

REVISION SISTEMATICA DE LA EVIDENCIA DEL MICRO-SEGURO Y SU CONTRIBUCION A LA EQUIDAD EN EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

Solano Barraza YS, Martín Martín JJ.

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. OBJETIVO.....	2
3. MECANISMOS TRADICIONALES Y NUEVAS ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD.....	2
4. MÉTODO	
4.1. ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA.....	4
4.2. RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTÍCULOS	6
4.3. ASPECTOS ANALIZADOS	6
5. CONTENIDO	9
6. RESULTADOS	13
7. CONCLUSIONES.....	16
8. BIBLIOGRAFÍA.....	17

INTRODUCCIÓN

La financiación de la salud en los países en desarrollo constituye uno de los retos a afrontar para el logro de la equidad en el acceso a los servicios de salud de la población mas desprotegida. Ante la incapacidad de los gobiernos de estos países para brindar a su población protección en salud a través de los mecanismos tradicionales de financiación, los mecanismos de financiación comunitaria representan la respuesta de esa población ante esa incapacidad.

Dada la importancia que este tipo de esquemas empiezan a adquirir y la falta de artículos de revisión que evalúen su eficiencia en la protección de la salud, en este documento se realiza una revisión sistemática de la literatura de estos esquemas de financiación comunitaria, en la forma de micro-seguro, en los países en desarrollo, para valorar su contribución a la equidad en el acceso; primero se describe el proceso de búsqueda y selección de los artículos a revisar, para después describir cada uno de los esquemas estudiados y sus resultados; y por último, se muestran

los resultados obtenidos de la revisión referentes a la equidad y el acceso, así como las conclusiones obtenidas.

OBJETIVO

- Realizar una revisión sistemática de la literatura del micro-seguro en los países en vías de desarrollo.
- Valorar la evidencia disponible de la contribución del micro-seguro a la equidad definida como la ampliación de cobertura.

MECANISMOS TRADICIONALES Y NUEVAS ALTERNATIVAS DE FINANCIACIÓN DE LA SALUD

En los países de ingresos bajos y medios, los mecanismos tradicionales de financiación de la salud (seguro universal, seguridad social, seguros privados y seguros complementarios) no han conseguido extender la cobertura en salud a los sectores más desprotegidos de la población, es decir, cerca de 1300 millones de pobres que no tienen acceso a la atención sanitaria.

Como respuesta de las sociedades a la incapacidad de sus gobiernos para cubrir a estos sectores de la población se han desarrollado nuevas alternativas de financiación entre las que se encuentran las cuentas de ahorro para la salud y los esquemas de financiación comunitaria de la salud.

Las cuentas de ahorro para la salud actúan como una cuenta personal de ahorro. La primera experiencia de este tipo de financiación conocida como Medisave se desarrolló en Singapur, y en ella se exhorta a los ciudadanos a ahorrar una parte de sus ingresos con el propósito de que cuenten con un fondo para afrontar los problemas que pueden surgir con los otros mecanismos de aseguramiento. A pesar del éxito del sistema por sus altos índices de ahorro (cerca del 40% de los ingresos son ahorrados), la falta de competencia en los precios, y el uso de alta tecnología ha provocado una elevación de los costos y altos márgenes de inflación, lo que ha llevado al Gobierno a tener que intervenir para subsanar la falla del sistema **(Mossialos, et al. 2002)**

Los financiación comunitaria de la salud es un término muy amplio utilizado para designar a diversas experiencias de financiación de la salud en los cuales la característica más importante es la participación activa y predominante de la comunidad en lo que se refiere a la recolección y asignación de los recursos, la constitución de un fondo común, la participación en el manejo del sistema; otras de sus características comunes es el tipo de población a la que se enfoca el esquema (los sectores mas desprotegidos: pobres, niños, mujeres, ancianos, pensionados, discapacitados, trabajadores del sector informal, etc.), la actividad basada en términos de solidaridad y sobre todo la participación voluntaria de la población objetivo. Estos esquemas difieren unos de otros dependiendo del grado de utilización de co-pagos, de los mecanismos de mancomunación del riesgo y asignación de recursos, pero sobre todo de sus características organizacionales e institucionales. Entre estos esquemas de financiación comunitaria se encuentran las organizaciones mutualistas de salud, los fondos revolventes para medicamentos y el micro-seguro (Wiesmann and Jütting) (Preker, et al. 2002). Para Atim (1998) Las organizaciones mutualistas de salud es un sistema de aseguramiento voluntario y no lucrativo... son organizaciones autónomas basadas en la solidaridad entre, y de rendición democráticas de las cuentas hacia sus miembros cuyo objetivo es mejorar el acceso de sus miembros a mejores niveles de asistencia sanitaria a través de sus propias contribuciones financieras y medios económicos de cualquiera de los mecanismos de financiación que incluye principalmente aseguramiento, pero que también incluye simples pre-pagos, ahorros y pequeños préstamos, entre otros. Dentro de los fondos revolventes para medicamentos podemos encontrar experiencias como la desarrollada en Honduras conocida como Hondura's Community Drug Funds (CDF), fondos diseñados principalmente para proveer acceso en medicinas a las áreas aisladas y rurales; para promocionar el uso mas racional de las medicinas (reduciendo la automedicación por ejemplo); y para engendrar y mantener la participación comunitaria en la provisión de la asistencia sanitaria¹. Por último se encuentra el objeto de este trabajo: el esquema de micro-aseguramiento. David Dror y Christian Jacquier son los primeros en aportar una descripción del término micro-seguro en 1999 definiéndolo de la siguiente forma:

¹ Para una consulta mas extensa sobre estas experiencias consultar Fiedler JL, Wight JB. Financing health care at the Local Level: The Community Drug Funds of Honduras. *International Journal of Health Planning and Management*. 2000; 15:319-40.

Un micro-seguro es concebido como una empresa autónoma, independiente de operadores externos o de financiamiento externo permanente para poder subsistir. ... el apuntalamiento del micro-seguro es que la población excluida no ha sido cubierta bajo los esquemas de aseguramiento existentes debido a dos fuerzas concurrentes. La primera es que [...] los aseguradores han hecho muy poco por incluir a estos segmentos de la población. El segundo factor ha sido que la población excluida ha olvidado reclamar el acceso debido a su falta de empoderamiento dentro de la sociedad. **(Dror y Jacquier 1999)**

Dentro de las características que se señalan propias de un esquema de micro-seguro y que lo hacen diferente del resto de los esquemas de financiación comunitaria se encuentran: a) no requiere de operadores ni financiamiento externo para subsistir, b) la toma de decisiones con respecto al funcionamiento del esquema es tomada por cada una de las unidades de micro-seguro, y c) busca tender redes de vinculación entre las diferentes comunidades y unidades ocupacionales a lo largo de las estructuras ya establecidas, que ayuden a aumentar tanto la función del aseguramiento como la estructura de soporte necesaria para su estabilidad. **(Dror y Jacquier 1999)**

Aun cuando al hablar de micro-seguro se esta hablando de un concepto relativamente nuevo, existen numerosas experiencias de este tipo de esquema que se remontan hasta los años 70's como son los casos desarrollados en diferentes países de África (Cameroon y Sudáfrica) y Asia (Bangladesh, Nepal, Filipinas, Tailandia). Por otro lado, apegarnos a la definición que hacen Dror y Jacquier de un esquema de micro-seguro significaría limitar nuestro campo de revisión, por lo cual hemos optado por considerar como casos válidos aquellos que cumplen con los requisitos descritos en la siguiente sección, además de considerar de manera importante el hecho de que los sistemas tratados en cada artículo a revisar se encuentre incluido en el documento elaborado por la Organización Internacional del Trabajo sobre los diferentes esquemas de micro-seguros existentes en África, Asia y América Latina (ILO, Programa STEP, 2000).

MÉTODO

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

La búsqueda en este estudio se focalizó en artículos que presentan estudios de caso publicados entre 1995 y 2002 en los que se analizaba la efectividad de las experiencias de micro-seguros implementados en los países en vías de desarrollo en la mejora del acceso a los servicios de salud para los sectores de la población no cubierta por los mecanismos tradicionales de servicios de salud.

La búsqueda, como puede observarse en la Tabla 1, se realizó de manera electrónica en diferentes bases de datos especializadas en economía de la salud; posteriormente se llevó a cabo una revisión de los textos originales de los artículos resultantes de la búsqueda. Asimismo, se realizó una búsqueda manual de las referencias encontradas en los artículos originales considerados relevantes, además de una revisión de los artículos encontrados como referencia en diversas publicaciones que tratan el tema.

En esta búsqueda fueron excluidos aquellos que no cumplían con los criterios de selección señalados a continuación:

- a) Que describa la implementación de un sistema de aseguramiento en salud de tipo comunitario.
- b) Que el esquema haya sido implementado en un país en vías de desarrollo, o considerado de ingresos bajos o medios.
- c) Que el sistema sea financiado a través del pre-pago en forma de contribuciones o primas.
- d) Que evalúe los resultados en términos de equidad en el acceso.
- e) Que consideren esquemas dirigidos a sectores pobres de la población y/o trabajadores del sector informal.
- f) Que exista participación de la comunidad a la que esta dirigida.
- g) Que estén publicados en español o inglés.

RESULTADOS DE LA BUSQUEDA Y SELECCIÓN DE ARTICULOS.

Utilizando los parámetros de búsqueda antes mencionados para medios electrónicos, aunado a la búsqueda manual de los artículos de referencia, se encontraron 63 artículos, de los cuales se realizó una primera revisión de los resúmenes e introducciones, seleccionándose solo 38 debido a que el resto no se describían como estudios de caso o por lo menos no experiencias de micro-

aseguramiento. De esta selección preliminar de estudios solo se encontró el texto completo de 24, de los cuales solo 9 cumplieron con los criterios de inclusión y los 15 restantes no fueron descartados debido a que son artículos de literatura y/o describen sistemas de prestación de asistencia sanitaria que no se financian a través del esquema de aseguramiento (prepago) o son esquemas que solo se enfocan en el tema del acceso a los medicamentos. Los 14 artículos de los que no se encontró el texto completo han sido solicitados a las instituciones o medios de comunicación que los han publicado y nos encontramos en espera de respuesta, por lo que los resultados de este trabajo los hemos considerados como provisionales. En el Anexo 1 se encuentra una relación de todos los artículos.

Tabla 1. Fuente de datos y estrategia de búsqueda.

ELECTRONICAS	
Base de Datos:	<ul style="list-style-type: none"> - Medline - Proquest - WHO Data Base - PHO Data Base
	<p style="text-align: right;">Descriptoros:</p> <p style="text-align: right;">Developing countries / low- and middle-income countries (LMICs)/ equity / coverage / Bamako Initiative / cost sharing.</p> <p style="text-align: right;">Palabras claves:</p> <p style="text-align: right;">Micro-insurance / community-based health insurance / health insurance</p>
MANUALES	
Revistas especializadas y de organismos internacionales	<ul style="list-style-type: none"> - International Journal of Health Planning and Management - Health Policy - Social Science and Medicine - Bulletin of the World Health Organisation - The Lancet - Revista Panamericana de Salud Pública

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 2 se presenta un esquema del proceso de selección, y para una mejor consulta del proceso de los artículos en el anexo XX se encuentran relacionados y clasificados de acuerdo al criterio por el cual no fueron incluidos.

ASPECTOS ANALIZADOS

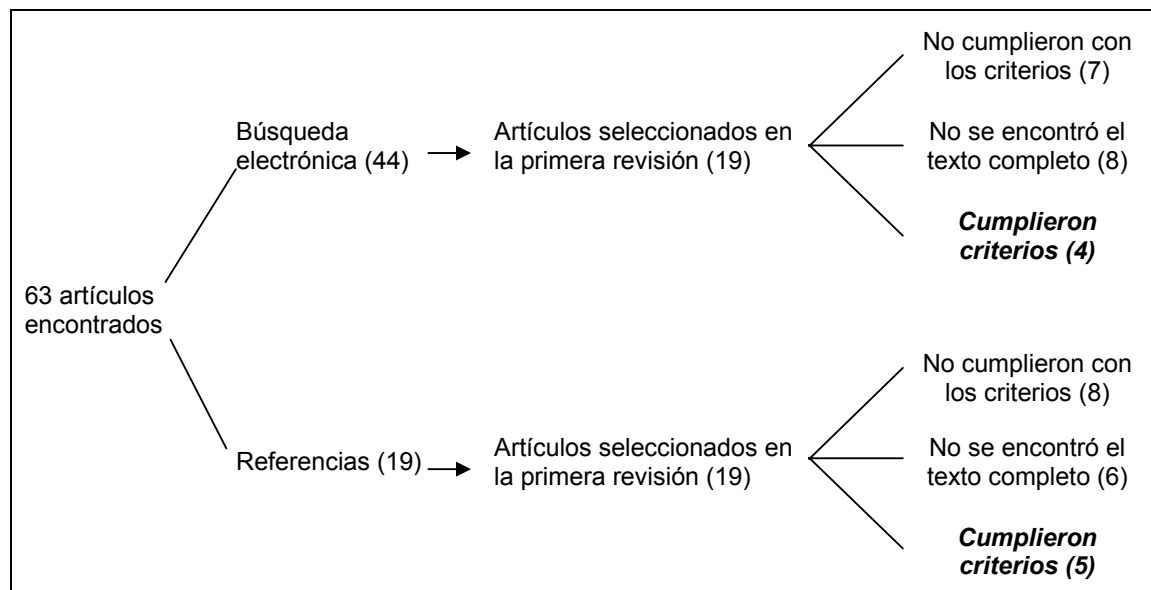
Objetivos de los estudios

Del total de los estudios revisados 5 de ellos no definen un objetivo específico para la realización del estudio; los 4 artículos restantes buscan medir los elementos existentes dentro de las experiencias estudiadas (ingreso de la población objetivo, no. de miembros en el hogar, frecuencia de uso de los servicios sanitarios, etc.) y definir como estos elementos contribuyen a la financiación, prestación, acceso, equidad y eficiencia de los servicios de salud.

Variables

Las variables medidas por los estudios para la contribución de los esquemas a la equidad y el acceso a los servicios de salud se relacionan en la Tabla 3.

Tabla 2. Resultados de la búsqueda.



Fuente: Elaboración propia.

Por un lado existen estudios que diferencian la equidad del acceso, y que por lo tanto hacen una distinción entre las variables y los indicadores utilizados para medir uno y otro concepto, tal es el caso del estudio de Atim (1998) que utilizó 14 de estas variables. Por otro lado, en otro estudio realizado por este mismo autor (Atim, 1999), en el cual se encuentran 8 variables, aun cuando define los indicadores y las variables a utilizar, no hace la diferenciación entre los que tratan la equidad y los que tratan el acceso; en el mismo caso, se encuentra el estudio realizado por el Centro Latinoamericano de Investigaciones de Sistemas de Salud (CLAISS, 1999), con 5 variables utilizadas.

El resto de los artículos, a pesar de que no describen el uso de indicadores y/o variables para medir el impacto de sus sistemas en la equidad y el acceso, si contemplan en el desarrollo de su contenido variables (cerca de 9 en cada uno) utilizadas en los otros estudios para la medición de estos aspectos.

Tabla 3. Variables medidas en los estudios

<ol style="list-style-type: none"> 1. Cobertura de la población antes del aseguramiento. 2. Cobertura de la población después del aseguramiento. 3. Contenido del paquete de beneficios (servicios cubiertos). 4. Estructura de las contribuciones (cuotas fijas o escalonadas) 5. Existencia de elementos de valuación de riesgos individuales. 6. Existencia de mecanismos de pago alternativos. 7. Fecha de reembolso del gasto. 8. Fecha del gasto por hospitalización. 9. Frecuencia de uso del fondo. 10. Gastos por categoría. 11. Habilidad del esquema para la recuperación de costos. 12. Incentivos en los montos de las primas para familiares y dependientes. 13. Ingreso promedio de los hogares que compran tarjeta. 14. Ingreso promedio de los hogares que no compran tarjeta. 15. Ingresos. 16. Monto de las contribuciones. 17. No de miembros del hogar empleados. 18. No. de ingresos hospitalarios de los miembros y no miembros. 19. No. de la población cubierta. 20. No. de la población del grupo objetivo. 21. No. de miembros por familia. 22. No. de reclamaciones reembolsadas por el fondo. 23. No. y rango de otros riesgos sociales cubiertos. 24. Opinión de los responsables del esquema y de los usuarios. 25. Perfil socioeconómico de la población objetivo. 26. Perfil socioeconómico de los que no son miembros del esquema pero pertenecen al grupo objetivo. 27. Población objetivo por grupo socioeconómico. 28. Población suscrita por grupo socioeconómico. 29. Porcentaje del gasto de hospitalización reembolsado. 30. Promedio de inclusión de los familiares y dependientes. 31. Promedio de utilización de los servicios sanitarios y de hospitalización de los usuarios del esquema. 32. Promedio de utilización de los servicios sanitarios y de hospitalización de los no usuarios del esquema. 33. Proporción de miembros empleados de los hogares que no se aseguran (no compran tarjeta) 34. Proporción de miembros empleados de los hogares que se aseguran (compran la tarjeta de salud) 35. Recuperación del gasto en atención sanitaria por los proveedores. 36. Región del país seleccionada como grupo objetivo. 37. Salario mínimo de las personas del grupo objetivo. 38. Sector de la población elegido como grupo objetivo. 39. Tipo de prestadores de servicios de salud utilizados por los no usuarios del esquema. 40. Utilización de los centros de salud y hospitales por miembros y no miembros del esquema.
--

Fuente: elaboración propia.

Las variables en las que coinciden la mayoría de los artículos son: tipo de población objetivo, los ingresos medios y mínimos de la población objetivo, porcentaje de las contribuciones en relación a los ingresos mínimos, el no. total de la población objetivo y la cobertura alcanzada.

CONTENIDO Y RESULTADO DE LOS ESTUDIOS SELECCIONADOS

El contenido de los 9 artículos seleccionados y los resultados relacionados a la equidad y el acceso son los siguientes:

Atim (1998) Este estudio examina las contribuciones, actuales y potenciales, de las organizaciones mutualistas para la salud (MHOs) a las áreas de (1) acceso a los servicios de salud y extensión de la protección social a los sectores mas desprotegidos de la población, (2) movilización de recursos, (3) eficiencia en el sector salud, (4) mejora de la calidad, y (5) manejo democrático. Cubre nueve países de África Central y Oeste, los datos se recopilaron de un inventario de 50 MHOs en seis países, realizando un estudio mas profundo de 22 casos de estudio seleccionados en seis países (Benin, Côte d'Ivoire, Nigeria, Senegal, Ghana, Mali). Los resultados relacionados con la equidad y el acceso son: este tipo de esquemas contribuyen a lo que él denomina equidad sectorial o geográfica puesto que la mayoría de ellos esta dirigido a los sectores mas desprotegidos, 25 % a la población rural y 48% al sector informal; contribuyen a la equidad en cuanto que los servicios ofrecidos no se encuentran relacionados al nivel o monto de las contribuciones, pero la afectan negativamente debido al uso de cuotas o primas fijas, ya que solo uno de los esquemas basa la contribución como un porcentaje de los ingresos del individuo. En cuanto al acceso: 14 de los 22 esquemas brinda cobertura automática a la familia o dependientes del miembro titular, y uno mas cubre solo a la esposa u esposo, lo que demuestra que contribuyen a expandir el acceso; sin embargo, el hecho de que ninguno de los sistemas estudiados contemple algún mecanismo alternativo para el pago de las contribuciones afecta de forma negativa las oportunidades de acceso, lo que se refleja en que solo 6 de los esquemas se acercan o superan el 50% de cobertura, lo cual se debe a que son grupos muy pequeños o la afiliación es obligatoria.

Atim (1999) Este estudio valora el desempeño de dos esquemas de aseguramiento voluntario y no lucrativos (Financing Écheme of Nkoranza, Ghana) y (the Babouantou Family Mutual Aid Association of Yaoundé, Cameroon) y su potencial contribución a la salud en sus países. El estudio examina si y en que forma la presencia o ausencia de un componente de movimiento social puede afectar el desempeño de estos esquemas en el logro del mejoramiento del acceso a la salud, la equidad, eficiencia y viabilidad financiera. De los resultados obtenidos los relacionados a la equidad y el acceso son: que las altas cuotas de suscripción de uno de los esquemas y lo poco atractivo del paquete de beneficios del otro han hecho que la cobertura de la población sea muy baja, alrededor del 22 % en ambos casos.

Carrin et al. (1999) Este artículo analiza la viabilidad de la reinstauración de los esquemas de financiación comunitaria de la salud existentes en China durante los años 60's y 70's llamados "rural cooperative medical systems" (RCMS) y su viabilidad para reducir el riesgo financiero relacionado a la salud. La reinstauración de estos esquemas se llevó a cabo de una experiencia piloto en 14 condados de siete provincias de China. Los resultados de este estudio se basan en una evaluación inicial (después de un año de funcionamiento) y los referentes a la equidad y el acceso son: De una cobertura en salud del 4.8% alcanzada después de la desaparición de estos esquemas, las experiencias piloto presentan una cobertura promedio adecuada de la población rural del país (entre un 50 y un 80% en los poblados y villas en donde se han implementado), por lo que vislumbra que el logro de una cobertura total es posible.

CLAISS (1999) Este informe contiene el análisis y síntesis de un conjunto de 11 casos de micro seguros y otras modalidades de intervención dirigidas a extender la protección social en salud a grupos excluidos de la región de América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Perú, República Dominicana, Uruguay); es necesario aclarar que el caso de Honduras, por su funcionamiento, no es considerado un sistema de microaseguramiento. El objetivo es caracterizar estas experiencias e identificar algunas potencialidades y limitaciones respecto a la eficiencia, equidad, sostenibilidad financiera e institucional y a la capacidad para incrementar la

disponibilidad de la oferta de salud. Los resultados sobre la equidad en el acceso, son: todas las experiencias que analiza han tenido éxito en el incremento de la cobertura, en tanto que la mayoría de ellos esta dirigido por definición a grupos de la población con poco o nulo acceso a los servicios de salud; a lo anterior se agrega que la calidad de la atención brindada a esta población también ha mejorado puesto que antes de la creación del esquema no recibían ningún tipo de atención, logrando con ello una importante contribución a la equidad.

Desmet (1999) Este artículo discute los logros alcanzado de los dos esquemas de aseguramiento en salud mas grandes en Bangladesh (the Gonosasthya Kendra health care system en Savar y the Grameen health programme), ambos en el sector no gubernamental y en áreas rurales. Analiza factores como el nivel de conveniencia de la prestación de la asistencia sanitaria en las áreas donde los esquemas están operando, la capacidad de los esquemas para responder a las pérdidas económicas de las familias por enfermedad y el cumplimiento de los principios de equidad en el uso de y la habilidad de las personas para pagar la asistencia sanitaria, para después discutir sobre el potencial rol de los esquemas como vehículos para que las personas intervengan en el manejo de los servicios sanitarios y en la participación financiera. De los resultados obtenidos, los que se refieren a la equidad y el acceso son: que el éxito de estos esquemas en la protección de los mas desprotegidos no esta claro, puesto que uno de los esquemas presenta niveles de cobertura de la población mas pobre muy bajos (33%), y el otro, aun cuando sus niveles de cobertura de la población pobre es alto (58%) existe la duda de si las familias catalogadas como pobres realmente lo son.

Liu et al. (1996) Este papel examina los logros y los fallos que tuvieron los esquemas de financiación comunitaria de China (Cooperative Medical System) en los 60's y 70's, determina la necesidad y viabilidad de la financiación comunitaria y discute los problemas asociados con su colapso. Otros temas importantes como la financiación, la viabilidad política y social de la financiación comunitaria también son discutidos. De los datos analizados se concluye que después del colapso del sistema de financiación comunitaria a principios de los 80's, el sistema de salud rural de China se plagó de problemas, puesto que de una cobertura del 90% de la población rural, se pasó a que el 90% de esta población tuviera que cargar

directamente con los gastos en salud. Además, en gobierno de China no tiene suficientes recursos públicos para financiar los servicios, por lo que, la financiación comunitaria parece ser una propuesta necesaria y efectiva para organizar la financiación y la prestación de los servicios básicos de salud.

Ranson (2002) Este estudio tiene como objetivo valorar el Fondo de Aseguramiento Médico de la Self Employed Women's Association en Guajarat, India, en términos de cobertura acorde a los ingresos, protección a los reclamantes por los costos de hospitalización, tiempo entre gasto y reembolso, y frecuencia de uso. Resultados: el ingreso medio por hogar de los reclamantes fue significativamente mas bajo (US\$ 597) que el de la población en general (US\$ 716). El porcentaje de hogares bajo la línea de pobreza fue similar para los reclamantes y la población en general (27%). Se reembolso mas de la mitad del porcentaje de hospitalizaciones catastróficas (> 10% de ingreso anual por hogar) y de hospitalizaciones que resultan en empobrecimiento. Como una de las conclusiones señala que estos esquemas pueden proteger a los hogares pobres contra el riesgo incierto del gasto en salud. Pueden implementarse en áreas en donde la capacidad institucional es muy débil para organizar un fondo de riesgo nacional. Además, pueden cubrir a las personas pobres, incluyendo personas y hogares que se encuentren por debajo de la línea de pobreza.

Ron (1999) Este documento abarca los intentos de tres años por desarrollar dos esquemas de financiación comunitaria en Guatemala la Asociación por Salud de Barillas (ASSABA) y en Filipinas el ORT Health Plus Scheme (OHPS) y los principales factores que han contribuido a un progreso desigual en ambos. En lo que respecta a los resultados, y aun cuando afirma no tener evidencia suficiente, una evaluación inicial muestra que uno el OHPS ha vuelto accesible la asistencia sanitaria para la población objetivo, compuesta principalmente por familias en áreas rurales con ingresos bajos e inestables.

Supakankunti (2000) Este estudio se enfoca en el Health Card Program (HCP), un esquema voluntario de aseguramiento en salud rural de prepago iniciado por el Ministerio de Salud Pública en Tailandia en 1983. Los factores que analiza son la compra y los patrones de utilización de la tarjeta de salud, la mejora en el acceso a

los servicios de salud y el nivel de satisfacción entre los usuarios de la tarjeta. De los resultados se obtiene que: la posesión de la tarjeta de salud aligera la carga del gasto en salud, a pesar de que entre los usuarios existe un mayor porcentaje de enfermedades crónicas. También se señala un impacto positivo en la accesibilidad a los servicios pues aquellos que no son usuarios del sistema tienden a no tratarse cuando enferman, a automedicarse o a asistir a centros de salud y hospitales privados, mientras que los usuarios del sistema, además de tratarse en el momento de la enfermedad, lo hacen en los centros de salud y hospitales públicos.

RESULTADOS DE LA REVISIÓN METODOLÓGICA Y DISCUSIÓN

Como resultado de la revisión metodológica, realizada en medios electrónicos y publicaciones especializadas en economía de la salud, se seleccionaron 9 artículos que cumplieron con los criterios, y quedan por revisar 14 que no han sido descartados por no contar con el texto completo; estos últimos artículos han sido solicitados y nos encontramos en espera de respuesta. De esta revisión se ha obtenido lo siguiente:

Protección de los sectores mas desprotegidos.

Los sectores de la población a la que se encuentran dirigidos estos esquemas son principalmente los mas desprotegidos, es decir, trabajadores del sector informal, mujeres, niños, población rural, población que se encuentra por debajo de la línea de pobreza e incluso población en situación ilegal dentro de un país como el caso de la República Dominicana (CLAISS, 1999). Solo dos esquemas de los estudiados en estos artículos tienen como grupo objetivo a trabajadores del sector formal: Teacher's Welfare Funds y Education Volunteers (Atim, 1998)

Tamaño del grupo objetivo

El número de la población a la que se estos esquemas se dirigen es muy variado: en los estudios de Atim (1998) y CLAISS (1999), que analizan mas de 5 experiencias cada uno, tienen una variación en el número del grupo objetivo que va desde las 160 personas (Dagaaba Associations en Ghana) hasta mas de 360,000 (MUGEF-CI en Côte d'Ivoire), y de 79,000 (Servicio Solidario de Salud en Guatemala) a los 2,100 (Seguro del Agricultor en Perú), respectivamente. En el estudio de Atim (1999) la población de 99,500 en el de Nkoranza, y de 6,521 en el esquema de Babouantou;

los esquemas en Desmet (1999), el GK system y el GB health program, tienen a 165,000 y 200,000 personas como población objetivo respectivamente; los esquemas descritos por Liu et al. (1996) se refieren a un sistema nacional establecido para las poblaciones rurales de todo China por lo que el número de la población que se intenta cubrir se eleva hasta los 8 millones; Ron (1999) analiza esquemas con poblaciones de 11,000 personas en ASSABA en Guatemala, y alrededor de 14,000 por el OHPS en Filipinas. Por último, Carrin et al. (1999), Ranson (2002) y Supakankunti (2000) no definen el número de la población a cubrir.

Impacto en la cobertura

En Atim (1998) los únicos esquemas que alcanzaron el 100% de cobertura fueron los dos que están basados en afiliación obligatoria: Education Volunteers (Senegal) y el Teacher's Funds (Ghana); los otros dos esquemas con afiliación obligatoria pero que no alcanzan el 100% de cobertura son COWAN (Nigeria) y Kolokani (Mali). Del resto de los esquemas con información disponible, solo dos logran más del 80 % de cobertura (Lalane Diassap de Senegal y la Dagaaba Association), y los restantes están muy por debajo del 50 % de penetración; en el estudio de CLAISS (1999) los porcentajes de cobertura también varían desde el 5.8 % (República Dominicana y Guatemala) hasta el 100% (Uruguay), del resto solo 2 superan el 50%; los esquemas analizados por Atim (1999) logran el 23% de cobertura; en Desmet (1999) el GK scheme presenta un 27.5 % de cobertura, mientras que el GH Programme un 41%; los estudios de Liu et al. (1996) y Carrin et al. (1999) presentan el mismo porcentaje de cobertura para el mismo sistema de aseguramiento, 90%; Ron (1999), uno de los esquemas, después de 4 años de funcionamiento, alcanzaba una cobertura del 18%, mientras que el otro inició sus operaciones con el 40% de familias registradas (la cantidad fijada era de 100 familias); Ranson (2002) no define un número de población objetivo, pero señala una cobertura de 23,214 mujeres; y Supakankunti (2000) no define un porcentaje de cobertura.

Financiación

En Atim (1998), solo uno de los esquemas (MUGEF-CI, Cote d'Ivoire) presenta una escala de cuotas completamente proporcional, porque la contribución es un porcentaje (3%) del ingreso de los miembros; la mayoría del resto de los esquemas tienen una escala de cuotas fijas, excepto dos (Sirarou y Sanson, Benin) que utilizan

una escala basada en el tamaño de la familia y uno (Les Intimes, Cote d'Ivoire) que implementa una cuota de contribución para los hombres y otra mas reducida (mas de la mitad) para las mujeres. En cuanto a la existencia de mecanismos de exención de los esquemas se encontró que: solo dos (Sirarou y Sanson, Benin) cuentan con ellos para la población mas pobre, y uno mas (Mutuelles des enfants de la rue, Senegal) tiene un mecanismo de financiación por el que patrocinadores pagan las cuotas de suscripción para niños de la calle; sin embargo, ninguno de los esquemas analizados contempla mecanismos alternativos para el pago de las contribuciones que se ajusten a los medios de subsistencia de los mas pobres. De los esquemas de CLAISS (1999), uno (OSMU, Argentina) fija su contribución como porcentaje del ingreso del afiliado, otro (Empresa Solidaria de Salud, Colombia) hace una diferenciación de primas (< de 1 año, mujeres entre 15 y 44 años, y el resto); y los 8 esquemas restantes establecen cuota fija, de los cuales el Seguro Comunitario de Solano de Ecuador a partir del segundo año toma en cuenta el tamaño del grupo familiar. Atim (1999) describe las cuotas como porcentajes del ingreso anual familiar, alrededor del 2.3% para el Nkoranza scheme y casi el 13% para la Babouantou Association, no así el tipo de escala de cuotas; Desmet (1999), estos esquemas establecen sistemas de cuotas proporcionales, es decir, la cuota se define de acuerdo a la clasificación socioeconómica de la familia, así, el GK scheme las separa en desamparados, pobres, clase media y ricos; el GH programme los separa en familias prestatarias del Grammen Bank, familias pobres y familias no pobres. Liu et al. (1996) y Carrin et al. (1999) presentan los mismos datos para el mismo esquema: la prima representaba el 0.5-2% del ingreso anual familiar de un campesino, dependiendo de los beneficios del plan y la situación económica de la comunidad; en el estudio de Ron (1999) uno de los esquemas estableció un sistema de cuotas fijas por individuo, y el otro definió un sistema escalonado de cuotas, estableciendo reducciones para los que estuvieran afiliados al Programa Medicare. Ranson (2002), este esquema establece una cuota fija para cada afiliada, que representa el 0.52% del ingreso anual de una persona considerada en la línea de pobreza (cálculos realizados por el autor), además ofrece la opción de realizar una depósito correspondiente al 5% del ingreso anual con la cual quedaría asegurada de por vida, puesto que la prima anual se pagaría de los intereses generados de este depósito; en Supakankunti (2000) el monto de la contribución del esquema es fija,

cerca de US\$32 por año por familia, pero no ofrece datos sobre los ingresos mínimos de la población objetivo.

CONCLUSIONES

Con base en la anterior revisión, se establecen las siguientes conclusiones:

- Existe falta de homogeneidad en las variables utilizadas por los autores para medir la contribución que hacen los esquemas a la equidad en el acceso. Esto se debe a las diferentes concepciones que sobre equidad y acceso tiene cada autor, mientras que la mayoría de los autores solo consideran para su evaluación factores como el porcentaje de cobertura alcanzado y la relación entre monto de la contribución e ingresos mínimos familiares, otros como Atim (1998,1999) contempla factores como la existencia de mecanismos alternativos para el pago de las contribuciones, la relación entre contribución aportada y beneficios obtenidos.
- Las grandes diferencias en algunas de las características de los esquemas, como es el caso del número de población al que se pretende cubrir, además de la falta de información en algunos casos (Ranson, 2002 y Supakankunti, 2000) no hace posible realizar comparaciones entre ellos.
- Aunque la mayoría estén dirigidos a los sectores mas desprotegidos, lo cual constituye en sí mismo un avance en el aumento de cobertura, sigue existiendo la duda sobre si esta cobertura incluye a la población mas pobre dentro de estos sectores.

BIBLIOGRAFIA

Atim C. Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science and Medicine*. 48 (1999) 881-896

Dror D., Jacquier C. Micro-insurance: Extending health insurance to the excluded. *International Social Security Review* 1/99.

Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. Funding health care: options for Europe. *European Observatory on Health Care Systems Series*. 2002.

Organización Internacional del Trabajo. Health: Micro-insurance. A compendium. Working paper, Sep 2000, OIT. Departamento de Protección Social. Programa STEP.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe; Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de Noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Elementos para el análisis comparado de la extensión de la cobertura social en salud en América Latina y el Caribe. Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de Noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. El gasto de bolsillo en salud en América Latina y el Caribe: Razones de eficiencia para la extensión de la protección social en salud. Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de Noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.

Organización Panamericana de la Salud, Organización Internacional del Trabajo. Síntesis de estudios de caso de microseguros y de otras modalidades de extensión de la protección social en América Latina y el Caribe. Informe presentado en la Reunión Regional Tripartita, 29 de Noviembre al 1 de diciembre de 1999, en México, D.F.

Preker A, Carrin G, Dror D, Jakab M, Hsiao W, Arhin D. Effectiveness of community health financing in meeting the cost of illness. *Bulletin of the World Health Organization*. 2002, 80 (2)

Anexo 1 BÚSQUEDA ELECTRÓNICA

ARTÍCULOS QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Desmet M, Chowdhury AQ, Islam MK. The potential for social mobilisation in Bangladesh: the organisation and functioning of two health insurance schemes. *Soc Sci Med*. 1999 Apr;48(7):925-38.
2. Ranson MK. Reduction of catastrophic health care expenditures by a community-based health insurance scheme in Gujarat, India: current experiences and challenges. *Bull World Health Organ*. 2002;80(8):613-21.
3. Ron A. NGOs in community health insurance schemes: examples from Guatemala and the Philippines. *Soc Sci Med*. 1999 Apr;48(7):939-50.
4. Supakankunti S. Future prospects of voluntary health insurance in Thailand. *Health Policy Plan*. 2000 Mar;15(1):85-94.

NO SE ENCONTRÓ EL TEXTO COMPLETO

5. Bogg L, Dong H, Wang K, Cai W, Vinod D. The cost of coverage: rural health insurance in China. *Health Policy Plan*. 1996 Sep; 11(3):328-52.
6. Chitambo BR, Smith JE, Ehlers Vj. Strategies for community participation in developing countries. *Curationis*. 2002 Aug;25(3):76-83.
7. Criel B, Van Dormael M, Lefevre P, Menase U, Van Lerberghe W. Voluntary health insurance in Bwamanda, Democratic Republic of Congo. An exploration of its meanings to the community. *Trop Med Int Health*. 1998 Aug;3(8):640-53.
8. Khan MM, Zhu N, Ling JC. Community-based health insurance in China: bending to the wind of change. *World Health Forum*. 1996;17(1):58-62.
9. Pannarunothai S, Sriathamrongsawat S, Kongpan M, Thumvanna P. Financing reforms for the Thai health card scheme. *Health Policy Plan*. 2000 Sep;15(3):303-11.
10. Ranson MK. Community-based health insurance schemes in India: a review. *Natl Med J India*. 2003 Mar-Apr;16(2):79-89.
11. Soderlund N, Khosa S. The potential role of risk-equalization mechanisms in health insurance: the case of South Africa. *Health Policy Plan*. 1997 Dec; 12(4):341-53.
12. Thind A. Managed care and developing countries: what are the equity implications?. *Natl Med J India*. 2002 May-Jun;15(3):121-123.

SE ENCONTRÓ EL TEXTO COMPLETO PERO NO CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

13. Berman P, Dave P. Experiences in paying for health care in India's voluntary sector. *Int J Health Plann Manage*. 1996 Jan-Mar;11(1):33-51.
14. Bloom G. Equity in health in unequal societies: meeting health needs in contexts of social change. *Health Policy*. 2001 Sep;57(3):205-24.
15. Davies P, Carrin G. Risk-pooling – necessary but not sufficient?. *Bull World Health Organ*. 2001;79(7):587.

16. Dror DM. Reinsurance of health insurance for the informal sector. *Bull World Health Organ.* 2001; 79 (7):672-8.
17. Hope RL. Paying in potatoes: community-based health insurance for the rural and informal sector. *Lancet.* 2003 Sep 6;362(9386):827-9.
18. McIntyre D, Doherty J, Gilson L. A tale of two visions: the changing fortunes of Social Health Insurance in South Africa. *Health Policy Plan.* 2003 Mar;18(1):47-58.
19. Sommerfeld J, Sanon M, Kouyate BA, Sauerborn R. Informal risk-sharing arrangements (IRSAs) in rural Burkina Faso: lessons for the development of community-based insurance (CBI). *Int J Health Plann Manage.* 2002 Apr-Jun;17(2):147-63.

REFERENCIAS

ARTÍCULOS QUE CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Atim C. [1]. Contribution of Mutual Health Organisations to Financing, Delivery, and Access to Health Care. Synthesis of Research in Nine West and Central-African Countries. Technical Report No. 18. 1998. Bethesda, MD. Partnerships for Health Reform Project. Abt Associates.
2. Atim C. [2]. Social movements and health insurance: a critical evaluation of voluntary, non-profit insurance schemes with case studies from Ghana and Cameroon. *Social Science and Medicine.* 1999; 48:881-96.
3. Carrin G, Ron A, Hui Y et al. The reform of the Rural Cooperative Medical System in the People's Republic of China : interim experience in 14 pilot counties. *Social Science and Medicine.* 1999; 48:961-72.
4. CLAISS. Synthesis of Micro-insurance and other forms of extending social protection in health in Latin America and the Caribbean, under the supervision and guidance of the ILO and PAHO counterparts, for the ILO-PAHO initiative of extending social protection in health in Latin America. Presented to the Mexico City tripartite meeting of ILO with the collaboration of PAHO, Mexico City. 1999.
5. Liu Y, Hu S, Fu W, Hsiao WC. Is community financing necessary and feasible for rural China?. *Health Policy.* 1996;38:155-71.

NO SE ENCONTRÓ EL TEXTO COMPLETO

6. Atim C, Sock M. An external evaluation of the Nkoranza community financing health insurance scheme, Ghana. Technical Report No. 50. 2000. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
7. Bennett S, Creese A, Monasch R. Health insurance schemes for people outside formal sector employment. ARA paper No.16. Division of Analysis, Research and Assessment, World Health Organization.
8. Musau SN. Community-based health insurance: experiences and lessons learned from East and Southern Africa. Technical report No. 34. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform, Abt Associates Inc.
9. Preker A. Philippines Mission Report. Internal Document. The World Bank.

10. Schneider P, Diop F, Bucyana S. Development and Implementation of Prepayment Schemes in Rwanda. Technical Report No. 45. 2000. Bethesda, MD: Partnerships for Health Reform Project, Abt Associates Inc.
11. Toonen J. Community financing for health care. A case study fro Bolivia. Royal Tropical Institute. Amsterdam. Bulletin 337.

SE ENCONTRÓ EL TEXTO COMPLETO PERO NO CUMPLIERON CON LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS.

12. Criel B, Van der Stuyft P, Van Lerberghe W. The Bwamanda hospital insurance scheme: effective for whom? A study of its impact on hospitalization utilization patterns. *Social Science and Medicine*. 1999; 48:897-911.
13. Diop F, Yazbeck A, Bitran R. The impact of alternative cost recovery schemes on access and equity in Niger. *Health Policy and Planning*. 1995; 10(3):223-240.
14. Fiedler JL, Wight JB. Financing health care at the Local Level: The Community Drug Funds of Honduras. *International Journal of Health Planning and Management*. 2000; 15:319-40.
15. Gilson L, Kalyalya D, Kuchler F, Lake S, Oranga H, Ouendo M. The equity impacts of community financing activities in three African countries. *International Journal of Health Planning and Management*. 2000; 15:291-317.
16. Hsiao, WC. The Chinese Health Care System: lessons for other Nations. *Social Science and Medicine*. 1995;41(8):1047-1055.
<http://www.hsph.harvard.edu/takemi/RP131.pdf>
17. Soucat A, Gandaho T, Levy-Bruhl D, de Bethune X, Alihonou E et al. Health seeking behavior and household expenditures in Benin and Guinea : The equity implications of the Bamako Initiative. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997; 12, Suppl 1:S137-63.
18. Soucat A, Levy-Bruhl D, Gbedonou P, Drame K, Lamarque JP, Diallo S, Ossen R et al. Local cost sharing in Bamako Initiative Systems in Benin and Guinea: Assuring the financial viability of primary health care. *International Journal of Health Planning and Management*. 1997; 12, Suppl 1:S109-35.
19. Supakankunti S. Comparative Analysis of Various community cost sharing implemented in Myanmar. Paper presented to the Workshop of Community Cost Sharing in Myanmar, Nov. 26-28.