

Documento de trabajo

Seguros privados voluntarios de Salud: revisión sistemática exploratoria

Departamento de Estudios y Desarrollo

Febrero 2023



Tabla de Contenido

Introducción	3
Marco Teórico	4
Metodología	9
1. Preguntas de investigación.....	9
2. Criterios de elegibilidad	9
3. Selección de estudios	10
4. Extracción y sistematización de los datos de los artículos.....	10
Resultados.....	11
Selección de fuentes de evidencia.....	11
Análisis descriptivo-analítico	12
Análisis narrativo-sintético	13
Acceso Universal en Salud	13
Experiencias de los SPVS.....	14
La Organización de los SPVS	17
Discusión.....	20
Conclusiones.....	23
Referencias.....	24
Anexos	
Descriptores de búsqueda.....	29
Experiencias de sistemas con seguros voluntarios de salud.....	30

Introducción

Los objetivos de cobertura universal planteados en la agenda 2030 de Naciones Unidas se han convertido en un incentivo para discutir respecto de los diversos aspectos relacionados con las funciones de los sistemas de salud en el mundo.

El desarrollo de estrategias para el conocimiento, evaluación y mejoramiento de las funciones de los sistemas se ha focalizado en alguna de las cuatro funciones de los sistemas de salud. Los problemas de financiamiento de los sistemas de salud se complementan con el objetivo de distribución equitativa para abordar los problemas de salud de la población. La función de financiamiento de las acciones del sistema conversa con la función rectora en materias de focalización, regulación y provisión de recursos económicos (1).

El financiamiento de las acciones de salud posee diversas vías de aporte, subsidios estatales, ahorro y pago directo de las personas y la contratación de seguros privados voluntarios de salud (SPVS) (2).

Entenderemos a los SPVS como acuerdos entre las personas e instituciones aseguradoras para establecer un pago por el riesgo de una futura atención en salud. Estos se fundamentan en la decisión voluntaria de gastar en salud, sin mediar un requisito u obligación gubernamental. La provisión de estos tipos de seguro puede ser privada o pública, con o sin fines de lucro.

Organismos multilaterales (OCDE, OMS, Banco Mundial) han propiciado un interesante conjunto de investigaciones sobre SPVS, los cuales rescatan una heterogeneidad de objetivos, que fueron expresados en un grupo de artículos seminales (3–6).

Existe en Latinoamérica una creciente investigación sobre el funcionamiento e impacto de los SPVS. Además, en el mundo los estudios recientes son contrapuestos sobre el aporte a la cobertura universal por parte de los seguros voluntarios.

Lo anterior, convoca a observar con detención los diversos tipos de organización para la función de recaudación y financiamiento de los sistemas de salud y, siguiendo las preguntas de la OMS, se hace necesario despejar y clarificar el rol de los SPVS en virtud de su aporte u obstaculización a las metas de cobertura universal de salud planteadas como desafíos mundiales.

Este estudio busca conocer las experiencias en la organización de los SPVS en el mundo, en países de ingresos altos, medios y bajos, además de identificar el aporte o resistencia de estos seguros para mejorar la cobertura y acceso de las personas a la Cobertura Universal en Salud (CUS).



Marco Teórico

Los esquemas de financiamiento en salud han sido largamente estudiados en sus aspectos funcionales y estructurales. Las olas de reformas de los sistemas de salud a través de la historia como plantea Cutler (2002) están influenciadas por problemáticas respecto de su financiamiento. Según este autor las personas nunca están contentas con su sistema de atención médica y menos con los modelos de financiamiento de las actividades de salud. Lo anterior posee un largo e infinito debate respecto del valor de la salud poblacional. “La solidaridad en el cuidado de la salud no dicta un racionamiento por precio” (Cutler, 2002: pp 825). Un abordaje clásico de la economía de la salud tiene su anclaje entre la equidad y eficiencia(7). Esta dualidad se produce por la problematización de los objetivos de la salud. Así, los países con mayor desarrollo económico poseen clara consideración de la equidad y se han adscrito a modelos donde la cobertura del seguro universal fue diseñada para garantizar la igualdad de acceso a la atención médica para todos.

Todos los países se enfrentan al mismo problema de entregar acceso a la atención médica sin “desfinanciarse”. Los procesos para resolver estos problemas están delimitados y circunscritos a la organización de los países, y los tomadores de decisión han confiado en las experiencias de sus propios países para diseñar mejoras. Durante las últimas décadas, los formuladores de políticas se han mostrado cada vez más abiertos a examinar las experiencias de otros países que enfrentan desafíos similares(8).

El seguro de salud es sólo una parte de los componentes del financiamiento de los sistemas de salud, sin embargo, dentro de la función de financiación de los sistemas, estos son tomados en cuenta en decisiones tales como la estimación de recursos para la atención de salud, la universalidad de la cobertura de salud y la organización del financiamiento (sea público o privado).

Múltiples aproximaciones han desarrollado procesos de clasificación de los sistemas de salud según la organización del financiamiento, en su gran mayoría, parten de una separación clásica de los modelos de seguridad social de Bismarck y Beveridge en contraposición al seguro privado. Esta distinción clásica de dos enfoques (seguridad social v/s aseguramiento privado) en la actualidad está cruzada por las adaptaciones realizadas en los países. Dos tipos de adaptación son:

- a) la convergencia y combinación de varios elementos de ambos modelos de seguridad social y
- b) el establecimiento de un nuevo modelo de sistema de salud basado en “competencia administrada” que es esencialmente un sistema de aseguradoras competidoras (9).

Para fines de la década del 30 el economista estadounidense Alain Enthoven, planteaba que la capacidad de elección del consumidor funcionaría como un mediador entre las relaciones de los actores del sistema(10). El paradigma de este segundo tipo de adaptación, influyó la organización de los sistemas de financiamiento, sentando las bases de lo que en el futuro se conoce como competencia administrada en salud.

Su propuesta de un “Plan de Salud de Elección del Consumidor” se sostiene sobre la natural competencia por clientes entre las compañías de seguros. Esto supone entender la competencia como un valor ordenador del mercado. Teóricamente las aseguradoras entregarían mayores beneficios y de mejor calidad por el monto pagado en la prima. Con ello saldrían del mercado las aseguradoras menos eficientes y estas a su vez elegirían a los proveedores más rentables, creando competencia entre los prestadores, llegando, en teoría a un sistema de competencia justa, con primas abiertas e iguales, sin preexistencias ni barreras de acceso y además subsidiando a los que no podían pagar(11,12).

Sin embargo, la eficiencia del mercado o el desempeño en general de los sistemas de salud no fue una gran preocupación cuando se establecieron los sistemas de salud. Una constante de los países fue la resignación por sostener un modelo de atención médica, que al poco andar se tornaba ineficiente, costosa y con limitaciones en la atención (cuando se declaraba atender a todos por igual).

Los gastos médicos han aumentado rápidamente con el tiempo, a medida que el cambio tecnológico ha ampliado la facilidad de uso de la medicina. Esto ha tensionado el equilibrio entre la equidad y la eficiencia, según autores este desequilibrio igualdad-eficiencia ha sido influenciado por factores fundamentales del mercado en la atención médica (cambio técnico, el bienestar y el tipo de contrato de seguro). (13).

Desde la década del sesenta, en los países del mundo, el gasto en la atención médica se ha duplicado como porcentaje del PIB. El resultado del crecimiento del gasto sanitario enfrenta a los gobiernos a problemas de financiación cada vez más severos. Esto ha motivado el desarrollo de múltiples esquemas de financiamiento y la creación de estructuras de aporte de heterogénea configuración, utilizando diversos componentes de contribución al gasto de salud como subsidios, seguros, ahorros y copagos de las personas.

Muchos países no logran equidad en la provisión de servicios y el financiamiento para salud, incluso algunos han empeorado su respuesta a la población. La primera respuesta de la mayoría de los países al problema del aumento de los costos en salud fue establecer límites a través de la reglamentación sobre los costos. Sin embargo, estos problemas se fueron acrecentando en las décadas del setenta y ochenta, lo que llevó a los gobiernos a reducir las tarifas de los proveedores y racionar el acceso a la tecnología médica. Estas medidas desaceleraron parcialmente el gasto en salud. Esta contracción explica en parte el gasto desmesurado de países como Estados Unidos, el cual no tuvo limitaciones a gran escala, pero mantiene resultados sanitarios deficitarios y costosos, muy sobre el promedio de los 20 países de mayores ingresos en el mundo (14,15).

Esta tensión entre equidad y eficiencia en países de ingresos altos, se amplifica y agudiza en países de ingresos medios y bajos. A esto, se suma una preocupación global, que queda expresada en la agenda global que impulsan los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En su meta 3.8 que busca “lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguras, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. La relevancia de la protección financiera radica en evitar el empobrecimiento de las personas por problemas de salud. Cada año casi 100 millones de personas se empobrecen como consecuencia de los gastos en salud(16).

Esta iniciativa, plasmada en la agenda 2030 de Naciones Unidas hace necesario promover estrategias y soluciones realizables por los países, lo anterior, para llegar a la CUS. Dado los objetivos de cobertura universal planteados en la agenda 2030, se ha desarrollado un conjunto de estudios que buscan clarificar el rol y el contexto del desempeño de los SPVS, para evaluar su desempeño (apoyo/obstáculo) sobre las metas planteadas para el CUS.

En el marco de una discusión político-sanitaria sobre modelos de cobertura universal con más de un sistema de financiamiento en salud, **la concurrencia de un componente privado mediante SPVS es resistida por parte de la comunidad de investigadores en salud, por lo que, se hace necesario sostener evidencia para la toma de decisiones.** También, subyace una hipótesis (a veces más o menos explícita) de organismos multilaterales (OCDE, el Banco Mundial y la OMS) sobre lo oportuno y necesario de la movilización de recursos privados¹, los cuales podrían eventualmente solventar (en parte) el desfinanciamiento en países de ingresos medios y bajos. Lo anterior podría sustituir y relocalizar mejor la inversión en programas de mayor impacto sanitario, con ello se evitaría las repercusiones macroeconómicas negativas a través de la participación de privados en el financiamiento.

Como hemos descrito anteriormente, el SPVS actúa como una de varias fuentes de financiamiento para el sector de la salud. La función de financiamiento de un sistema de salud, presupone la articulación de un conjunto de instrumentos para el logro de los objetivos rectores en el desempeño de los sistemas de salud:

- a) Acceso sostenible a la atención de salud necesaria,
- b) Mayor protección financiera contra las cuentas de salud que empobrecen,
- c) Mayor acceso por parte de los hogares de ingresos bajos y medianos a los instrumentos organizados de financiación de la salud.(1,17)

El conjunto de instrumentos constantes a combinar, que actúan sobre los objetivos mencionados, son los subsidios, seguros, ahorros y cargos al usuario. Son escasos los arreglos que incluyen estos cuatro instrumentos bajo un solo sistema de financiamiento. Para el financiamiento de la atención médica en países de ingresos bajos y medianos, existe evidencia que apunta a entregar un arreglo con múltiples componentes, donde se exprese con claridad el aporte estatal, el aporte comunitario y el aporte privado.

Los países (en su mayoría) dependen de la financiación del gobierno y de los pagos directos que financian la atención de salud. A mayor desarrollo económico, los estados generalmente aportan más financiación para el prepago de las actividades de salud.

Lo anterior, nos convoca a observar con detención los diversos tipos de organización para la función de recaudación y financiamiento de los sistemas de salud.

Entendemos a los SPVS como acuerdos entre las personas e instituciones aseguradoras para establecer un sistema de pre o post pago por un evento que cambie o afecte la condición de salud de las personas. La noción de acuerdo fundamenta la decisión voluntaria de gastar en salud, sin mediar un requisito u obligación gubernamental. Así, estas fuentes

¹ WHO (2020) Advisory Group on the Governance of the Private Sector for Universal Health Coverage

privadas de ingresos son incorporadas al gasto en salud por decisión de personas naturales o jurídicas (empresas).

Los SPVS se han clasificado según sus roles por un conjunto de organismos multilaterales, en los cuales existe relativo consenso respecto de la clasificación que apreciamos en la tabla 1.

Tabla 1 Roles del Seguro Privado Voluntario de Salud (SPVS)

Roles SPVS	Impulsor de la demanda del SPVS	Principal de razón para tener SPVS
Substitutivo	Reglas sobre el derecho de las población a la financiación pública.	Cubre grupos de población que esta excluidos por cobertura de financiamiento publico , los cuales pueden retirar sus cotizaciones obligatorias del sistema de seguro obligatorio (" <u>opting out</u> ").
Complementario (Cargos por uso)	Existencia de cargos (copagos) para la salud financiada por la salud publica.	Paga algunos de los costos de los servicios que están cubiertos por el sistema legal (por lo general, los copagos de los pacientes).
Complementario (Servicios extras)	El alcance del paquete de los servicios públicos.	Paga por servicios que están explícitamente excluidos del paquete de beneficios del sistema legal.
Suplementario	Percepción de calidad de los tiempos de espera de los servicios públicos.	Brinda acceso mejorado (por ejemplo, para saltarse colas/filas de espera), un mayor nivel de servicios para pacientes hospitalizados o una mayor elección de proveedores por parte del usuario en comparación con los cubiertos por el sistema legal.

Fuente: Aptado de Foubister et al (2006); Matahuer, I & Kutzin, J (2018); Thomson, S. Sagan, A. Mossialos, E. (2020)

Las modalidades o esquemas de financiamiento, que incorporan al componente de SPVS, van cambiando según los arreglos realizados por los diferentes sistemas de salud. Estas modalidades poseen desafíos que varían según el desarrollo económico y social de los países. Según Preker (2007) existe un conjunto de desafíos constantes en la organización de los sistemas de financiamiento de salud, estos desafíos están intrínsecamente relacionados con la capacidad institucional de cada país. Este reto está inmerso en funciones clásicas del financiamiento para la atención de salud: a) la recaudación de recursos, b) la gestión del riesgo financiero y c) el gasto de recursos en proveedores. Cada una de esas funciones posee condiciones necesarias para su desarrollo. Estos desafíos en la financiación de la atención son desarrollados en modelos de mayor complejidad sobre lógicas más estructurales de la función de financiación de los sistemas de salud (2,4,18–20)

- a) Para la recaudación es necesario avanzar en modelos de registros y datos depurados (identificación de personas e ingresos), mejorar los niveles de informalidad laboral (nivel contributivo, conciencia de pago), mejorar el nivel de ingresos (limita la capacidad de pago)
- b) Para la gestión de riesgos financieros del sistema se sugiere establecer claramente el tamaño y el número de los grupos de riesgo al futuro, desarrollar mecanismos

para la compensación de esos riesgos y estimar con claridad el tamaño de la cobertura, esto con el fin de distribuir los recursos de manera eficiente y equitativa.

- c) Para el gasto de recursos en proveedores², se recomienda mejorar los sistemas de información, equilibrar la relación de poder de proveedores públicos y privados (hospitalización y lo ambulatorio respectivamente, mejorar la transparencia de los costos de producción y la estimación de precios cobrados por los proveedores públicos y privados.

Las decisiones de avanzar en SPVS en países con mejores ingresos presuponen un conjunto de supuestos sobre el desarrollo de beneficios y externalidades positivas. Tales como, el mejoramiento de la capacidad de respuesta de los sistemas y la reducción de los tiempos de espera, sin embargo, el acceso y cobertura para personas de bajos ingresos y alto riesgo sanitario sigue siendo deficitarios a través de los SPVS (5).

El seguro de salud privado puede ofrecer mayor cobertura y aumentar al corto plazo la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, el seguro de salud privado no concentrará sus esfuerzos en protección financiera y las necesidades de salud de las personas más pobres del sistema. En países de bajos ingresos no existen recursos públicos suficientes para atender las necesidades de la población. Lograr una cobertura integral a través de un seguro obligatorio financiado por impuestos es complejo en estos países, debido a las brechas del desarrollo económico, su precaria institucionalidad y altos niveles de informalidad. En gran medida estos dependen de la atención médica básica generalmente con cargo del usuario. Las limitaciones económicas de esos países provocan una constante tensión en los sistemas políticos a través de demandas sociales por salud (21,22) (23).

Como se ha mencionado, el propósito de este trabajo es describir exploratoriamente experiencias de los SPVS y su rol en el financiamiento en las diferentes formas de recaudación de recursos en los sistemas de salud que busquen una cobertura integral de la población. Hay arreglos de seguros y planes de salud extremadamente heterogéneos en los países. Sin embargo, la mayoría de los sistemas de salud aseguran y pagan públicamente una variedad de servicios básicos de salud.

² También es descrita y desarrollada por un conjunto de autores como función pagadora de los seguros

Metodología

Esta revisión exploratoria o de alcance, proporciona una evaluación preliminar de la literatura disponible sobre las experiencias de los SPVS en países de ingresos altos, medianos y bajos y su desempeño para mejorar la cobertura y el acceso universal a los sistemas de salud. Lo anterior permite conocer una perspectiva actualizada de las experiencias orientadas a fortalecer los sistemas de salud con cobertura universal y dimensionar el real aporte de los diferentes esquemas de seguros de salud voluntarios. La revisión exploratoria se realizó siguiendo el protocolo explicado por Arksey y O'Malley (2005), actualizado para Peters et al (2015) y Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews (PRISMA ScR) (24–26)

El protocolo incluye cinco pasos: (1) definir las preguntas de investigación; (2) definir los criterios de elegibilidad; (3) identificar estudios relevantes a través de una estrategia de búsqueda; (4) gráficos de datos, es decir, extraer, sintetizar e interpretar datos; y, (5) resumir e informar los resultados.

1. Preguntas de investigación

El objetivo de la revisión fue abordado haciendo presente las siguientes preguntas de investigación:

Pregunta Principal

¿Cuál es la experiencia de los SPVS en el mundo, en países de ingresos altos, medios y bajos?

Preguntas secundarias

¿Cómo se organizan los SPVS en el mundo?

¿Qué experiencia de SPVS permite mejorar la cobertura y acceso de los sistemas de salud?

La construcción de la pregunta principal y las secundarias se realizó a través de la estrategia que define el problema, la intervención y los resultados observados de la intervención.

Tabla 2 Construcción de la pregunta principal

Problema	Intervención	Resultados
En la estrategia de cobertura y acceso universal a la salud de la población.	La participación de los seguros de salud voluntarios privados.	Contribuye al logro de cobertura universal en salud (CUS)

Fuente: Elaboración propia

2. Criterios de elegibilidad

Las estrategias de búsqueda se desarrollaron con base en palabras clave y términos de Medical Subject Headings (MeSH) (Anexo 1) relacionados con los tres dominios que aportan al objetivo de la investigación:

- a) El dominio del **Acceso Universal** identificado en estudios que analizan el aporte del SPVS a la Cobertura Universal en Salud.
- b) El dominio de las **Experiencias** contenido en estudios sobre las buenas y malas prácticas en el desempeño de los SPVS en materia de cobertura y acceso.
- c) El dominio de la **Organización** descrito en estudios sobre estructuras y funcionamiento de los diferentes tipos SPVS.

Una extensa búsqueda se llevó a cabo en las bases de datos electrónicas PubMed, Scopus, Web of Science, Scielo, Lilacs y Sciencedirect. El análisis se orientó hacia artículos originales publicados entre 01 enero 2012 y 30 septiembre 2022. La búsqueda final en las bases de datos se realizó en octubre de 2022.

3. Selección de estudios

La revisión fue realizada por tres investigadores y guiada por la declaración PRISMA-ScR (Tricco et al. 2018). Se incluyeron todo tipo de documentos. Los títulos y resúmenes de los documentos identificados a través de la base de datos se descargaron a una planilla de Excel y luego, los investigadores, de manera independiente, los revisaron en función de los criterios de elegibilidad y su relevancia para las preguntas de investigación (Tabla 3).

Posteriormente, para la selección final de los documentos, se descargaron los textos completos de los artículos seleccionados, los cuales, fueron revisados por el investigador principal de acuerdo con los criterios de elegibilidad. Los manuscritos se centraron en los tres ámbitos definidos metodológicamente sobre el rol y funcionamiento de los SPVS para lograr el acceso universal de la población con adecuada cobertura financiera.

Tabla 3: Criterios de inclusión y exclusión

Concepto	Criterio de inclusión	Criterio de exclusión
Idioma	Inglés, español, portugués y francés	Idiomas no incluidos
Año	Enero 2012- septiembre 2022	<2012
País	Todos	
Contexto	Sistemas de Salud	
Diseño del Estudio	Diseños cuantitativos, cualitativos y mixtos.	
Tipo de Documento	Artículos originales con resumen, documentos de trabajo, reporte de política.	Revisiones sistemáticas y comentarios.

4. Extracción y sistematización de los datos de los artículos

Los autores participaron individualmente en la revisión y selección de los artículos originales de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Las variables incluidas para una extracción estandarizada de los datos fueron: título; autor (es); diario; año de publicación; país; objetivos; tema principal; diseño del estudio; hallazgos relevantes relacionados con los objetivos de la investigación en los tres ámbitos sobre la contribución de los SPVS. Luego se revisó la lista de artículos a incluir potencialmente útiles y se excluyeron aquellos que no cumplieran con criterios de inclusión o que fueran considerados pertinentes. Posteriormente, se llevó a cabo el análisis de los datos aplicando un enfoque descriptivo-analítico y otro narrativo-sintético. En el proceso descriptivo-analítico, los datos se categorizaron según los tres ámbitos y se analizaron los contenidos sobre autor,

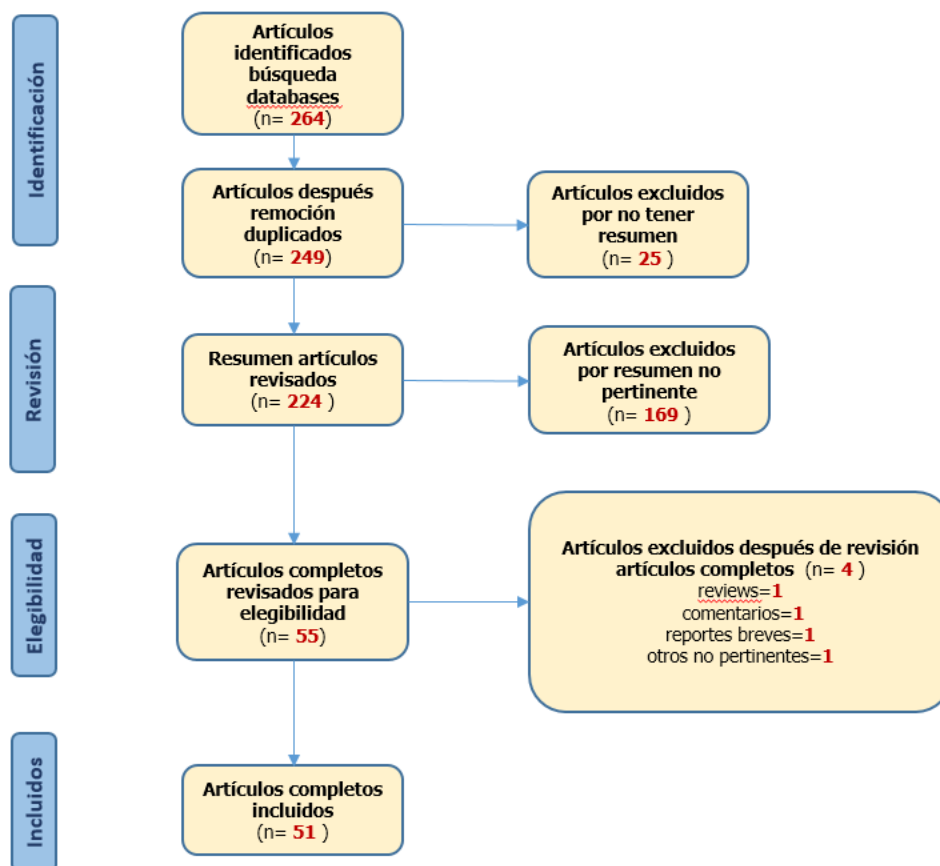
contexto, tema, tipo de estudio y principales hallazgos de los datos. Luego, en el proceso narrativo-sintético, se recopilaron los elementos del análisis anterior en tablas y síntesis narrativa de los resultados.

Resultados

Selección de fuentes de evidencia

La búsqueda inicial en la base de datos arrojó 264 elementos, como se muestra en la Figura 1, eliminándose 15 artículos duplicados y 25 que no contaban con un resumen. Después de la selección de resúmenes, 169 registros se excluyeron por considerarse no pertinentes, seleccionándose 55 artículos con texto completo. Cada artículo seleccionado se evaluó para determinar su elegibilidad según los criterios de inclusión y exclusión, así como su relevancia y especificidad para las preguntas de investigación. Finalmente, 4 artículos se eliminaron por los criterios de exclusión definidos en el protocolo, quedando 51 artículos para el análisis del estudio.

Figura 1: Diagrama de flujo de artículos seleccionados e incluidos para meta-análisis



Análisis descriptivo-analítico

La Tabla 4, muestra una mayor densidad de estudios en Europa (43,1%) y América del Sur (25,5%), concentrando un 68% del total de estudios identificados.

Se observa una mayor utilización de estudios de tipo cuantitativo (analíticos y descriptivos), representando 72,6% del total de estudios seleccionados.

Respecto de los dominios utilizados en la revisión, se puede observar que la categoría más recurrente es la referida a las experiencias y evaluaciones sobre el desempeño de los seguros privados de salud en materia de cobertura y acceso (23 artículos), la que representa 45,1% del total de los estudios finales seleccionados. Las otras categorías, de organización (13 artículos) y acceso universal (15 artículos), representan 25,5% y 29,4%, respectivamente.

Tabla 4: Distribución de artículos según dominio, tipo estudio, año y ubicación geográfica

	Dominios			%	51
	Acceso Universal ^(a)	Experiencias ^(b)	Organización ^(c)		
Año de publicación					
2012-2015	4	9	4	33,3%	17
2016-2019	6	10	4	39,2%	20
2020-2022 (septiembre)	3	4	7	27,5%	14
Tipo de Estudio					
Cuantitativo, analítico y observacional	4	10	5	37,3%	19
Cuantitativo, analítico y experimental		1	1	3,9%	2
Cuantitativo, descriptivo	7	6	5	35,3%	18
Cualitativo	1	3	3	13,7%	7
Mixto		3	1	7,8%	4
Otros	1			2,0%	1
Región de Estudio					
Europa	5	11	6	43,1%	22
América del Sur	4	4	5	25,5%	13
Asia	1	4	3	15,7%	8
África	2	1		5,9%	3
América del Norte		2	1	5,9%	3
África	1			2,0%	1
Asia		1		2,0%	1
Total	13	23	15		

^(a) Dominio de Acceso Universal: Estudios que analizan el aporte del seguro privado de salud a la Cobertura Universal en Salud (UHC).

^(b) Dominio de experiencias: Estudios que describen experiencias y evalúan el desempeño de los seguros privados de salud en materia de cobertura y acceso.

^(c) Dominio de Organización: Estudios que describen la estructura y el funcionamiento de los diferentes tipos de seguros privados de salud.

Fuente: Elaboración propia

Análisis narrativo-sintético

Acceso Universal en Salud

Los estudios revisados a partir de este dominio, analizan el aporte de los seguros privados a la Cobertura Universal en Salud (CUS) y se pueden organizar a través de las siguientes categorías de observación.

a) SPVS en sistemas públicos con acceso universal

Los efectos sobre la equidad en el financiamiento y el acceso pueden ser positivos o negativos según el formato y la función del SPVS. Si bien los países en desarrollo enfrentan grandes desafíos para lograr el objetivo de la atención de salud universal, el SPVS está desempeñando un papel en muchos sistemas emergentes y es probable que se desarrollen aún más en el futuro bajo una combinación de arreglos financieros³.

Un conjunto de estudios plantea que se podría reducir el riesgo en momentos de crisis sanitaria y eventualmente mejorar la cobertura financiera de las personas, siempre y cuando, se logre superar ciertas precondiciones estructurales. Por ejemplo, estudios en África y Asia, demuestran un aumento en el uso de prestaciones médicas y una mejor protección financiera entre quienes contratan un seguro. Estos estudios exponen algunas dificultades que deben atenderse; el riesgo de mantenerse al margen de sistema, el traspaso de los escasos recursos públicos a subsidios privados, la deserción de los asegurados, la precariedad de los sistemas de registro (sin los cuales no se puede estimar demanda, brecha, valor de prima, entre otros estimadores necesarios) y la debilidad institucional de la gobernanza de los sistemas de salud.

En países de ingresos medio y alto el SPVS tiende a aumentar el acceso y el uso de los servicios de salud. Puede desempeñar un papel de protección financiera para los suscriptores más pobres, evitando que caigan en la pobreza. También puede desempeñar una importante función de reserva de valor en economías con alta inflación. Sin embargo, es necesario que las aseguradoras reenfoquen los modelos de coordinación con el sistema público y tengan un enfoque activo para comprar y contratar servicios para sus clientes, el seguro de salud voluntario puede tener un efecto positivo en la calidad y eficiencia de los proveedores de servicios de salud. Sin embargo, la compra activa y los modelos preventivos de los asegurados han tardado en desarrollarse en los mercados de los SPVS (27–32).

b) SPVS como consecuencia de exclusión y desigualdad social

El seguro de salud privado puede ofrecer mayor cobertura y aumentar a corto plazo la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, el seguro de salud privado no concentra sus esfuerzos en la protección financiera y necesidades de salud de las personas más pobres de sistema. En países de bajos ingresos no existen suficientes ingresos de impuestos que permitan el financiamiento para una cobertura integral a través de un seguro obligatorio, en gran medida estos dependen de la atención médica, que generalmente es con cargo al usuario y los alcances regulatorios y normativos tensionan los sistemas políticos por las demandas sociales. Según estudios en América del Sur, los resultados refuerzan la idea de que los elementos organizativos de los planes de salud privados afectan especialmente a los grupos más propensos a utilizar los planes de salud. Muchos países no han prestado suficiente atención al rol potencialmente riesgoso del SPVS para el progreso equitativo hacia la CUS. Los mercados de SPVS en expansión conllevan el riesgo de aumentar la

³ Los países de bajos ingresos dependen de ayuda exterior para la atención de salud, dadas las proyecciones mundiales de crecimiento actual, tendrán que hacerlo durante años, si no décadas futuras. "Barış, Enis et col (2022) "Reimagining Primary Health Care After COVID-19". World Bank

fragmentación y las desigualdades. Para evitar esto, las estrategias de financiación de la salud deben ser claras en cuanto al papel que se le otorga al SPVS en el camino hacia la Cobertura Universal en Salud (22,23,33–39).

c) La regulación de los SPVS para alcanzar Cobertura Universal en Salud

Si la oferta de los proveedores de seguros es bien administrada y debidamente regulada, el SPVS podría alcanzar un potencial para aumentar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud personales para la población.

La regulación es un elemento relevante para alcanzar la CUS, en este ámbito algunos estudios concluyeron que el acceso universal solo puede incorporar a los SPVS a través del desarrollo de un mercado competitivo de seguros de salud, si este mercado está efectivamente regulado y los subsidios cruzados obligatorios se hacen cumplir de manera efectiva, las posibilidades de organizar el sistema para alcanzar la cobertura universal son mayores. Por ejemplo, la ausencia de regulación se expresa en América del Sur, donde encontramos casos de cobertura duplicada, entre el seguro privado y el mercado de planes que opera de manera suplementaria, así las personas, pueden acceder a la misma prestación indistintamente de su seguro suplementario o su aseguramiento base. La regulación parece ser laxa en el conjunto de países con problemas de agencia de las aseguradoras(39,40).

d) Los aportes del Seguro Privado Voluntario de Salud para la Cobertura Universal en Salud

El funcionamiento de esquemas que incorporen el SPVS puede, a través de la creación de sistemas de ahorro o reservas, reorientar recursos a proyectos de innovación y desarrollo en salud, liberando al sistema público de inversiones y financiamiento de intervenciones sanitarias de bajo impacto poblacional.

También los SPVS pueden cubrir los gastos de salud no incluidos en el sistema público de salud, como un factor protector para un conjunto importante de la población. Dado que ningún sistema orientado a la CUS está libre de desigualdades en salud: existe un efecto potencial de la falta de seguros privados voluntarios y gastos de bolsillo sobre la mortalidad y la salud. Estudios plantean que reducir el gasto de bolsillo y desarrollar un seguro privado voluntario puede proteger contra enfermedades y muertes prematuras (41–43).

Experiencias de los SPVS

Los estudios revisados a partir de este dominio describen experiencias, problematizan y evalúan el desempeño de los SPVS en materia de cobertura y acceso. Este dominio se puede organizar a través de las siguientes categorías.

a) Caracterización de las personas que toman Seguro Privado Voluntario de Salud

La adquisición de un seguro voluntario esta mediado por variables económicas, socioculturales, demográficas y estructurales que se entrelazan. Las motivaciones han sido descritas por la población contratante en algunos estudios incluidos en la presente revisión. La aceptación de un SPVS depende de muchos factores que incluyen la composición y el desempeño del sistema de atención médica pública, factores socioeconómicos como ingresos, educación y edad e incentivos del estado.

La autoevaluación de las personas influye en la decisión de comprar un seguro privado voluntario de salud de dos maneras: una directa, donde una mejor salud reduce las probabilidades de tener un seguro, y una indirecta a través de la asunción de riesgos. Así,

las personas que declaran ser audaces tienen más probabilidades de haber contratado un seguro privado voluntario de salud.

En Países de ingresos medios y bajos se estima que existe una comprensión conceptual limitada sobre los SPVS. Las personas con posibilidades de contratar un seguro mantienen una falta de conocimiento sobre estos seguros de salud, lo que limita la compra de planes o su inclusión en las decisiones de inversión financiera de los hogares. En países latinoamericanos, la edad, el acceso a tecnología y la bancarización son determinantes para la contratación de seguros.

Finalmente, existe consenso sobre los determinantes que son el tipo de trabajo, el sector de empleo y sus ingresos, para la adopción de un SPVS (30,31,44–48)

c) Los efectos del riesgo moral y la selección adversa sobre el costo de las personas

El Seguro Privado Voluntario de Salud, como todas las formas de seguro de salud, corre el riesgo de inducir riesgo moral a medida que los consumidores y los proveedores cambian su comportamiento en presencia del seguro. Las compañías de seguros de salud integran como parte de su modelo de negocio la selección, lo que limita el desarrollo de mercados exitosos. Estudios plantean que la selección adversa hará que clientes de menores riesgos abandonen el mercado, creando condiciones inestables del mercado. La selección adversa es un problema menor cuando los riesgos se distribuyen de manera uniforme en una población, siempre y cuando el plan ofertado sea coherente y con costos asequibles.

Artículos señalan que, existiendo el seguro básico universal patrocinado por el gobierno, este debería cubrir los tratamientos con los mayores problemas de selección adversa. No los tratamientos de menores costos, bajo cualquier modalidad, lo que estimularía la acción de seguros complementarios que son excluidos del plan básico de las personas y por sus características podrían desarrollar volúmenes que bien regulados podrían disminuir el gasto de bolsillo.

Las personas con seguro suplementarios no son más riesgosas que el conjunto de los afiliados. Si son personas que están comprando cobertura suplementaria con información privada sobre su riesgo. Así la función del financiador es establecer una correlación virtuosa entre el tamaño del grupo de riesgo, el mecanismo de compensación y las coberturas financieras correspondiente(49–51)

d) Las coberturas financieras del Seguro Privado Voluntario de Salud

Las coberturas financieras efectivas, entregadas por los seguros de salud a la población beneficiaria, dependerá del enfoque rector del sistema y un conjunto de variables desarrolladas en la presente revisión. En muchos países, por ejemplo, el objetivo ha sido más bien ampliar la cobertura pública de la asistencia sanitaria (EE.UU.) o aumentar la regulación estatal de los sistemas de mercado (Países Bajos). En países nórdicos los SPVS todavía juegan un papel menor en los estados de bienestar, el crecimiento de estos mercados representa una tendencia contraria interesante en los desarrollos globales. Resultados demostraron que las personas con un seguro de salud privado utilizan menos el sistema de salud público que las personas sin doble cobertura de seguro de salud.

Un conjunto de artículos plantea la existencia de un mejor acceso de los usuarios a las prestaciones de salud. Sin embargo, otro grupo plantea que el aporte de un seguro privado que complementa al público posee modesta evidencia, y afirman que muchas personas con seguro, igual utilizan servicios con pago directo (principalmente para servicios dentales).

Dentro de los desafíos planteados en la revisión, es recurrente un abordaje inconcluso que despeje cuales serían los aportes concretos de cobertura de un seguro médico privado para reducir listas de espera y aumentar las expectativas no médicas (satisfacción usuaria) que a la larga no introduzca mecanismos indeseados de segmentación y exclusión de la población.

Todo lo anterior, alerta sobre la constante hipótesis del mejoramiento en la cobertura financiera a través de los seguros privados de salud, que tendría como consecuencia la reducción del gasto de bolsillo. Dado que, este supuesto de externalidades positivas requiere un conjunto de precondiciones básicas para evitar y corregir las fallas de mercado descritas en esta revisión(52–56).

e) Modelos preventivos SPVS

Los cambios demográficos y epidemiológicos en el mundo hacen necesario que las políticas de fomento de estilo de vida saludable y el control periódico de la población, sean incorporados en el modelo de negocios de las aseguradoras de salud. La mayoría de las compañías de seguros de salud carecen de sistemas de evaluación de los programas de medicina preventiva. La evidencia sobre la evaluación de medicina preventiva se centra en el control de ingresos hospitalarios, la reducción de costos, el uso del plan de seguro de salud, la evaluación de la calidad de vida mediante la aplicación de cuestionarios, la variación de las pérdidas de cartera, entre otros.

El mercado de los seguros requiere el desarrollo de estrategias para la obtención de resultados sanitarios orientados a la población y evitar la complejización de los problemas de salud de sus afiliados(49,57–59).

f) Tensión del rol rector en la política gubernamental

Las características sobre el rol rector en el sistema de financiamiento de los países están en permanente discusión, ya sea, por el aumento sostenido del gasto de salud en las últimas décadas, como por el financiamiento para la CUS.

En la presente revisión, algunos artículos plantean que, para asegurar la protección de los beneficiarios, puede estar justificado aumentar el alcance de la regulación y ajustarla a la naturaleza de los servicios cubiertos. Entonces, es necesario un rol de atribuciones gubernamentales, ya sea a nivel de estructura institucional, como de carácter normativo.

Esto puede intervenir desde definir entre coberturas esenciales y no esenciales, implementación de las medidas regulatorias más adecuadas (como un umbral de tasa de pérdidas médicas, limitación de los servicios cubiertos y ajustar los modelos actuariales al comportamiento de los beneficiarios), hasta implementar modelos proactivos de fiscalización financiera y clínica, que eviten el colapso de insolvencia y de ineficiencia en las prestaciones de los afiliados.

Sobre los seguros cuyo fin es la complementación o sustitución del paquete público base, los estudios revisados poseen posiciones contrapuestas sobre incentivos financieros gubernamentales para la adquisición de SPVS, ya sea, a través de subsidios o exenciones tributarias(39,40,60–63).

La Organización de los SPVS

Los estudios revisados a partir de este dominio describen elementos existentes en la estructura y el funcionamiento de los tipos de SPVS y dan cuenta de las clasificaciones que se han realizado a través de artículos seminales y compilaciones de documentos técnicos de organismos multilaterales. Este dominio se puede organizar a través de las siguientes categorías.

a) El rol de los seguros complementarios y suplementarios de salud

La naturaleza voluntaria del seguro de salud no es condición *sine qua non* para ser privado. Es conocido el hecho en la literatura que los SPVS pueden ser proporcionados por varios tipos de organizaciones, **incluidas compañías de seguros comerciales y fundaciones sin fines de lucro, empresas que administran sus propios arreglos de seguros para sus empleados y organizaciones no gubernamentales**. Esta distinción previa permite identificar algunos elementos descritos en la presente revisión sobre la estructura y funcionamiento de los SPVS.

Los SPVS según la OCDE, Banco Mundial y OMS, por sus características, pueden organizarse en sustitutivos, complementarios y suplementarios, dependiendo del tipo de cobertura financiera otorgada (tal como se aprecia en la tabla 1 del marco teórico).

Los seguros más descritos en esta revisión son los seguros privados de tipo complementario y suplementario. Los seguros complementarios, están diferenciados por su mecanismo de cobro (pago por uso) y servicios (prestaciones excluidas). Estos tipos de seguros son descritos como mecanismos de financiamiento que incentivan la utilización de prestaciones ambulatorias y de hospitalización. Lo anterior, provoca un aumento en el gasto de los países y un deterioro continuo de los sistemas públicos de salud. Estudios plantean que el uso de los seguros complementarios (bien reglamentados y alineados con la cobertura universal) permiten mejorar el acceso de la población en general. **Los seguros de tipo suplementario poseen más cuestionamiento en los artículos revisados, estudios demuestran que benefician a las personas que los suscriben, pero fragmentan los grupos poblacionales, dado que refuerzan un sistema de dos clases, uno mejorado con seguro y otro desmejorado sin seguro; uno con atención priorizada y el otro para el público en general. El desarrollo de este tipo de seguros incentiva conductas irreversibles que atentan contra los sistemas de salud que buscan la cobertura universal. Una de estas consecuencias nocivas descritas en los estudios es la migración de especialistas desde el sistema público al privado (50–52,61,64).**

b) La focalización de SPVS

Los cambios demográficos y epidemiológicos de los países son una constante para el diseño de los sistemas de salud. La respuesta de la industria de seguros ha sido más lenta que las transformaciones sociales. Por ejemplo, los seguros de cobertura universal no dan cuenta de los cambios vertiginosos del envejecimiento poblacional. Estudios demuestran que el seguro privado de salud genera beneficios asistenciales especialmente entre los adultos mayores y las personas de bajos ingresos, aunque la tasa de cobertura para estos grupos es modesta. Otros enfoques, plantean que son útiles para mejorar las coberturas de aseguramiento a grupos vulnerables de manera complementaria, sin embargo, este tipo de funcionamiento del sistema está determinado por subsidios cruzados, subsidios estatales o exenciones tributarias(34,65–67).

c) La administración del riesgo en los SPVS

i. Duplicación del aseguramiento

El costo de las actividades de salud se ha incrementado velozmente en los últimos años. Independiente de su financiamiento, sea público, privado o del bolsillo de las personas el poder administrar el gasto en salud es un objetivo intrínseco de los sistemas de salud.

El asistir con dos o más mecanismos de aseguramiento se considera ineficiencia asignativa en un conjunto de artículos de la presente revisión. La generalización de los diversos mecanismos ex ante de la demanda no presenta mayor complejidad para modelar su efecto del uso de SPVS complementarios y suplementarios. Sin embargo, el efecto del Seguro Privado duplicado es más complejo. Una aproximación sugiere que planes de seguro privado pueden desplazar a los programas de seguros público de salud. Especialmente cuando la cobertura duplica los servicios de atención proporcionados por el sistema público. Sin embargo, varios investigadores han argumentado que la expansión del seguro de salud público puede ayudar a impulsar mejores coberturas de SPVS, siempre y cuando las prestaciones no estén replicadas en los planes públicos. Además, plantean que las coberturas deben ser distribuidas integralmente entre el plan básico de salud y el modelo de complemento(68–73).

ii. Las estrategias para uso de deducible

Una de las estrategias para contrarrestar el riesgo moral en los seguros de salud es la utilización de deducibles voluntarios para los afiliados. Aunque las experiencias descritas en esta revisión sobre la utilización de deducibles son bajas. Los artículos revisados plantean que, si se toman medidas de contención, es necesario tener presente algunas consideraciones en su implementación, tales como: los factores de decisión de las personas, el desempeño sobre el gasto total, el equilibrio entre el gasto de bolsillo y la prima.

Se plantea que existen ventajas en ciertos grupos de población, donde la rentabilidad aumenta por sobre otros grupos. Si el uso del deducible se viabilizara para la contención del riesgo moral, es necesario como estrategia aumentar el número de asegurados que optan por un deducible, esto se podría lograr mejorando la información sobre la oferta o introduciendo deducibles variables o desplazados (*Shifted deductible*). Los deducibles estándares descritos poseen como obstáculo el uso limitado de eventos para su consumo total. Por el contrario, los deducibles variables o desplazados no tienen este efecto, dado que, las personas aseguradas no agotan su deducible tan rápidamente. Esto, a su vez, desacelera su consumo de atención médica durante un período más largo. Según investigaciones esto impacta positivamente en el gasto de bolsillo, aunque otras señalan, que el efecto es pequeño. También estudios anteriores a esta revisión demostraron que, para un modelo de prima con amplia gama de montos deducibles, la reducción de una prima actuarialmente justa excede el deducible(74–77).

iii. La reorganización a un Fondo Nacional Único

La literatura describe la gestión del riesgo como un componente fundamental en el financiamiento de la atención de salud. Se puede observar en mercados segmentados y de débil regulación que los valores de las primas cobradas por las aseguradoras privadas se construyen sobre la estimación del riesgo individual. Por ello, en la presente revisión se describe como opción estructural, eliminar el riesgo a través de la reorganización del sistema hacia un fondo único, con instrumentos de primas solidarias. De esta forma se lograría mitigar la selección del riesgo a través de criterios solidarios.

El SPVS conlleva costos administrativos mucho más altos que los esquemas obligatorios en todos los países. Entre los regímenes obligatorios, los pagadores múltiples muestran un gasto administrativo significativamente mayor que los pagadores únicos. Las diferencias entre países van desde el 1,3% del gasto en salud en Islandia hasta el 8,3% en los Estados Unidos(42,78–80).

En la tabla 5, se detalla el conjunto de categorías recogidas en los estudios de la presente revisión que resumen el análisis narrativo-sintético.

Tabla 5: Resumen Análisis narrativo-sintético

Dominios	Categorías
Acceso Universal en Salud	Seguros privados de salud en sistemas públicos con acceso universal
	SPVS como síntomas de exclusión y desigualdad social
	La regulación de los seguros privados de salud para alcanzar Cobertura Universal en Salud
	Los aportes del Seguro Privado Voluntario de Salud para la Cobertura Universal en Salud
Experiencias de los SPVS	Caracterización de las personas que toman Seguro Privado Voluntario de Salud
	Los efectos del riesgo moral y la selección adversa sobre el costo de las personas
	Las coberturas financieras del seguro privado de salud
	Modelos preventivos SPVS
La Organización de los SPVS	Tensión del rol rector en la política gubernamental
	El rol de los seguros complementarios y suplementarios de salud
	La focalización de SPVS
	La administración del riesgo en los SPVS <ul style="list-style-type: none"> a) Duplicación del aseguramiento b) Las estrategias para uso de deducible c) La reorganización a un Fondo Nacional Único

Fuente: Elaboración propia



Discusión

La solidaridad en el cuidado de la salud no está definida racionalmente por el precio, los esquemas de financiamiento en salud, son escenarios de una tensión constante entre eficiencia y equidad de los sistemas de salud: situación que no se ha resuelto a pesar de los diversos esfuerzos de los países (7)

La desfinanciación y empobrecimiento por complicaciones de salud es un problema sistémico (nivel país) e impacta directamente a las personas. Los SPVS son parte de la heterogeneidad de fuentes para el financiamiento de los sistemas de salud. La literatura es consistente en entregarle una función en la financiación de los sistemas. Los modelos de organización de los sistemas en la actualidad son una combinación de modelos clásicos de protección social (Bismarck y Beveridge) y modelos de competencia administrada. En los últimos años, esta mixtura y heterogeneidad de arreglos sociales fomentaron el crecimiento y desarrollo de los SPVS en países de ingresos altos, medios y bajos en todas partes del mundo(81).

La complejidad sistémica para regular mercados en salud se evidencia en la respuesta de los usuarios de los sistemas de salud, quienes durante las últimas décadas perciben un empeoramiento en la atención y desmedro en sus coberturas financieras (14,15). Una corrección global a los problemas de la población en salud está planteada en la agenda 2030 de Naciones Unidas, esta agenda declara la necesidad de promover estrategias y soluciones para llegar a la CUS, esto, con el fin de contrarrestar las desigualdades evitables, injustas, e innecesarias en materias de salud.

Aportes posibles del Seguro Privado Voluntario de Salud para la Cobertura Universal de Salud

Si revisamos el rol de los SPVS para lograr los objetivos de cobertura universal planteados en la agenda 2030 es necesario detenernos en los efectos provocados sobre la equidad y el acceso. Estos efectos pueden ser positivos o negativos según un conjunto de condiciones previas en la organización de su funcionamiento y en los incentivos económicos que persigan. Si las reglas del juego son laxas, las posibilidades de corrupción del sistema son altas. Por ejemplo, la participación solo de privados con fines de lucro potencia los incentivos de rentabilidad financiera y la acumulación de riquezas, por consiguiente, aumenta los riesgos de caer en fallas del mercado de salud como la selección de riesgo y la segmentación. El seguro de salud privado puede ofrecer mayor cobertura y aumentar al corto plazo la satisfacción de los usuarios. Sin embargo, un gran conjunto de la población mundial no cuenta con capacidades económicas para la adquisición de SPVS. Muchos países no han prestado suficiente atención al rol potencialmente riesgoso del SPVS para el progreso equitativo hacia la CUS. Los mercados de SPVS en expansión conllevan el riesgo de aumentar la fragmentación, la exclusión y la desigualdad (22,23,33,35–38).

Por consiguiente, las estrategias de financiación deben ser claras en cuanto al papel que se le otorga al SPVS en el camino hacia la CUS. Si la oferta de los proveedores de seguros es bien administrada y debidamente regulada, el SPVS podría alcanzar un potencial para aumentar la accesibilidad, la calidad y la eficiencia de los servicios de salud personales para un conjunto de la población. La literatura es contundente en ejemplos y experiencias sobre la importancia de los mercados regulados para alcanzar la CUS. El acceso universal solo puede incorporar a SPVS a través del desarrollo de un mercado competitivo de seguros de salud, si este mercado está efectivamente regulado y los subsidios cruzados obligatorios se hacen cumplir de manera efectiva, las posibilidades de organizar el sistema para alcanzar la cobertura universal son mayores (39,40,82).

Por otro lado, autores plantean que mejores regulaciones y una mayor variedad de agentes (sin fines de lucro y estatales) potenciaría el mercado de los SPVS.

Situación que tendría un conjunto de resultados positivos para la población en materias de acceso a la salud, daños catastróficos de las personas, mejor financiamiento público, entre otras externalidades económicas que contribuirían a la CUS(27,28,30,31,41–43)).

Consideraciones sobre las experiencias de los SPVS

Al observar los diversos tipos de experiencias en la recaudación y financiamiento que cumplen los SPVS es necesario revisar algunas consideraciones que emergen de estas experiencias.

La contratación de un SPVS está condicionada por un conjunto de factores psicológicos, económicos, sociales y culturales. Para mejorar la composición de la oferta del mercado de seguros es necesario comprender las características de las personas que adquieren seguros, dado que, existen barreras de comprensión importantes para la adquisición de un seguro. Este problema de incompreensión se extiende a la adquisición y al mal uso de los seguros. Lo anterior, provoca prácticas de deserción, evasión y no uso de los seguros, situación que no contribuye a mejorar los sistemas. La literatura demuestra que son modestos los esfuerzos por mejorar el nivel de comprensión de las personas respecto del uso y adquisición de los SPVS (30,31,44–48,83).

Una de las barreras descritas en la teoría económica de los seguros, dice relación con manejo y administración del riesgo de los usuarios, ya sea, la información privilegiada, la mala utilización y el sobre consumo (Riesgo Moral) o el descreme o elección de cartera (selección adversa). La primera es abordable con diferentes estrategias, tales como contención de uso ambulatorio por derivación de nivel primario, uso de deducibles y bonificaciones parciales. La segunda es un problema menor cuando los riesgos se distribuyen de manera uniforme en una población, siempre y cuando el plan ofertado sea coherente y de costos asequibles. El modelo de mejor evidencia para corregir estos problemas, plantea la existencia de un seguro básico universal patrocinado por el gobierno, donde se entreguen coberturas a los tratamientos con mayores problemas de selección adversa y en **aquellos tratamientos de menores costos sean cubiertos bajo modalidad complementaria o suplementaria por seguros, en una modalidad variable, con o sin fines de lucro, públicos o privados**. Esto estimularía a desarrollar volúmenes de seguros que bien regulados podrían disminuir el gasto de bolsillo(49–51).

Otra experiencia relevante dice relación con las reales coberturas financieras otorgadas por los seguros de salud. La literatura nos entrega visiones enfrentadas respecto de las coberturas efectivas de los SVPS. Por un lado, se plantea la existencia de un mejor acceso y mejores coberturas de los usuarios a las prestaciones de salud. Sin embargo, otro grupo plantea que el aporte de un seguro privado que complementa al público posee modesta evidencia. La evidencia nos muestra que promover un seguro médico privado en países de ingresos altos reduciría las listas de espera y aumentaría la autopercepción (expectativa no médica o satisfacción usuaria) y en países de ingresos medio y bajo esta evidencia no es concluyente(52–54,56,73,84).

El modelo de organización de los seguros privados de salud es distante al fomento de estilo de vida saludable y el control periódico de la población. La evidencia sobre la evaluación de medicina preventiva se centra en el control de ingresos hospitalarios, la reducción de costos, el uso del plan de seguro de salud, la evaluación de la calidad de vida mediante la aplicación de cuestionarios, la variación de las pérdidas de cartera, etc.(49,57,58).

Por último, la evidencia sobre el rol rector en el sistema es contundente. Para asegurar la protección en salud, se debe avanzar en definiciones estructurales y sistémicas para el acceso de las personas a atención de salud. Estos procesos deben construirse desde la demanda de la población, estimando cuales serían las brechas de cobertura necesaria, lo

que constituye una base mínima en la atención y la protección financiero. Esta condición previa es fundamental para definir la oferta, sea mixta, pública o privada(39,40,60,61).

Revisión de elementos en la Organización de los SPVS

La literatura revisada plantea que los seguros voluntarios son proporcionados por varios tipos de organizaciones (**públicas, privadas, con o sin fines de lucro**) y por sus características se pueden clasificar en sustitutivos, complementarios y suplementarios dependiendo del tipo de cobertura financiera otorgada (3,6,85,86).

Los hallazgos describen como urgente observar la organización y desempeño de los seguros de tipo suplementario, dado que son proclives a fragmentar a los grupos poblacionales, reforzando la percepción de sistemas con dos clases diferentes no integradas, uno mejorado con seguro y otro desmejorado sin seguro, uno con atención priorizada y el otro para el público en general. Otro elemento vital, es el incentivo en la regulación profesional para evitar la migración (sin retorno) de especialistas desde el sistema público al privado (50–52,62,64).

Otro elemento de la organización que parece necesario relevar, es la necesidad de seguros que se hagan cargo de los cambios vertiginosos del envejecimiento poblacional y del nuevo perfil epidemiológico de la población. Lo anterior, como una alternativa para mejorar los sistemas de atención y de cuidados de largo plazo, esto podría ampliarse a grupos de mayor vulnerabilidad de manera complementaria, sin embargo, este tipo de funcionamiento está mediado por el uso de instrumentos, tales como, subsidios cruzados, subsidios estatales y/o exenciones tributarias (34,65–67).

La administración del riesgo, desde la estructura y organización de los seguros, es una función fundamental. Para ello es necesario evitar fallos como la duplicación del aseguramiento y sus consecuencias de ineficiencia económicas, lo que requiere modelos de organización de los procesos de financiamiento y la construcción de planes de salud adaptados a las necesidades de la población (68,70–72).

Los usos de las herramientas de contención del gasto son altamente descritos en la literatura, sin embargo, se han desarrollado menos en países de ingresos medio y bajo. Esto dice relación con las debilidades institucionales, las cuales se expresan en las agendas políticas locales, tales como problemas de gobernanza y registros, precariedad laboral, limitaciones normativas y condiciones sociales y económicas de la población (74–77)

Por último, es necesario, **circunscribir la discusión sobre la contribución de los SPVS a la estrategia de CUS**. De los modelos planteados en la literatura se desprende la existencia de precondiciones básicas para el buen funcionamiento de una red de apoyo de SPVS a los sistemas públicos de salud (42,78–80)

- a) La función de rectoría sanitaria debe sobreponerse a las presiones del mercado.
- b) La eficiencia técnica, política y asignativa estará definida por el acceso a la salud de la población con cobertura financiera.
- c) Se debe establecer la construcción de un modelo de plan de salud y la red de apoyos complementarios (seguros) desde la demanda de la población, estableciendo las brechas sanitarias y ajustando el riesgo poblacional.
- d) Los instrumentos de control y evaluación deben tener una institucionalidad fuerte y sancionatoria para los agentes y la población.
- e) Los modelos deben centrar su núcleo de interés en el control de la población sana y en la prevención de la población en general.
- f) Los modelos deben integrar los agentes públicos y privados, con y sin fines de lucro, a fin de evitar la parcelación y segmentación de la población.
- g) En países de ingresos medio y bajo los SVS se deben organizar en integración con un fondo nacional único como eje de la financiación.

Conclusiones

- Los sistemas de salud poseen una serie de problemas para poder financiar modelos de atención inspirados en la Cobertura Universal de Salud desde una sola fuente de financiamiento, por lo que los SPVS son necesarios y útiles para alcanzar la Cobertura Universal en Salud, siempre y cuando estén regulados y sean parte de un sistema integrado. De lo contrario, son fuentes de exclusión y segmentación de la población.
- La rectoría de los sistemas de salud debe avanzar hacia modelos de financiamiento y esquemas de recaudación contruidos desde la demanda poblacional y no desde la oferta posible del sistema. Por lo que se recomienda trabajar en la estimación de brechas del sistema, las cuales, aunque tensionen a los gobiernos son necesarias para planificaciones sanitarias de largo y mediano plazo. También, los sistemas deben transparentar la distribución del gasto en salud y es imprescindible que la población esté informada sobre la estructura del financiamiento en salud.
- La implementación de modelos de aseguramiento complementario y suplementario debe considerar los efectos negativos descritos en la discusión de esta revisión, como por ejemplo la segmentación, la migración de médicos especialistas, los riesgos de selección, el desfinanciamiento del sistema, entre otros.
- Amplia evidencia sostiene que la mejor posibilidad de alcanzar la Cobertura Universal en Salud para países de ingresos medios y bajos es a través de un fondo nacional único como eje de la financiación, el cual debe subsistir bajo regulaciones claras en un sistema virtuoso de interrelación con el sector privado.

Referencias

1. WHO. Informe sobre la salud en el mundo 2000: mejorar el desempeño de los sistemas de salud [Internet]. Ginebra PP - Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2000. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/84394>
2. Kutzin J. A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy (New York)*. 2001 Jun;56:171–204.
3. The World Bank. Private Voluntary Health Insurance in Development. World Bank. Preker AS, Scheffler RM, Bassett MC, editors. The World Bank; 2006.
4. Jowett M, Kutzin J. Raising revenues for health in support of UHC: strategic issues for policy makers. World Health Organization. 2015. Report No.: health Financing Policy Brief 1.
5. Colombo F, Tapay N. Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems. Paris ; 2004. (No 15).
6. Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). Proposal for a Taxonomy of Health Insurance. 2004 Jun.
7. Cutler DM. Equality, Efficiency, and Market Fundamentals: The Dynamics of International Medical-Care Reform. *J Econ Lit [Internet]*. 2002;40(3):881–906. Available from: <https://www.aeaweb.org/articles?id=10.1257/002205102760273814>
8. Wiley M. From the origins of DRGs to their implementation in the Europa. In: *Diagnosis-Related Groups in Europe*. The MacGraw-Hill. 2011. p. 3–8.
9. Burau V, Blank RH. Comparing health policy: An assessment of typologies of health systems. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice [Internet]*. 2006;8(1):63–76. Available from: <https://doi.org/10.1080/13876980500513558>
10. Enthoven A. Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance - A.C. Enthoven - Google Libros [Internet]. Amsterdam: Elsevier Science; 1988. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=dSDFAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=enthoven+health+care&ots=yF5QEusyhm&sig=D79qx1zicpol0GE27wuyMDDyecU#v=onepage&q=enthoven%20health%20care&f=false>
11. Enthoven AC. Health plan : the practical solution to the soaring cost of medical care. 2002;196.
12. Enthoven AC. Consumer-Choice Health Plan. *New England Journal of Medicine*. 1978 Mar 23;298(12):650–8.
13. Baumgardner JR, Baumgardner, R. J. The Interaction between Forms of Insurance Contract and Types of Technical Change in Medical Care. *RAND Journal of Economics [Internet]*. 1991 [cited 2022 Nov 20];22(1):36–53. Available from: <https://EconPapers.repec.org/RePEc:rje:randje:v:22:y:1991:i:spring:p:36-53>
14. Olivares-Tirado P, Zanga R. Waste in Health Expenditure: An Exploratory Systematic Review. Santiago, Chile; 2022 Feb.
15. Wilkinson R, Pickett K. *The Spirit Level: Why Greater Equality Makes Societies Stronger*. London: Allen Lane, editor. 2009.
16. World Health Organization. Public spending on health: a closer look at global trends. Geneve; 2018.
17. Preker AS, Adeyi OO, Lapetra MG, Simon DC, Keuffel E. Health Care Expenditures Associated With Pollution: Exploratory Methods and Findings. *Ann Glob Health*. 2016;82(5):711–21.

18. Kutzin J. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013 Aug 1;91(8):602–11.
19. Kwon S. Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy Plan.* 2008 Nov 12;24(1):63–71.
20. Gottret P, Schieber G, Waters HR. Good Practices in Health Financing. *Good Practices in Health Financing.* 2008 Jun 30;
21. Maciej Serda, Becker FG, Cleary M, Team RM, Holtermann H, The D, et al. Priority setting for health: a literature review. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Uniwersytet śląski [Internet].* 2002 [cited 2023 Feb 3];7(1):343–54. Available from: <https://pure.york.ac.uk/portal/en/publications/priority-setting-for-health-a-literature-review>
22. Gertler PJ, Gaag J van der. The willingness to pay for medical care : evidence from two developing countries /. 1990;ix, 139 p. : Available from: <http://digitallibrary.un.org/record/70370>
23. Smith P. Provision of a Public Benefit Package along side Private Voluntary Health Insurance. In: Preker AS, Scheffler RM, Bassett MC, editors. *Private Voluntary Health Insurance in Development.* The World Bank; 2006.
24. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology: Theory and Practice [Internet].* 2005;8(1):19–32. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1364557032000119616>
25. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. Vol. 169, *Annals of Internal Medicine.* American College of Physicians; 2018. p. 467–73.
26. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc.* 2015 Sep;13(3):141–6.
27. Gaag J, Stimac V. How can we increase resources for health care in the developing world? Is (subsidized) voluntary health insurance the answer? *Health Econ.* 2012 Jan;21(1):55–61.
28. Godoy JA, Pavan G, Monteiro RT, Motta LS, Pacheco MA, Nogueira EL, et al. Satisfaction with care in a Brazilian psychiatric inpatient unit: differences in perceptions among patients according to type of health insurance. *Trends Psychiatry Psychother.* 2019 Mar;41(1):27–35.
29. Bonfrer I, van de Poel E, Gustafsson-Wright E, van Doorslaer E. Voluntary health insurance in Nigeria: Effects on takers and non-takers. *Soc Sci Med.* 2018 May;205:55–63.
30. Odeyemi I, Nixon. The role and uptake of private health insurance in different health care systems: are there lessons for developing countries? *ClinicoEconomics and Outcomes Research.* 2013 Mar;109.
31. Mahmood SS, Hanifi SMA, Mia MN, Chowdhury AH, Rahman M, Iqbal M, et al. Who enrolls in voluntary micro health insurance schemes in low-resource settings? Experience from a rural area in Bangladesh. *Glob Health Action.* 2018 Jan 5;11(1):1525039.
32. Al-Kaabi M. Qatar`s National Health Insurance Company (NHIC): What happened, and what shall be done to develop the current social health insurance law. *Journal of Legal, Ethical and Regulatory Issues (JLERI).* 2021 Jun;24:1–17.
33. Pettigrew LM, Mathauer I. Voluntary Health Insurance expenditure in low- and middle-income countries: Exploring trends during 1995–2012

- and policy implications for progress towards universal health coverage. *Int J Equity Health*. 2016 Dec 18;15(1):67.
34. Vieira Junior WM, Martins M. Idosos e planos de saúde no Brasil: análise das reclamações recebidas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar. *Cien Saude Colet*. 2015 Dec;20(12):3817–26.
 35. GODDARD M, HAUCK K, PREKER A, SMITH PC. Priority setting in health – a political economy perspective. *Health Econ Policy Law*. 2006 Jan 2;1(1):79–90.
 36. Pinilla J, López-Valcárcel BG. Income and wealth as determinants of voluntary private health insurance: empirical evidence in Spain, 2008–2014. *BMC Public Health*. 2020 Dec 19;20(1):1262.
 37. Nomikos N, Naoum P, Naoum V, Athanasakis K, Kyriopoulos J, Pavi E. Individuals' personal characteristics associated with private health insurance policy possession in Greece. *Int J Health Plann Manage*. 2022 Jan 30;37(1):361–71.
 38. Cunha CLF, Moreira JP de L, Oliveira BLCA de, Bahia L, Luiz RR. Planos privados de saúde e a saúde dos trabalhadores do Brasil. *Cien Saude Colet*. 2019 May;24(5):1959–70.
 39. Vonk RAA, Schut FT. Can universal access be achieved in a voluntary private health insurance market? Dutch private insurers caught between competing logics. *Health Econ Policy Law*. 2019 Jul 7;14(03):315–36.
 40. van de Ven WPMM, Beck K, Buchner F, Schokkaert E, Schut E, Shmueli A, et al. Preconditions for efficiency and affordability in competitive healthcare markets: Are they fulfilled in Belgium, Germany, Israel, the Netherlands and Switzerland? *Health Policy (New York)* [Internet]. 2013;109:226–45. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.01.002>
 41. Baggio S, Dupuis M, Wolff H, Bodenmann P. Associations of lack of voluntary private insurance and out-of-pocket expenditures with health inequalities. Evidence from an international longitudinal survey in countries with universal health coverage. *PLoS One*. 2018 Oct 9;13(10):e0204666.
 42. Gallegos E, Muñoz A. Protección financiera en salud: evolución y comparación del gasto de bolsillo de los hogares chilenos. *Rev Med Chil*. 2018 Jun;146(6):737–44.
 43. Jeon B, Kwon S. Effect of private health insurance on health care utilization in a universal public insurance system: A case of South Korea. *Health Policy (New York)*. 2013 Nov;113(1–2):69–76.
 44. Jiang Y, Ni W. Risk selection into supplemental private health insurance in China. *Health Econ Rev*. 2019 Dec 17;9(1):36.
 45. González Núñez JC, Mariné Osorio FJ. Un análisis econométrico de los seguros privados en la población urbana y rural en México. *Revista Galega de Economía*. 2021 Nov 9;1–19.
 46. Kullberg L, Blomqvist P, Winblad U. Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden. *Health Policy (New York)*. 2019 Aug;123(8):737–46.
 47. Mathur T, Das G, Gupta H. Examining the influence of health insurance literacy and perception on the people preference to purchase private voluntary health insurance. *Health Serv Manage Res*. 2018 Nov 15;31(4):218–32.
 48. Tavares AI, Marques I. Multi-layer health insurance coverage, medical services use and health in a Universal National Health System, the case of Portugal. *The European Journal of Health Economics*. 2021 Feb 27;22(1):141–53.
 49. Tavares AI. Health insurance and lifestyles. *Appl Econ*. 2014 Jun 3;46(16):1910–23.

50. Bauer JM, Schiller J, Schreckenberger C. Heterogeneous selection in the market for private supplemental dental insurance: evidence from Germany. *Empir Econ*. 2020 Jul 11;59(1):205–31.
51. Boone J. Basic versus supplementary health insurance: Access to care and the role of cost effectiveness. *J Health Econ*. 2018 Jul;60:53–74.
52. Aistov A, Aleksandrova E, Gerry CJ. Voluntary private health insurance, health-related behaviours and health outcomes: evidence from Russia. *The European Journal of Health Economics*. 2021 Mar 23;22(2):281–309.
53. Pilotto LM, Celeste RK. The relationship between private health plans and use of medical and dental health services in the Brazilian health system. *Cien Saude Colet*. 2019 Jul;24(7):2727–36.
54. Grigorakis N, Floros C, Tsangari H, Tsoukatos E. Out of pocket payments and social health insurance for private hospital care: Evidence from Greece. *Health Policy (New York)*. 2016 Aug;120(8):948–59.
55. Cantarero-Prieto D, Pascual-Sáez M, Gonzalez-Prieto N. Effect of having private health insurance on the use of health care services: the case of Spain. *BMC Health Serv Res*. 2017 Dec 13;17(1):716.
56. Tynkkynen LK, Alexandersen N, Kaarbøe O, Anell A, Lehto J, Vrangbæk K. Development of voluntary private health insurance in Nordic countries – An exploratory study on country-specific contextual factors. *Health Policy (New York)*. 2018 May;122(5):485–92.
57. Jiang Y, Ni W. Impact of supplementary private health insurance on hospitalization and physical examination in China. *China Economic Review*. 2020 Oct;63:101514.
58. Oliveira KRD de [UNIFESP]. O Cenário de Medicina Preventiva no Sistema de Saúde Suplementar. 2013 [cited 2023 Feb 4]; Available from: <https://repositorio.unifesp.br/handle/11600/23146>
59. Oliveira KRD de, Liberal MMC de, Zucchi P. Application of preventive medicine resources in the health insurance system. *Einstein (São Paulo)*. 2015 Dec;13(4):600–3.
60. Casabianca MS, Gallego JM, Góngora P, Rodríguez-Lesmes P. Price elasticity of demand for voluntary health insurance plans in Colombia. *BMC Health Serv Res*. 2022 Dec 9;22(1):618.
61. Bahia L, Scheffer M, Tavares LR, Braga IF. From health plan companies to international insurance companies: changes in the accumulation regime and repercussions on the healthcare system in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2016;32(suppl 2).
62. Bahia L. Punição preventiva para coibir negação de coberturas. *Revista de Direito Sanitário*. 2015 Jul 3;16(1):146.
63. Simon-Tuval T, Horev T, Kaplan G. Medical loss ratio as a potential regulatory tool in the Israeli healthcare system. *Isr J Health Policy Res*. 2015 Dec 1;4(1):21.
64. Bíró A. Supplementary private health insurance and health care utilization of people aged 50+. *Empir Econ [Internet]*. 2014 Mar 9 [cited 2023 Feb 4];46(2):501–24. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00181-013-0689-2>
65. Carvalho RRP, Fortes PAC, Garrafa V. Perspectiva bioética do modelo de assistência suplementar no Brasil. *Revista Bioética*. 2013;21.
66. Ko H. Moral hazard effects of supplemental private health insurance in Korea. *Soc Sci Med*. 2020 Nov;265:113325.
67. Hébert R. L'assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Can J Aging*. 2012 Mar 21;31(1):1–11.
68. Pita Barros P, Siciliani L. Public and Private Sector Interface. In 2011. p. 927–1001.

69. Culver AJ (Anthony J), Newhouse JP. Handbook of health economics. 2000;
70. Shore-Sheppard L, Buchmueller TC, Jensen GA. Medicaid and crowding out of private insurance: a re-examination using firm level data. *J Health Econ.* 2000 Jan; 19(1): 61–91.
71. Cutler DM, Gruber J. Does Public Insurance Crowd Out Private Insurance? *Q J Econ.* 1996 May 1; 111(2): 391–430.
72. Marenzi A, Rizzi D, Zanette M. Incentives for voluntary health insurance in a national health system: Evidence from Italy. *Health Policy (New York).* 2021 Jun; 125(6): 685–92.
73. Kullberg L, Blomqvist P, Winblad U. Does voluntary health insurance reduce the use of and the willingness to finance public health care in Sweden? *Health Econ Policy Law.* 2021 Mar 23; 1–18.
74. Cattel D, van Kleef RC, van Vliet RCJA. A method to simulate incentives for cost containment under various cost sharing designs: an application to a first-euro deductible and a doughnut hole. *The European Journal of Health Economics.* 2017 Nov 14; 18(8): 987–1000.
75. van Winssen KPM, van Kleef RC, van de Ven WPMM. Potential determinants of deductible uptake in health insurance: How to increase uptake in The Netherlands? *The European Journal of Health Economics.* 2016 Dec 27; 17(9): 1059–72.
76. Bakker FM, van Vliet RCJA, van de Ven WPMM. Deductibles in health insurance: can the actuarially fair premium reduction exceed the deductible? *Health Policy (New York).* 2000 Sep; 53(2): 123–41.
77. Remmerswaal M, Boone J, Bijlsma M, Douven R. Cost-sharing design matters: A comparison of the rebate and deductible in healthcare. *J Public Econ.* 2019 Feb; 170: 83–97.
78. Shrank WH, Rogstad TL, Parekh N. Waste in the US Health Care System. *JAMA.* 2019 Oct 15; 322(15): 1501.
79. Tseng P, Kaplan RS, Richman BD, Shah MA, Schulman KA. Administrative Costs Associated With Physician Billing and Insurance-Related Activities at an Academic Health Care System. *JAMA.* 2018 Feb 20; 319(7): 691.
80. Hagens LL, Klazinga NS, Mueller M, Morgan DJ, Jeurissen PPT. How and why do countries differ in their governance and financing-related administrative expenditure in health care? An analysis of OECD countries by health care system typology. *Int J Health Plann Manage.* 2018 Jan; 33(1): e263–78.
81. Rice Thomas. Health insurance systems: an international comparison. 2021;
82. Souza Júnior PRB de, Szwarcwald CL, Damacena GN, Stopa SR, Vieira MLFP, Almeida W da S de, et al. Cobertura de plano de saúde no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013 e 2019. *Cien Saude Colet.* 2021 Jun; 26(suppl 1): 2529–41.
83. Fang K, Jiang Y, Shia B, Ma S. Impact of illness and medical expenditure on household consumptions: a survey in western China. *PLoS One.* 2012; 7(12): e52928–e52928.
84. Cantarero-Prieto D, Pascual-Sáez M, Gonzalez-Prieto N. Effect of having private health insurance on the use of health care services: the case of Spain. *BMC Health Serv Res.* 2017 Dec 13; 17(1): 716.
85. Hammada B, Durst S. A taxonomy of knowledge risks for healthcare organizations. *VINE Journal of Information and Knowledge Management Systems.* 2022 Aug 1; 52(3): 354–72.
86. Matahuer I, Kutzin J. Voluntary health insurance: its potentials and limits in moving towards UHC. Geneva; 2018. (18). Report No.: 5.

Anexos

Anexo 1

Descriptores de búsqueda

Concept	Search terms
Private Voluntaria health insurenace	PubMed ((Voluntary Private Health Insurance) AND (healthcare systems) AND (2012:2022[pdat])) Scopus ("Voluntary Private Health Insurance" AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023) AND ("Voluntary Private Health Insurance") AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese"))) Web of Science (ALL=(Voluntary Private Health Insurance)) AND ALL=(healthcare systems) ("Voluntary Private Health Insurance" AND PUBYEAR > 2011 AND PUBYEAR < 2023) AND ("Voluntary Private Health Insurance") AND (LIMIT-TO (DOCTYPE , "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE , "re")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "Portuguese")))

Anexo 2

Experiencias de sistemas con seguros voluntarios de salud

PAIS	TIPO	a) PPS b) GTS	BENEFICIOS	COMENTARIOS
Alemania	Complementario y suplementario	a) 11% b) 1%	Copagos por atención dental y de otro tipo, tratamiento por parte del médico jefe en hospitales y habitaciones privadas en hospitales.	Un componente muy pequeño del sistema de Alemania
Países bajos	Complementario	a) 84% b) 6%	Cubre atención dental y de otro tipo, y costos de medicamentos por encima del monto cubierto por el sistema legal. No proporciona un acceso más rápido	Las aseguradoras pueden evaluar a los solicitantes y las tarifas no están reguladas. Por lo general, se compra a los proveedores de seguros obligatorios. SPVS no se utiliza para evitar listas de espera o aumentar la elección de proveedores.
Suecia	Suplementario	a) 5%-10% b) 1	Acceso más rápido a especialistas y tratamientos electivos.	Pagado por los empleadores.
Suiza	Complementario y suplementario	a) 7% b) 2%	Cubre los gastos no incluidos en los planes de seguro obligatorios, especialmente la atención dental, la libre elección de médico de hospital y las habitaciones privadas en los hospitales. También brinda cobertura para ciertos medicamentos y acceso más rápido a especialistas.	Las aseguradoras pueden evaluar a los solicitantes y rechazar la cobertura
Reino Unido	Complementario y suplementario	a) 11% b) 3%	Proporciona un acceso más rápido a los servicios electivos en los hospitales y la elección de proveedores privados y habitaciones privadas, Algunos planes cubren los costos de la atención dental.	Las aseguradoras pueden evaluar a los solicitantes y no cubrir condiciones preexistentes. Las primas están clasificadas por riesgo. En su mayoría pagado por los empleadores.

NOTA:

PPS: porcentaje de la población con seguro voluntario de salud

GTS: porcentaje del gasto de los SPVS representado en el total del gasto en salud

Fuente: Adaptado de Rice, T. (2022)