

A photograph showing a man in a dark suit and white shirt examining a young boy's mouth. The boy is sticking his tongue out. Other children are visible in the background, slightly out of focus. The scene appears to be outdoors, possibly in a school or community center.

Seguro de salud para los pobres: ¿mito o realidad?

Los informes EQ (*enduring questions* o preguntas permanentes) analizan avances y problemáticas de política actuales, con el objetivo de ayudar a que los formuladores de políticas y profesionales de desarrollo aumenten su impacto a través de evidencia de calidad.

Prestar atención a las brechas de desarrollo

Ampliar la buena atención de salud a los más pobres es vital para mejorar los resultados en el área. A pesar de que son precisamente las personas pobres quienes más sufren de enfermedades, se les niega la posibilidad de optar a una atención de salud de calidad pues esta no se halla disponible o es demasiado costosa. Pero ampliar la atención de salud de calidad a otros segmentos de la población o permitir el acceso a ella cuesta dinero.

En el año 2006, el aparato público cubrió el 58% del gasto mundial total en salud; el resto correspondió a pagos privados. En muchos países en desarrollo donde los gobiernos tienen menos dinero para financiar la atención de salud de la población, las personas deben desembolsar cantidades importantes de dinero para recibir una buena atención. Por ejemplo, la India -un país de mil millones de habitantes y que figura entre los 10 primeros del mundo en la ocurrencia de enfermedades transmisibles- gasta el 5,2% del PIB en salud. Sin embargo, la mayor parte de dicha cifra (4,3%) corresponde al sector privado. El estado indio solo gasta el 0,9% del PIB en salud pública. En países de bajos ingresos, los desembolsos del usuario por diferencias no cubiertas representan casi el 85% del gasto privado (OMS, 2009).

Si los pobres se ven obligados a pagar por la atención de salud cuando la necesitan, tal vez eviten buscarla, se endeuden considerablemente o resulten todavía más

Síntesis

La creciente evidencia borrar disponible sugiere que brindar un seguro de salud a la población de menores recursos de un país puede mejorar su acceso a la respectiva atención de salud. Sin embargo, los pobres no parecen beneficiarse de ello. En general, los programas de seguros de salud no han ayudado a llegar a las personas pobres ni a incrementar el uso que estas hacen de los servicios de salud. Además, aún no se ha determinado si tal seguro mejora efectivamente los resultados de salud entre los pobres.

Palabras claves: seguro de salud, seguro de salud comunitario, utilización de servicios de salud, gastos catastróficos

empobrecidos. El seguro de salud es una manera de reducir los desembolsos por diferencias no cubiertas y mejorar el acceso de los pobres a la atención de salud. Este puede proporcionarse a través de planes públicos formales o comunitarios informales, incluidos -entre otros- programas de microseguros, fondos comunitarios de salud y organizaciones mutuales. Para hacerlos más equitativos, los planes de seguros suelen ofrecer subsidios a segmentos específicos de ciudadanos pobres o configurarse concretamente para servicios puntuales, como la atención primaria.

Pero quedan aún varias preguntas por responder. ¿El seguro de salud realmente protege a los pobres desde un punto de vista financiero? Cuando los pobres están asegurados, ¿buscan efectivamente más y mejor atención de salud? Y, lo más importante, ¿la suscripción a cualquiera de estos programas realmente mejora su salud?

Lecciones aprendidas

El seguro de salud ayuda a reducir los gastos catastróficos, pero no todos los planes llegan a las personas más pobres: la evidencia sobre los programas nacionales de seguros de salud muestra que, aunque los efectos pueden variar entre países, dichos planes ayudan a reducir los gastos de las personas en materia de salud. Por ejemplo, el Seguro Popular de México permitió reducir sustancialmente la probabilidad de incurrir en gastos extraordinarios de salud entre los hogares asegurados (Galárraga y otros, 2008).

Un reciente estudio experimental estimó que esta reducción habría sido de casi el 23% durante el período en que se evaluó el programa (King y otros, 2009). Se observaron experiencias similares en la aplicación del Sistema Universal de Seguros de Salud de Colombia, que incluyó dos planes diferentes: el plan contributivo para quienes tenían una mejor situación económica y el plan subsidiado para las personas más pobres. Este sistema redujo considerablemente los gastos catastróficos para todos quienes participaron (Giedion y Uribe, 2009). Sin embargo, en China, un programa de seguros de salud voluntario subsidiado por el Estado -Nuevo Programa Médico Cooperativo- no produjo ningún efecto en el promedio de los desembolsos que debieron efectuar los asegurados por diferencias no cubiertas (Wagstaff y otros, 2007).

Una revisión sistemática de los estudios realizados sobre seguros de salud comunitarios demostró, con evidencia sólida, que la suscripción a un plan de seguro protege a las personas desde un punto de vista financiero, pero también descubrió que dicha protección podía ser limitada. En efecto, la mayoría de los estudios concluyen que, allí donde se aplican planes de seguros, los grupos más pobres tienden a quedar excluidos (Ekman, 2004). En el Senegal rural, el tercio más pobre de la población exhibió menos posibilidades notorias de sumarse a un sistema de seguro de salud comunitario. Entre los que se suscribieron, los desembolsos por diferencias no cubiertas disminuyeron considerablemente, a pesar de que los costos de unirse al plan fueran una preocupación (Jutting, 2004).

Los seguros de salud comunitarios (SSC) pueden excluir a las personas pobres, lo que no ocurre en el caso de los planes basados en un proveedor. La revisión sistemática efectuada de los planes SSC también los comparó con aquellos administrados por proveedores de atención de salud, como hospitales y planes nacionales de salud. En tal sentido, si bien los planes basadas en proveedores redujeron en menor medida los gastos de las personas en comparación con los seguros de salud comunitarios, fueron más eficientes en cuanto a llegar a los más pobres (Ekman 2004).

El uso de los servicios de atención de salud mejora cuando las personas están aseguradas, pero los pobres no siempre resultan beneficiados: en los sectores pobres, los afiliados a algún seguro de salud tienen mucha mayor propensión a recurrir a los servicios de salud cuando necesitan atención. El programa nacional de seguros de salud con subsidio de Colombia aumentó la probabilidad de uso de servicios de salud en casi 5%, particularmente entre las mujeres, los ancianos y los residentes urbanos (Trujillo y otros, 2005). Las mujeres aseguradas tuvieron una mayor propensión a dar a luz con la ayuda de personal de atención médica cualificado y buscaron más atención de salud durante el embarazo. El programa subsidiado también aumentó la probabilidad de que los niños pobres fueran plenamente inmunizados en un 8% (Giedion y otros, 2007). El Nuevo Programa Médico Cooperativo chino ayudó a que las personas contaran con un mejor acceso a la atención terciaria de salud. También aumentó las atenciones ambulatorias en un 20%, salvo entre la quinta parte más pobre de la población (Wagstaff y otros, 2007).

Estudios más recientes sobre seguros de salud comunitarios, que buscaban conocer sus efectos en el uso de los servicios de salud, hallaron resultados similares. En Burkina Faso, un ensayo aleatorio controlado descubrió que el 40% de quienes informaron sobre la ocurrencia de enfermedades en el grupo asegurado usaron servicios formales de atención médica, en comparación con solo el 10% en el grupo no asegurado (Gnawali y otros, 2008). De igual modo, en Senegal el uso de los servicios de salud aumentó y los gastos en salud fueron menores entre quienes se habían sumado al seguro comunitario en contraste con quienes se habían marginado (Jutting, 2004). Sin embargo, ambos estudios señalan que los beneficios de los planes de seguros se concentraron entre los que tenían una mejor situación económica.

Mejor salud para los asegurados: existen escasos estudios que hayan evaluado si el seguro de salud mejora efectivamente la salud de las personas (Ekman, 2004). Una revisión efectuada de 127 documentos sobre 258 programas comunitarios de seguros médicos observó a nivel mundial que “ninguno de ellos intentó evaluar el impacto producido en el estado de salud de sus afiliados” (OIT, 2002:28). La mayoría de los estudios enfatizan los aspectos financieros de los planes y prácticamente ninguno el impacto producido en el uso del servicio de salud o en la protección en términos económicos de los hogares pobres.

Se cuenta con poca evidencia que permita demostrar si la aplicación de un seguro mejora los resultados de salud. Un estudio que evaluó el programa de seguro de salud de Vietnam detectó que este había ayudado a mejorar la salud de los niños, aumentando el uso de los servicios de atención de salud y permitido a las personas pobres gastar su dinero en otras necesidades familiares. En general, el estado nutricional de los niños menores de 4 años mejoró si se observan indicadores como estatura y peso (aumentos de 2,35 cm y 0,75 kg, respectivamente), aunque ello no ocurrió en niños de familias pobres. El programa también provocó un impacto positivo en el índice de masa corporal de adultos, una

medición de la grasa corporal según estatura y peso que se aplica tanto a hombres como a mujeres. No obstante, una de cada cinco familias más pobres no mostró progreso alguno al respecto (Wagstaff y Pradhan, 2005).

Cerrar la brecha de la evaluación

Aunque existe evidencia de que los planes de seguros de salud generan un impacto positivo en sectores pobres, su efecto en la situación de las familias de más extrema pobreza no ha podido establecerse. En general, los seguros subsidiados parecen ayudar a los más pobres, pero la evidencia al respecto no es contundente: en algunos casos, el seguro médico formal subsidiado ha funcionado y en otros ha fallado. Y, como ya se mencionó anteriormente, existe un grave vacío de evidencia que demuestre que la salud de las personas pobres efectivamente mejora.

Se necesitan estudios de impacto rigurosos que investiguen las consecuencias producidas por los seguros de salud formales e informales o comunitarios en los resultados de salud inmediatos y a largo plazo. Aquellos que examinen los seguros de salud comunitarios son particularmente necesarios, ya que muchos de estos sistemas operan hoy en día en todo el mundo.

Bibliografía

Ekman, B. (2004). "Community-based health insurance in low - income countries: A systematic review of the evidence." *Health policy and planning*, 19(5), 249–270. <http://heapol.oxfordjournals.org/cgi/content/abstract/19/5/249>

Galarrága, O., Sosa-Rubí, S., Salinas, A., Sesma, S. (2008). "The Impact of Universal Health Insurance on Catastrophic and Out-of-Pocket Health Expenditures in Mexico: A Model with an Endogenous Treatment Variable." HEDG Working Paper 08/12, Health Econometrics and Data Group, University of York. http://www.york.ac.uk/res/herc/documents/wp/08_12.pdf

Gnawali, D., Pokhrel, S., Sié, A., Sanon, M., de Allegri, M., Soares, A., Dong, H., Sauerborn, R. (2008). "The effect of community-based health insurance on the utilization of modern health care services: Evidence from Burkina Faso." *Health Policy*, November (Article in Press) <http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/S0168-8510%2808%2900219-4/abstract>

Giedion, U., Díaz, B. and Alfonso, E. (2007). "The Impact of Subsidized Health Insurance on Access, Utilization and Health Status: The Case of Colombia." Mimeo, the World Bank, Washington, D.C.

ILO (2002). "Extending social protection in health through community-based health organizations: Evidence and challenges." Social Security Policy and Development Branch, ILO-Universitas <http://www.ilo.org/public/english/universitas/download/publi/cbhostudy.pdf>

Jütting, J. (2004). "Do Community-based Health Insurance Schemes Improve Poor People's Access to Health Care? Evidence from Rural Senegal." *World Development*, 32 (2), 273-288 <http://www.oecd.org/dataoecd/48/46/24670935.pdf>

King, G., Gakidou, E., Imai, K., Lakin, J., Moore, RT., Nall, C., Ravishankar, N., Vargas, M., Téllez-Rojo, M., Hernández Ávila, J., Hernández Ávila, M., and Hernández Llamas, H. (2009) "Public policy for the poor? A randomised assessment of the Mexican universal health insurance programme", *Lancet*, 373:1447–54 <http://gking.harvard.edu/files/spi.pdf>

Trujillo, A., Portillo, J. and Vernon, J. (2005). "The Impact of Subsidized Health Insurance for the Poor: Evaluating the Colombian Experience Using Propensity and Score Matching." *International Journal of Health Care Finance and Economics*, 5, 211-239 <http://ideas.repec.org/a/kap/ijhcf/v5y2005i3p211-239.html>

Wagstaff, A., Lindelow, M., Jun, G., Ling, X. and Juncheng, Q. (2007). "Extending Health Insurance to the Rural Population: An Impact Evaluation of China's New Cooperative Medical Scheme." Policy Research Working Paper No. 4150, Impact Evaluation

Series No 12, World Bank, Washington, D.C. http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/IW3P/IB/2007/02/22/000016406_20070222160135/Rendered/PDF/wps4150.pdf

Wagstaff, A. and Pradhan, M. (2005) "Health Insurance Impacts on Health and Nonmedical Consumption in a Developing Country." Policy Research Working Paper 3563, World Bank, Washington, D.C. <http://ideas.repec.org/p/wbk/wbrwps/3563.html>

WHO (2009) World Health Statistics www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html



International Initiative for Impact Evaluation (3ie) es una ONG internacional que brinda subvenciones para la promoción de programas y políticas de desarrollo basadas en evidencias. Somos líderes mundiales en financiamiento y producción de evidencia de alta calidad sobre aquellas iniciativas que sí funcionan, cómo funcionan, por qué funcionan y a qué costo. Creemos que contar con evidencia mejorada y pertinente a cada política hará que el desarrollo sea más eficaz y mejorará la vida de las personas.



Este resumen ha sido traducido del inglés al español por cortesía de CAF – banco de desarrollo de América Latina, un importante miembro de 3ie. CAF y 3ie se disculpan de antemano por cualquier posible discrepancia en el texto.

Reconocimientos

Este informe fue elaborado por Hugh Waddington -con aportes de Christelle Chapoy y Howard White- y editado por Shanti Mahendra.

© 3ie, 2010: los informes EQ son publicados por International Initiative for Impact Evaluation 3ie y se trata de trabajos en curso. Agradecemos sus comentarios y sugerencias para futuros informes y estudios adicionales a incluir en nuevos EQ.

www.3ieimpact.org

Para obtener más información y actualizaciones, escriba a 3ie@3ieimpact.org

@3ieNews

/3ieimpact

/3ievideos

international-initiative-for-impact-evaluation