consideración la sostenibilidad financiera, y el conjunto de parámetros que contribuyeron a su análisis, se observa que nueve de los sistemas requieren de aportes externos importantes para su viabilidad futura (se exceptúan Uruguay y Honduras).

De los estudios revisados se puede concluir que seis de los casos analizados no realizan manejo del riesgo y que principalmente están destinados a generar mayor acceso a la atención de salud a grupos de la población que por sus bajos niveles de ingresos o por otras razones de carácter social, no cuentan con facilidades de acceso a servicios de salud.

En estos casos, los aportes externos (en algunos casos subsidios) no están asociados ni al número y menos al riesgo de los beneficiarios o afiliados, lo cual no permite que se desarrolle una gestión institucional acorde con el carácter de sistema de aseguramiento de la salud en sus aspectos de operación.

Tal como planteamos en estos casos, la sostenibilidad financiera es precaria y solamente se mantienen gracias a las instituciones que han estado dispuestas a incrementar sus aportes para cada período de modo de cubrir los déficit. Esta situación se agrava en los casos que se mantienen gracias al aporte de la cooperación internacional (R. dominicana, IPTK-Bolivia y Nicaragua). Un caso extremo de inviabilidad como seguro de salud en el mediano plazo es el caso del Seguro Agricultor Tacna-Perú, que ha presentado déficit financiero permanente desde su creación.

La situación anterior se produce por cuanto casi todos estos sistemas están dirigidos a poblaciones de bajos ingresos, lo cual se refleja en la escasa posibilidad de cobrar primas que puedan sustentarlos en el largo plazo, sobre todo tomando en cuenta que dichas poblaciones en general tienen un riesgo de salud mas alto que el general de la población.

Por otro lado, las exiguas primas no se ajustan por ningún factor asociado al riesgo de los potenciales afiliados, lo cual podría eventualmente disminuir los déficits, aun cuando no posibilitaría revertir la situación general de desfinanciamiento. De allí surge la necesidad de aceptar el aporte externo (estatal especialmente) para garantizar su existencia. En general las primas o cuotas se calculan considerando solo condicionantes de ingreso de los afiliados.

En este sentido el tamaño de la cartera de afiliados de los microseguros y sus esfuerzos de penetración, especialmente si estos modelos van dirigidos a población de muy bajos ingresos y que por ende también gasta muy poco directamente en salud, es

un tema relevante sobre el cual debiera profundizarse su estudio para hacer recomendaciones a futuras intervenciones orientadas a extender cobertura de protección social en salud.

Si bien no es posible ser concluyente, de la información disponible se observa que las dos instituciones o sistemas que tienen sostenibilidad financiera debido a que, por una parte, no tienen déficit o su déficit es marginal, y por otra, a pesar de no administrar el riesgo en forma explícita si existe coherencia y adaptación entre los ingresos y los costos provenientes de los riesgos de la población objetivo, son los casos de Colombia y de Uruguay.

Los casos en que hay sostenibilidad financiera, con déficit muy bajos y donde una administración del riesgo más adecuada puede garantizar su sostenibilidad en el mas largo plazo, son Argentina y Guatemala.

El resto de las experiencias no presentan sustentabilidad financiera de acuerdo a los parámetros analizados, salvo que se mantenga el apoyo del estado o de la cooperación internacional.

Tomando en consideración solamente la variable financiera, podemos señalar que las instituciones que no son sostenibles financieramente, la mayoría como se ha indicado, no lo hace no porque no manejen el riesgo²¹, sino por los escasos ingresos de las poblaciones objetivo, lo cual no les permite cubrir las primas necesarias para hacer sustentable el sistema. Esto quiere decir que aunque las instituciones actuaran administrando el riesgo de su cartera y utilizaran mecanismos de control de costos tanto con sus afiliados como con los prestadores de servicios de salud, el desfinanciamiento disminuiría pero no se alcanzaría a lograr el autofinanciamiento, razón por la cual la presencia de aportes externos (especialmente del estado) es relevante. Esta conclusión se refuerza al corroborar que los dos casos exitosos respecto de sostenibilidad financiera, si reciben primas (de los afiliados en Uruguay y del estado en Colombia) que son razonables para financiar el paquete de beneficios que ofrecen.

Desde la perspectiva de sus condiciones para garantizar sostenibilidad institucional se observa que solamente tres experiencias dan seguridad de su viabilidad en el futuro (Colombia, Uruguay y Argentina), otro conjunto importante de experiencias se encuentra en una situación intermedia, siendo la articulación con el sistema de salud en su conjunto y con la seguridad social del país, la variable más crítica. Finalmente existen tres casos (Perú, República Dominicana e IPTK-Bolivia) donde su sostenibilidad institucional es dudosa, debido a que además de no estar articulados con el resto del sistema, su capacidad de gestión es limitada, dos de ellos dependen fundamentalmente del apoyo de la cooperación internacional y no han desarrollado adecuados mecanismos para estimular la participación de sus afiliados en su gestión; todo lo cual pone en duda la capacidad técnica y administrativa local para mantener estas experiencias una vez que se retire el apoyo externo.

²¹ Aún cuando del análisis de estas experiencias este factor está presente, como se señaló previamente.

Desde la perspectiva de la relación entre estas experiencias con la red asistencial de salud local y subnacional, en algunos casos se detecta que la presencia de prestadores propios (muchas veces con capacidad instalada ociosa) impide la adecuada articulación de estos proyectos con la red asistencial disponibles. No obstante, no es el caso de aquellos proyectos que han requerido el desarrollo de prestadores propios para enfrentar la ausencia de red de salud local.

Globalmente los estudios de caso y la presente síntesis demuestran el interés de proseguir y al mismo tiempo intensificar las actividades ligadas a este tipo de experiencias. En gran medida, su potencial queda por validarse, sin embargo, el mismo es suficientemente importante para justificar el esfuerzo que dicha validación requiere. La próxima etapa podría consagrarse simultáneamente a actividades de investigación, acciones concretas de terreno en forma de experiencias piloto y a un mayor intercambio de experiencias a nivel regional. Esta etapa permitirá disponer, por un lado, de evidencias para decidir o no sobre una inversión mas importante para la difusión de estos sistemas y, por otro lado, de bases metodológicas para hacerlo llegado el caso.

En lo que se refiere a la agenda de investigación a continuación sugerimos las siguientes líneas de trabajo:

- Sería de gran importancia desarrollar protocolos de investigación para poder medir y objetivar el cumplimiento de ciertas hipótesis respecto de eficiencia en el uso del gasto de bolsillo en salud y el aporte a la equidad que ofrecen este tipo de experiencias.
- Es necesario investigar en mayor profundidad las variables que afectan la penetración de estos esfuerzos en sus grupos objetivos, identificando las determinantes que están detrás de la compra de seguros de salud (individuales, culturales, etc.) que permitan orientar las estrategias de disseminación de acciones de este tipo.
- Aparece como relevante también profundizar en el análisis del subsidio del estado hacia experiencias locales de aumento de cobertura de la protección social, ¿qué papel desempeña sobre los actores relevantes que participan de estas iniciativas?, ¿cuál es realmente su aporte a la integración de estas experiencias en el sistema de salud en su conjunto y como afecta la presencia del estado su viabilidad en el tiempo?. ¿Es el microseguro la mejor manera de aplicar el subsidio estatal para obtener extensión de cobertura en grupos excluidos?, ¿es esta una estrategia intermedia para la integración definitiva de estos grupos a los mecanismos de protección social formales?, son preguntas que resultan importantes de responder.
- El tamaño de la cartera de beneficiarios resulta ser en teoría una variable crítica de los microseguros (por la imposibilidad de distribuir adecuadamente el riesgo entre el conjunto de beneficiarios), ¿es posible identificar factores que permitan dimensionar tamaños más óptimos de afiliados?, ¿qué ofrezcan mayores garantías de viabilidad financiera e institucional de estas experiencias?, ¿es posible diseñar un conjunto de herramientas que apoyen la gestión de estos modelos en el sentido de ajustar la prima a los beneficios?

- Algunas de estas experiencias constituyen una fuente interesante de aprendizaje respecto de la capacidad y potencialidades que pueden desarrollar grupos de población pobre y excluida para resolver en forma autogestionada las barreras que les presenta el sistema de salud. Aparece como un tema a profundizar en términos de identificar las condiciones institucionales (liderazgo, credibilidad en grupos objetivos, satisfacción de necesidades, etc.) y las debilidades que ponen en riesgo la viabilidad futura de estas experiencias, de manera de aportar a lograr un mayor *accountability* de estos grupos y generar a través de estas experiencias modelos de integración social más amplia de estos grupos excluidos.
- Sería interesante examinar la contribución de este tipo de sistemas en el campo mas global de la salud en particular en lo que concierne las actividades de prevención y educación.
- Adicionalmente si fuera posible, sería interesante identificar experiencias fracasadas, de manera de extraer aprendizajes para apoyar y orientar nuevas experiencias evitando cometer sus errores.

BIBLIOGRAFÍA

- a) **Baeza, C., Oyarzo C. y Cabezas, M. (1999)** “El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de Eficiencia para la extensión de la protección social en salud”. Documento conceptual preparado por Claiss a solicitud de OPS y OIT. 1999.
- b) **Baeza, C. y Cabezas, M. (1998):** “Public Policy Towards the Private Sector in Health: Challenges to Public Policy from Private Sector Participation in Developing Countries”. Documento de Trabajo CLAISS.
- c) **Baeza, C y Cabezas, M. (1999).** "Is it necessary and feasible to introduce risk adjustment mechanisms in the health Insurance markets in latin America?". Prepared by CLAISS for the World Bank. To be published in November 1999.
- d) **Baeza, C y Copetta C. (1999).** "Análisis conceptual de la necesidad y factibilidad de introducir mecanismos de ajuste de riesgo en el contexto de portabilidad del subsidio publico en Chile". Documento preparado por CLAISS para el Fondo de Políticas Públicas, Universidad de Chile - Fundación FORD, Septiembre de 1999.
- e) **Bupendra Makan, Di McIntyre and Prudence Gwana:** “Chapter 6: Financing and Expenditure”. Health Systems Reform in South Africa. (1997).
- f) **Brunet-Jailly, J. (1991):** “Health Financing in the Poor Countries: Cost Recovery or Cost Reduction?”. Working Papers WPS 692. World Bank.
- g) **Chollet, D. and Lewis, M. (1997):** “Private Insurance: Principles and Practice”. En “Innovations in Health Care Financing”, World Bank Discussion Paper, N°365, edited by George Shieber.
- h) **Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and The Caribbean. Reportes:** Bolivia (1997), Brasil (1998), Chile (1998), Colombia (1998), Ecuador (1998), El salvador (1998), Guatemala (1998), Jamaica (1997), México (1998), Paraguay (1998) y Perú (1998).
- i) **Creese, A. and Bennett, S. (1997):** “Rural Risk-Sharing Strategies in Sub-Saharan Africa”, World Bank Discussion Paper, N°365, edited by George Shieber.
- j) **Khoman, S. (1997):** “Rural Health Care Financing in Thailand”. En “Innovations in Health Care Financing”, World Bank Discussion Paper, N°365, edited by George Shieber.
- k) **Mwabu, G. (1990):** “Financing Health Services in Africa: An Assessment of Alternative Approaches”. Working Papers WKS 457, World Bank.

- l) **Mwabu, G. (1990):** “Financing Health Services in Africa: An Assessment of Alternative Approaches”. Working Papers WKS 457, World Bank.
- m) **World Bank (1994):** “Better Health in Africa: Experience and Lessons Learned”. Development in Practice. Washington D.C.
- n) **World Bank (1993):** “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993: Invertir en Salud”. Washington. D.C.



Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS
Extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe
México, 29 de noviembre al 1 de diciembre de 1999

**SÍNTESIS DE ESTUDIOS DE CASO DE MICROSEGUROS Y OTRAS
MODALIDADES DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD
EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE**

ANEXOS

ANEXO N°1: ASPECTOS GENERALES DE LOS CASOS ANALIZADOS

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquen - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú
Objetivo	Dar cobertura de salud a población no cubierta	Dar cobertura de salud a población no cubierta (ampliar uso de oferta subutilizada)	Dar cobertura de salud a población no cubierta	Dar cobertura de salud y seg. social a trabajadores Haitianos	Dar cobertura de salud a población no cubierta (organizar copagos)	Mejorar acceso geográfico y financiero	Dar cobertura de salud a población no cubierta	Aumentar equidad y solidaridad en salud	Dar cobertura de salud a población no cubierta (por Obras Sociales tradicionales)	Otorgar atención médica básica a afiliados desprotegidos	Dar cobertura de salud a población no cubierta
Propiedad	Organización Cooperativa (aportes afiliados)	ONG (aportes internacionales)	ONG	Asociación Mutualista (MOSCTHA)	Municipio de Tupiza + Estado + comunidad	Policlínica gestión independiente de Complejo de Cooperativas	Asociación Mutualista independiente de organización sindical	Comité de Salud (comunidad + gobierno Ecuador y Bélgica)	Municipalidad + Intendencia + Autoridad sanitaria + comunidad	Organización Sindical	Municipalidad + CLAS-PS + comunidad
Grupo Objetivo	Población mas pobre no cubierta	Población mas pobre no cubierta	Población del mismo lugar geográfico	Trabajadores haitianos	Población mas pobre no cubierta	Familias parte del Complejo de Cooperativas	Trabajadores agrícolas de fincas y familia	Población del mismo lugar geográfico	Población no cubierta	Población organizada no cubierta, miembros de la asociación	Población del mismo lugar geográfico
Fechas relevantes	Octubre de 1993 Gobierno inicia Programa Empresas Solidarias de Salud. ESS Sogamoso se crea en Mayo 1995 y opera desde Octubre de 1995	Inicio operación en Marzo de 1996	Inicio operación en Agosto de 1990	Octubre de 1995 se crea microseguro. Enero de 1985 se crea MOSCTHA	Creado en Enero de 1996. Inicio operación en junio de 1996	Inicio operación 1983-4	Creación e inicio operación Septiembre de 1995	Proyecto APS opera desde 1994. El microseguro ("prepago") comienza a operar en marzo de 1998	En 1992 se crea la OSMU a cargo de la Municipalidad	Inicio en Julio de 1996. En enero de 1998 se inicia el proceso de afiliación y cobro de cotizaciones	En 1995 se inicia administrado por CLAS-PS. En 1997 se transforma en un Programa de Salud primaria administrado por el municipio
Afiliación	Beneficiarios son afiliados. Afiliación del grupo familiar y personas a cargo, clasificados como pobres por encuesta SISBEN	Beneficiarios son afiliados. Personas a título individual voluntario	No hay afiliación. Cualquiera puede acceder al sistema previo pago de cuota	Beneficiarios son afiliados + familia y otros a cargo. Afiliación a título individual voluntario	Beneficiarios son afiliados. Afiliación voluntaria de familias de alto riesgo	Beneficiarios son afiliados + familia. Afiliación a título individual automática para los miembros de la cooperativa y voluntaria para otros vecinos	Beneficiarios son afiliados + familia. Afiliación a título individual voluntario	Beneficiarios son afiliados. Afiliación a título individual voluntario para jefe de la familia y obligatorio para otros miembros	Varios tipos de afiliados	Beneficiarios son afiliados + familia. Afiliación a título individual voluntario	Beneficiarios son afiliados + familia y otras personas a cargo. Afiliación a título individual voluntaria
Zona Geográfica	Departamento de Boyacá. Acceso vial limitado. Conflicto armado.	Ciudad de Sucre y sus alrededores	Ciudad de Tegucigalpa	Los bateyes, zonas rurales alrededor de los ingenios azucareros.	Distrito de salud de del municipio de Tupiza, provincia de Sur Chicas, departamento de Potosí	Barrios de La Cruz de Carrasco y Parque Rivera de la ciudad de Montevideo	Municipios de Tuma La Dalia, Jinotega, San Ramón y Matagalpa.	Area geográfica de la parroquia Solano en la provincia de Cañar	Provincia de Buenos Aires	Centro y periferia del municipio de la ciudad de Guatemala	Distrito rural costero Sama - Las Yaras en la provincia de Tacna

ANEXO Nº 2: RESUMEN ASPECTOS RELACIONADOS CON EQUIDAD

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquén - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú
Cambio cobertura de atención.	Población inicialmente sin cobertura (principalmente por limitación económica según encuesta). Ha habido incremento de la utilización de servicios	No hay indicadores de funcionamiento	No hay indicadores de funcionamiento	No hay indicadores de funcionamiento	Se ha mantenido nivel de uso del sistema.	No hay indicadores de funcionamiento	No hay indicadores de funcionamiento	No hay indicadores de evolución	No hay indicadores de funcionamiento	No hay indicadores de uso de servicios	El Distrito presenta peores indicadores de salud que Tacna y mejores que el resto del Perú. Ha habido un crecimiento importante de uso del sistema (consultas, inyectables, curaciones)
Mejoramiento de calidad (percibido)	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Según los responsables la gente está satisfecha ya que todos renuevan su afiliación. Han disminuido tiempos de espera y logrado atención más humanizada	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Según los responsables, la gente está satisfecha por tener trato amable y atención inmediata	Sin información	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Según los responsables el microseguro ha mejorado acceso a atención médica	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Se hizo focus group durante el estudio con beneficiarios. En general son satisfechos con sistema y servicios entregados. Insatisfechos con especialidades y disponibilidad de medicamentos	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Según los responsables la gente está satisfecha por cercanía, buena atención y horario. El acceso aumentó porque hay mas consultas	Según beneficiarios entrevistados el microseguro ha mejorado estado de salud. Son dispuestos incluso a pagar mas si fuera necesario. Se valoran instancias de participación. Les gustaría tener más servicios en el paquete de beneficios	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Se hizo reunión con 20 afiliados y entrevista a 4 familias durante el estudio. Los beneficiarios son satisfechos con paquete de prestaciones y opinan que el microseguro ha mejorado acceso a salud. Dicen que son pobres sin alternativa	No hay información sistemática del punto de vista de los beneficiarios. Según los responsables del microseguro encuestas muestran que los afiliados tienen poca información y ven satisfecha su demanda. El microseguro permitió mejorar el acceso de los beneficiarios a la atención médica lo que se ve reflejado en las estadísticas y se refleja en la cantidad de consultas médicas	Según encuesta presentada en Agosto de 1997 el 33% califica el servicio como muy bueno, 32% como bueno, 8% regular y 1% malo. 88% dijo estar dispuesto a pagar cotización la que no había. Según los responsables la satisfacción es porque hay más acceso, bajo costo y calidad con acceso a puesto médico. Existe insatisfacción por no acceso a especialidades, por contar con un sólo local, mal horario de atención, y pocos medicamentos	La municipalidad dice que el microseguro ha mejorado acceso por tener dos pretadores. La calidad ha mejorado porque la competencia incentiva un mejor servicio. Los afiliados dicen que quieren seguir con el seguro pero como funcionaba al principio (CLAS-PS) o con mayor participación comunitaria en la gestión

ANEXO N°3: RESUMEN ANALISIS ASPECTOS RELACIONADOS CON SOSTENIBILIDAD FINANCIERA

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquén - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú	Resumen de los casos
Prima	Per capita pagado por el estado diferenciado por edad y sexo. No ha tenido cambios	Cuota baja no asociada a riesgo por afiliado. Solo cubre gastos de administración. Se ha ajustado hacia abajo para incrementar afiliación	No existe	Cuota baja no asociada a riesgo por familia. No ha tenido cambios. En estudio un incremento	Cuota baja no asociada a riesgo por familia. En 1997 se aumentó al doble para tener mas recursos. Luego de un estudio, se volvió a duplicar la cuota en 1998	Cuota fija no asociada a riesgo por familia. Se ajusta de acuerdo al índice de precios al consumidor (IPC; inflación)	Cuota fija no asociada a riesgo por trabajador. Se estudia subirla para enfrentar incremento de costos	Cuota baja no asociada a riesgo por afiliado. Desde Mayo 99 se aplica cuota por persona diferenciada por número de miembros de la familia. Además se ha subido la cuota para enfrentar el aumento de los medicamentos	Cuota diferenciada por categorías de ingreso. Indigentes no cotizan (municipio se hace cargo). En 1995 se hizo un cambio en la prima para ajustarla a categorías de ingreso de afiliados.	Cuota fija no asociada a riesgo por trabajador (inicialmente no había). Se ajusta arbitrariamente	Cuota fija no asociada a riesgo por afiliado. La prima se ha ido ajustando al costo de las prestaciones, ha ido subiendo.	Ocho sistemas con cuota fija independiente del número de miembros del grupo familiar. Un sistema donde se diferencia por categorías de ingreso. Un caso con diferenciación por factores de riesgo. Un caso sin cotización.
Fuentes de Financiamiento	100% subsidio del Régimen Subsidiado de Salud (per capita)	Recursos Proyecto "Salud para Todos" ONG + venta de servicios + copagos + pequeñas cotizaciones	Pago por prestación + donaciones	Subsidios + pequeñas cotizaciones	Aportes municipales y cotizaciones	Cuota fija mensual + copagos	Aporte belga + cotizaciones compartida con patrones (50%) y trabajadores (50%) + venta servicios	Contribución estatal (prestadores) y de la cooperación belga + venta de servicios + cotizaciones	Cotizaciones afiliados + aporte municipal asociado a indigentes	Cotizaciones + venta de medicamentos y exámenes + aporte CGTG	Aporte municipales + cotizaciones afiliados	Dos casos donde predomina el financiamiento vía cotización. Nueve casos donde predomina el subsidio del estado o de otras fuentes. Un caso con financiamiento 100% estatal.
Selección de Riesgo	No existe	No existe	No existe (no hay afiliación)	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe	Períodos de carencia bajo. Dos planes (+ - MLE)	No existe	No existe	Solo un caso con acciones para seleccionar riesgo. En todo caso minimas
Selección Adversa	No existe	No existe	No existe (no hay afiliación)	No existe	No existe	No existe	No existe	Afiliados crónicos	No existe	No existe	Más niños y ancianos	En general no existe evidencia de selección adversa marcada

ANEXO N°3: RESUMEN ANALISIS ASPECTOS RELACIONADOS CON SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (cont.)

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquén - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú	Resumen de los casos
Plan de Beneficios	Unico, APS, secundaria y catastróficas. (determinado por el gobierno para las ESS). Cambios de acuerdo a modificaciones legales	Unico, APS, secundaria. Se han agregado especialidades	Unico, APS. Sin cambios	Unico, APS + otros beneficios pecuniarios. Sin cambios	Unico, APS, secundaria determinada por oferta. Se redujo a partir de la creación del seguro básico de salud	Unico, APS. Se han agregado especialidades	Unico, APS (solo diferencia por pago). Se han agregado odontología	Unico, APS, secundaria det. por oferta pública. Sin cambios	Dos planes, APS, secundaria y complejas (excluye algunas crónicas)	Unico, APS Se ha ampliado para hacer más atractivo el sistema	Unico, APS (incluye parto). Se ha ampliado a especialidades, ambulancia y laboratorio, cuando pasó a manos municipales, con el objeto de responder a la demanda	Seis casos con planes solo de nivel primario. Tres casos en que se ha agregado atención secundaria. Dos casos en que además se han incluido acciones complejas
Aplicación de Copagos	Copagos bajos. Cambio en aplicación de copagos por homogeneización de criterios	Copagos. Se han incrementado la aplicación y monto de copagos	Copagos. Sin información de cambios	Algunos copagos prestaciones de prestadores externos, justificados por elevados costos de insumos	Sin copagos, carencia primer día hospitalización	Copagos de especialidades, creados para ampliar beneficios sin incrementar prima	Copagos para familiares en medicamentos (100%). Se han incrementado para enfrentar aumento de costos y ampliación de beneficios	Sin copagos	Copagos con restricciones a derivación. Se han efectuado incrementos a los copagos	Copago por medicamentos y exámenes, incrementados para sostener financieramente el Sistema	Sin copagos. Se paga per capita	Tres casos sin copagos. Cuatro casos con aplicación de copagos parejos. Cuatro casos en que se aplican copagos para algunas prestaciones
Reaseguro	Reaseguro explícito para catastróficas	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	No hay	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Implícito sector público(*)	Solo un sistema con reaseguro explícito
Costo Técnico	Se han incrementado los costos	-	-	-	-	Se han aumentado los costos por incremento de precios	Sin variaciones de importancia	-	Se han incrementado los costos	-	Se han incrementado los costos	Algunos incrementos en costos por aumentos de insumos y salarios prestadores
Mecanismos de Pago a Prestadores	Pago per capita APS, pago por prestación el resto	Pago fijo salario (convenios con prestadores) y pago por prestación con vouchers	Pago fijo salario	Pago fijo salario por jornada	Municipio paga prestadores por prestación	Pago por hora y pago por prestación para especialidades	Pago fijo salario y pago por prestación para compra servicios	Per per capita APS	Pago per capita, pago por prestación, pago por día cama, según prestación y prestador	Pago fijo salario	Pago per capita	

ANEXO N°3: RESUMEN ANALISIS ASPECTOS RELACIONADOS CON SOSTENIBILIDAD FINANCIERA (cont.)

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquén - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú	Resumen de los casos
Tamaño de la cartera	Buen nivel de penetración. La ley exige un mínimo de 50.000 afiliados. El número actual es de 42.000	En 1998 había 2.027 afiliados. No hay estimación del total potencial de afiliados pero se estima baja cobertura	-	Afiliados actuales 510 y beneficiarios actuales 2.500. Total afiliados a MOSCTHA 8.789 lo que demuestra baja cobertura	Se ha llegado a un 25-30% del grupo objetivo. En 1998 había 4.379 beneficiarios (929 familias). Tupiza tiene 43.887 habitantes	Afiliados 1717, y beneficiarios 6440. Se llega al 100% del grupo objetivo por cuanto la afiliación es automática	Afiliados 1.125 y beneficiarios aprox. 5.625 (cinco por afiliado). Hay en la zona 30.000 obreros, 9.000 de ellos pertenecen a ATC	Afiliados 242, beneficiarios 242. Población total de Solano es de 1.316	Beneficiarios actuales 18.038. Según el informe, hoy se alcanza un 50% de penetración	Afiliados a Agosto 1999 948 y beneficiarios aprox. 4.740 (cinco por afiliado). La CGTG tiene 16.000 afiliados (+ sus familias)	En 1998 hay 83 afiliados y 206 beneficiarios. Relación entre beneficiarios y miembros del grupo destinatario: 1996 - 56.2%, 1997 - 47.9%, y 1998 - 10.6%	Baja penetración del grupo objetivo. Bajo incremento anual de afiliados. Solo un caso alcanza niveles satisfactorios
Conclusiones respecto a Sostenibilidad Financiera	Sí, alta	No	No	No	No	Sí, alta	No	No	Sí, baja	Sí, baja	No	

(*) Nota: reaseguro implícito del sector público: se refiere a que cuando las personas tienen problemas de salud que no pueden ser cubiertos por el microseguro, pueden recurrir a prestadores públicos y ser atendidos gratuitamente.

ANEXO N°4: RESUMEN ANALISIS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA GESTION

	Empresa Solidaria de Salud Coesperanza - Colombia	Seguro de Salud Universal IPTK - Bolivia	Fundación de Desarrollo Nacional - Honduras	Asociación Mutual Trabajadores Bateyes - República Dominicana	Fondo Comunitario de Salud - Bolivia	Policlínica Unica José Pedro Varela - Uruguay	Asociación Mutua del Campo - Nicaragua	Seguro Comunitario Solano - Ecuador	Obra Social Municipal Trenque Lauquén - Argentina	Servicio Solidario de Salud de la CGTG - Guatemala	Seguro del Agricultor - Perú
Proceso de puesta en marcha											
Identificación de necesidades	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	-
Definición de objetivos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	SI	-
Estudio de contexto	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	-	NO	SI	NO
Estudio de factibilidad financiera	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO
Definición de paquete de beneficios	SI	NO	-	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	NO
Acciones de información a grupo destinatario	SI	NO	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	SI	SI
Beneficios adicionales											
Créditos de salud	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	NO	SI	NO	NO
Sistemas de ahorro para salud	NO	NO	NO	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Aspectos financieros											
Costos de Administración sobre Ingresos	15%	-	-	-	-	-	35%	-	-	-	-
Fondos de reserva	SI	NO	NO	NO	NO	SI	SI	NO	NO	NO	NO
Aspectos legales											
Personería jurídica	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO
Sistemas de control legal	SI	NO	NO	-	-	-	SI	NO	NO	-	NO
Estatutos de funcionamiento	SI	NO	NO	SI	SI	-	SI	NO	NO	NO	NO
Reglamento interno	SI	NO	NO	-	-	SI	SI	NO	SI	SI	NO
Separación de funciones entre el seguro y prestadores	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO	SI	-	-	SI
Administradores de contabilidad	CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR	CONTADOR	TESORERO	CONTADOR	-	MEDICO/TESORERO
Documentación de actividades											
Documentación afiliación	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Documentación contable e indicadores	SI	SI	SI	NO	NO	SI	SI	NO	SI	SI	NO
Sistemas informáticos	SI	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	-	SI	NO
Informes de actividad	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	-	-	SI	NO
Formularios	SI	SI	NO	-	-	SI	SI	-	-	-	SI
Sistemas de control											
Controles internos	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI
Auditoría externa	NO	SI	-	-	-	NO	NO	NO	-	NO	NO
Otros											
	SI	SI	NO	SI	NO	NO	NO	NO	-	SI	NO

ANEXO N°5: Descripción detallada de los parámetros de análisis de casos

El conjunto de elementos que son fundamentales para describir el conjunto de experiencias de extensión de cobertura en protección social de salud, dicen relación con responder respecto de, cuales son las condiciones que permiten garantizar la viabilidad en el tiempo (es decir sostenibilidad institucional y financiera) de las experiencias en estudio.

Sostenibilidad financiera

Para analizar la sostenibilidad financiera, hemos decidido definir un conjunto de parámetros que contribuyen a identificar en los estudios de caso en esta condición:

1. **Prima:** se revisará la información que caracteriza las cotizaciones de los afiliados calificando si el cobro da cuenta de:
 - Prima con ajuste de riesgo: esto implica que la cotización se construye sobre algún criterio técnico que da cuenta del riesgo individual de cada afiliado y de cada miembro de su grupo familiar o en su defecto se ajusta en función del cálculo de un riesgo promedio de la cartera de usuarios.
 - Prima no ajustada a riesgo: en este caso se utilizan criterios diferentes del riesgo en salud para el cobro de la cotización, pudiendo ser una función de los ingresos del afiliado o su grupo familiar o una prima fija independiente del riesgo y del ingreso.
 - Adicionalmente se evaluará si la cotización se ajusta a los beneficios que ofrece el sistema de seguro para sus usuarios.
2. **Composición del financiamiento:** la identificación de todas las alternativas de financiamiento es importante para caracterizar la sostenibilidad financiera. Esto considera la cotización directa de los afiliados, y otras fuentes de financiamiento llamado genéricamente “contribución externa” que incluye la posibilidad de financiamiento público (del nivel nacional o de los niveles subnacionales), de la cooperación internacional y también el aporte del sector privado (empresas con o sin fines de lucro). Se considerará menos sostenible en el tiempo y por ende menos replicables las experiencias que sean financiadas principalmente vía financiamiento externo derivado de la cooperación internacional.
3. **Acciones tendientes a evitar la selección adversa:** se revisarán en cada estudio de caso el uso de prácticas que permitan al seguro tener una cartera de beneficiarios cuyas características indiquen que la población asegurada es “equivalente” al promedio de la población general y respecto

del grupo objetivo aplicable para cada caso. Esto incluye el revisar si el seguro realiza algún mecanismo de screening al ingreso, exclusiones, cobro de primas diferenciadas por riesgo o gasto observado, etc. A partir de este análisis se clasificarán los casos estudiados en seguros que:

- Si realizan acciones para evitar la selección adversa
 - No realizan acciones y se produce selección adversa
 - No se realizan acciones y no se produce selección adversa
4. **Plan de beneficios:** se contemplan dos grandes categorías de análisis que son relevantes para este estudio:
- **Extensión de beneficios:** identificando si el plan de beneficios ofrecidos por el seguro de salud es **comprensivo** (es decir incluye todo) o si es **parcial**. Para el caso de planes parciales se identificará si las prestaciones ofrecidas corresponden a servicios de salud de **tipo cotidiano** (es decir de alta frecuencia y bajo costo) o se cubren prestaciones denominadas **catastróficas** (es decir de baja frecuencia y alto costo).
 - **Definición de prestaciones:** en este ámbito se evaluará para cada experiencia analizada si se ofrece un plan de beneficios **explícito** y conocido por los afiliados o en su defecto si este plan es **implícito**.
5. **Copagos:** entendiendo el copago como una herramienta que actúa sobre la demanda por servicios de salud que busca reducir el consumo innecesario de prestaciones a través de internalizar en los individuos aunque sea parcialmente el costo de los servicios, se considera un parámetro relevante de analizar. Sin embargo no siempre resulta fácil y directo identificar si efectivamente la aplicación de copagos se realiza con este fin, por lo tanto se clasificarán los casos según:
- Aplican copagos²²: este análisis incluirá si es posible una evaluación del uso adecuado de esta herramienta de contención de demanda innecesaria.
 - No aplican copagos.
6. **Reaseguro:** se refiere a identificar si cada experiencia de microseguro estudiado toma medidas para un adecuado manejo de los riesgos financieros, ya sea constituyendo un fondo de reserva, reasegurándose frente a eventos catastróficos o mediante la implementación de procedimientos diseñados para evaluar y minimizar el riesgo. Adicionalmente se evaluará también si las condiciones del entorno permiten que las personas beneficiarias del microseguro pueden acceder o no a cobertura de atención de salud en otro sistema (público o privado). En este campo las categorías a describir son:

²² Referido al cobro de aporte directo de los beneficiarios al momento de obtener una prestación de salud.

- Si existe **reaseguro explícito**: que darán cuenta de las experiencias que realizan planificadamente acciones para minimizar los riesgos de su cartera.
 - Si existe **reaseguro implícito**: que indica que de alguna manera el entorno y en definitiva el estado se hace cargo de los mayores riesgos de la población beneficiaria del microseguro.
 - No existe reaseguro para esa población.
7. **Costo técnico**: uno de los efectos que se espera encontrar en términos de eficiencia de la existencia de microseguros dice relación con las ganancias que puedan observarse en la negociación por volumen con los prestadores respecto del precio de las prestaciones. Sin embargo este beneficio puede ser neutralizado si no se toman medidas que eviten el riesgo moral. Como una medida de resumen de los esfuerzos de la gestión del seguro en este sentido se analizará el comportamiento del costo per cápita de las prestaciones anuales otorgadas a los beneficiarios..

Se intentará con la información disponible explicar si los cambios en el tiempo del costo técnico per cápita se asocian a un mejoramiento en el paquete de prestaciones ofrecidas. En caso de descartarse esta condición esta información permitirá corroborar la presencia de comportamiento de selección adversa de parte de la población beneficiaria. Adicionalmente se incluirá en este ámbito el análisis de los mecanismos de pago a prestadores como uno de los determinantes del costo técnico, considerando como categorías:

- Los mecanismos de pago a prestadores incluyen mecanismos para compartir el riesgo
 - Los mecanismos de pago son basándose en pago por prestaciones
8. **Tamaño de la cartera**: si es posible se intentará construir a partir de las experiencias estudiadas alguna caracterización del tamaño de la cartera de estos microseguros.

Sostenibilidad institucional

Los elementos que contribuyen a dar respuesta respecto de los desafíos respecto de la sostenibilidad institucional son los siguientes:

1. **Propiedad**: este aspecto contempla el tema de quien es el responsable (legal y administrativo) de la iniciativa. En esta condición proponemos clasificar las experiencias revisadas a partir de las siguientes categorías de propiedad:
 - Comunidad en cualquiera de sus manifestaciones
 - Prestador de salud (público o privado, con o sin fines de lucro)
 - Institución de gobierno (nacional, regional o local)
 - Industria o lugar de trabajo

La relevancia de incluir el tema de la propiedad dice relación con las fortalezas o debilidades de estas experiencias en cuanto a su articulación con el resto del sistema, la mayor participación o no de sus afiliados en las decisiones relevantes y la permanencia en el tiempo de la fuente de financiamiento.

2. **Participación de los afiliados:** en este sentido se intenta caracterizar las experiencias en función de los actores que influyen en la toma de decisiones respecto de la gestión del microseguro y los liderazgos involucrados. Las hipótesis que se intentan demostrar al respecto de cómo contribuye la participación de los afiliados en el éxito institucional del sistema, son las siguientes:

- Existe un mayor control social que repercute ayudando al control del riesgo moral
- La definición del paquete de beneficios se ajusta mejor a las necesidades del grupo de afiliados.
- El mayor conocimiento de la población objetivo permite una mayor penetración en el grupo

3. **Articulación y/o integración con el resto del sistema de salud y de protección social:** se intenta identificar el grado de articulación y/o integración de las experiencias a los sistemas de salud más globales, para lo cual se tomarán especialmente en cuenta la existencia de:

- Subsidio del estado, que da cuenta de que existe interés del estado por el desarrollo de la experiencia
- Compra de servicios a la red de prestadores públicos y privados disponible y no se crea una red paralela de atención de salud
- Existencia de un reaseguro explícito donde esta experiencia se inserta en el sistema más global de protección social de salud y se cubre frente a eventos catastróficos
- Las áreas de desarrollo de los casos estudiados corresponden a eslabones del sistema de salud que son débiles para garantizar aseguramiento de servicios de salud a esa población excluida, es decir el sistema actúa con visión de complementariedad

4. **Origen y capacidad de adaptación en el tiempo:** el potencial y viabilidad de estas experiencias también depende de las condiciones en las cuales estos fueron creados y su capacidad de adaptación en el tiempo para responder a las demandas de sus afiliados. El liderazgo de quienes dieron origen a estos sistemas y como se ha ido desarrollando la capacidad de relación con otros actores relevantes, aparecen como factores relevantes de analizar en este aspecto.

5. **Gestión técnica y administrativa:** un factor que es analizado para estas experiencias como un elemento que contribuye a la sostenibilidad

institucional es la calidad de la gestión administrativa-financiera y técnica respecto de control de calidad y oportunidad en el acceso a las prestaciones de salud por parte de sus beneficiarios.

6. **Asistencia técnica externa:** un factor que será analizado respecto de la sostenibilidad institucional y que también orienta respecto de la capacidad de replicabilidad de las experiencias estudiadas, es la magnitud y duración en el tiempo de asistencia técnica externa (nacional o internacional). Se tomarán en consideración:

- Asistencia técnica en el diseño del sistema
- Asistencia técnica en la puesta en marcha
- Asistencia técnica en la implementación
- Total acompañamiento de expertos externos para el desarrollo del sistema