

FACULTAD LATINOAMERICANA DE CIENCIAS SOCIALES

FLACSO

PROGRAMA DE POLÍTICAS PÚBLICAS Y GESTIÓN HACIA LA
EFICIENCIA Y LA EQUIDAD

MAESTRÍA EN POLÍTICAS SOCIALES

**LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD
COMO ALTERNATIVAS PARA LA AMPLIACIÓN
DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD**

ESTUDIO DE CASO

“EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD”

AUTORA

DIANA ALMEIDA UBIDIA

DIRECTORA

Dra. NILDA VILLACRÉS

MD MPH PHD (c)

OCTUBRE, NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL 2003

QUITO - ECUADOR

ÍNDICE

CAPÍTULO I

- 1. DESLIMITANDO “EL CAMPO DE LA SALUD”.....7**
 1.1. Relación entre Salud y Poder.

CAPÍTULO II

- 2. DE LA POLÍTICA SOCIAL A LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD, PASANDO POR LOS SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD..... 13**
 2.1. ¿Qué es, y Quién es el responsable de su construcción?..... 13
 2.2. Del modelo residual al manejo social del riesgo..... 15
 2.3. Los sistemas de salud como espacios de expresión de los valores de la sociedad..... 17
 2.4. Los servicios de salud como espacios a través de los cuales se expresan estos valores..... 19
 2.5. Sistema de Salud Ecuatoriano..... 21
 2.6. Los Seguros Comunitarios de Salud como herramientas para el cumplimiento de las políticas públicas..... 23

CAPÍTULO III

- 3. EXCLUSIÓN EN SALUD DESDE LA PERSPECTIVA DE DERECHOS 26**
 3.1. Criterios de exclusión en salud..... 29
 3.2. La exclusión por cobertura..... 30
 3.3. Consideraciones cualitativas y cuantitativas de la exclusión y la pobreza.. 32
 3.4. La exclusión por barreras de acceso..... 34
 3.5. El Ecuador. Contexto macroeconómico de la pobreza 34

CAPÍTULO IV

4. LOS SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD. PERSPECTIVA MACRO Y MICROECONÓMICA. UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA EFICIENCIA Y LA EQUIDAD. EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEFENSORES Y DETRACTORES	45
4.1. Perspectiva macroeconómica.....	45
4.2. Los detractores. Consideraciones de eficiencia y equidad.....	45
4.3. Los defensores. Consideraciones de eficiencia y equidad.....	49
4.4. Perspectiva Microeconómica: Sistema de pago a los prestadores.....	51
4.5. La calidad en la prestación de los servicios.....	52
4.6. Copagos y sus efectos sobre la eficiencia y la equidad.....	53
4.7. Los medicamentos.....	55

CAPÍTULO V

5. ESTUDIO DE CASO: “EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD”.....	57
5.1. Aspectos generales.....	59
5.2. SU CONTRIBUCIÓN EN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EQUIDAD.....	62
5.2.1. Cambio en la cobertura de atención con respecto a una línea de base o variación de la demanda.....	62
5.2.2. Acciones tendientes a evitar la selección adversa.....	63
5.2.3. Presencia de Copagos.....	63
5.3. INCREMENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS.....	63
Percibida desde la demanda	
5.3.1. Encuestas de satisfacción de usuarios.....	64
5.3.2. Renovación de la afiliación.....	64
5.3.3. Proporción de la población que se encuentra al día en los pagos..	65
5.3.4. Evolución del conjunto de prestaciones desde el inicio del microseguro	65

Percibida desde la oferta	
5.3.5. Punto de vista de los gestores y administradores del sistema.....	67
5.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA.....	67
Sostenibilidad financiera	
5.4.1. Estudio de factibilidad financiera.....	67
5.4.2. Separación de funciones entre el seguro y los prestadores.....	68
5.4.3. Presencia de administradores de contabilidad.....	68
5.4.4. Establecimiento y costo de la prima con ajuste de riesgo.....	69
5.4.5. Reaseguro explícito.....	69
5.4.6. Aplicación de mecanismos para contención de costos.....	69
5.4.7. Plan de beneficios.....	70
5.4.8. Aplicación de mecanismos para contención de costos o copados.....	73
5.4.9. Costos técnicos y administrativos como porcentaje de los ingresos...	73
5.4.10. Costo Per Cápita de las prestaciones anuales otorgadas a los beneficiarios.....	73
5.4.11. Fondos de reserva	75
5.4.12. Mecanismos de pago a los prestadores.....	75
5.4.13. Selección de riesgos.....	75
5.4.14. Auditoría interna y Auditoría externa.....	75
5.4.15. Riesgo moral.....	76
5.4.16. Sistema informático.....	76
Sostenibilidad Institucional	
5.4.17. Propiedad.....	76
5.4.18. Asistencia técnica externa.....	76
5.4.19. Mecanismos de cobro de la prima.....	77
5.4.20. Documentación de la afiliación.....	77
5.4.21. Acciones de información al grupo destinatario.....	78
5.4.22. Aspectos legales y personería jurídica.....	78
5.5. CONTRIBUCIÓN A LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y DEMOCRATIZACIÓN	79
5.6. EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS.....	79
5.7. VINCULACIÓN DE LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS.....	80

CAPÍTULO VI

6. A MANERA DE CONCLUSIÓN. EL MICRO SEGURO SOLIDARIO DE SALUD EN EL CONTEXTO DE OTRAS EXPERIENCIAS DE MICRO SEGUROS COMUNITARIOS.....	81
6.1. Aspectos generales.....	81
6.2. Contribución a aspectos relacionados con la equidad.....	81
6.3. Contribución al incremento en la calidad de los servicios.....	82
6.4. Aspectos relacionados con la eficiencia.....	83
6.5. Sostenibilidad institucional	84
6.6. Contribución a la participación de la comunidad y democratización del sector	85
6.7. Manejo de medicamentos.....	86
6.8. Vinculación con la red pública de servicios.....	86
ANEXOS.....	87
BIBLIOGRAFÍA.....	106

Capítulo IV

4. LOS MICRO SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD PERSPECTIVA MACRO Y MACROECONÓMICA UNA MIRADA CRÍTICA DESDE LA EFICIENCIA Y LA EQUIDAD. EL PUNTO DE VISTA DE LOS DEFENSORES Y DETRACTORES

4.1. Perspectiva Macroeconómica

El aseguramiento no es un fin por si mismo sino una herramienta para el cumplimiento de la política sanitaria, de cualquier modo lo que se busca es reducir las diferencias entre la cobertura teórica y la real. Los sistemas de seguros son susceptibles de generar ganancias en términos de eficiencia en el ámbito de la salud y de la asistencia social”.(13)

El cumplimiento de los sistemas de aseguramiento. Buscan eficiencia a través de maximizar haberes y minimizar costos, cumpliendo a su vez con el principio de equidad.

Siempre existirá tensión entre eficiencia y equidad; porque para aumentar en equidad debe sacrificarse una cantidad de eficiencia y viceversa, la pregunta clave es: ¿a cuanta eficiencia está una sociedad dispuesta a renunciar para cumplir con las metas de equidad? y; ¿cuál es el valor que debe asignarse a una disminución de la eficiencia o de la equidad; si bien las respuestas no son simples porque en ellas están comprometidos los valores (dominantes) de la misma sociedad, trataremos de evitar la dicotomía que presenta elegir los extremos.

Con esta aclaración exhibiremos los principales argumentos a favor y en contra del desarrollo de los Micro Seguros Comunitarios de Salud desde dos diferentes perspectivas; La “macroeconómica” en relación a la Eficiencia y la Equidad, y la “microeconomica” en relación al riesgo moral, el copago, y los mecanismos de pago a los prestadores de servicios.

Consideraciones de Eficiencia y Equidad.

4.1. LOS DETRACTORES

Daniel Maceira habla de un Seguro como “Social” cuando se cumplen los siguientes requisitos:

- 1) Un patrón definido de beneficiarios.
- 2) Un sistema de aseguramiento con un paquete conocido y accesible de servicios y que el mismo este disponible para cualquier usuario del sistema.
- 3) Que se identifiquen subsidios cruzados entre usuarios sanos y enfermos (Que existan criterios de aseguramiento en el manejo financiero de los fondos)
- 4) Que se identifiquen subsidios cruzados entre ricos y pobres (Que existan criterios de solidaridad en el manejo financiero de los fondos)

“La existencia de subsidios cruzados entre ricos y pobres convierte a un sistema de aseguramiento tradicional en un sistema social de seguros de salud.”(33). si nos ajustamos a esta definición, los Micro Seguros Comunitarios de Salud no deberían ser considerados como Sistemas Sociales de Aseguramiento porque concentran a una población cuyos riesgos son mayores que el promedio general sin que exista la posibilidad de diluirlo entre usuarios de riesgos menores.

Existen algunos argumentos técnicos que encuentran a los Micro seguros Comunitarios de Salud como alternativas poco viables en términos financieros porque “empujan al mercados asegurador en dirección apuesta a la solución eficiente” (13) un sistema de aseguramiento descansa en la distribución del riesgo entre afiliados al sistema; cuando existen muchos aseguradores se pueden solucionarse problemas de ineficiencia operativa pero en cambio no se contribuyen a dispersar suficientemente el riesgo, “este efecto sucede no solo con los Seguros Comunitarios sino también con la descentralización y el Desarrollo de Programas focalizados” (33)

Si no existen transferencias entre sectores los sistemas de seguros no integrados corren el riesgo de generar un sistema de salud “dual” donde el sector público que cuenta con menos recursos va a recibir a los pacientes más costosos, en tanto los seguros de salud privados “descreman” el mercado capturando a los grupos de mayores ingresos (33) Por lo tanto un sistema de aseguramiento voluntario en donde los ciudadanos pueden decidir libremente si se aseguran o no, o a que tipo de seguro pertenecer, no es viable³⁶.

La lógica de mercado en el aseguramiento basada en el riesgo individual se enfrenta nuevamente con cuestiones de PODER, en este caso sobre el supuesto de que la posesión de la información es sinónima de poder, si el afiliado conoce que posee un riesgo en promedio mayor a la población general demandará un seguro, si el asegurador intuye que los demandantes de su servicio son de mayor riesgo subirá el costo de la prima de tal manera que esta resulta excesivamente cara para los sanos y muy atractivas para los enfermos. (95) en este caso, los sanos no participarán de ese mercado destruyendo la posibilidad de una cobertura universal eficiente.

Si bien ahora la posibilidad de que el ciudadano SANO conozca el nivel de riesgo que tiene de enfermar (La resolución de la incertidumbre) es eventual se acerca el día en que el análisis genético permitirá conocer (a quienes puedan pagar por ello) la categoría de riesgo propio o ajeno al que se pertenece desde el instante del nacimiento (e incluso antes); en ese momento quienes demandaran un seguro de salud? Y ¿a que costo?

Afortunadamente o infortunadamente como revisamos en el capítulo anterior si bien los determinantes genéticos juegan un papel importante no son los únicos factores que determinan el estado de salud individual (95)

Para Daniel Maceira, otros de los elementos distintivos que identifican la noción de Seguro son: La transferencia de riesgo, y la prima ajustada al riesgo (no importa si esta

³⁶ Viabilidad entendida como la posibilidad de realizar una acción sin problemas, y sobre las posibilidades de que se mantenga cuando la ayuda y apoyos exteriores se terminen, y la certeza de que los resultados esperados justifican los esfuerzos y las inversiones previstas
Andréu Mas Colell Sobre el carácter obligatorio y universal del Seguro de Salud Pág. 63.

es pagada directamente por el usuario o lo hace el estado) En el caso de los Micro seguros Comunitarios de Salud en donde se limita dramáticamente la distribución de subsidios entre ricos y pobres se disminuyen las posibilidades de constituirse en fondos solidarios. (33)

Para James Malloy (Statecraft Política y Crisis de la Seguridad Social) Si no existe un Seguro Universal y la sociedad no podrá resistir las presiones canalizadas políticamente para atender a los enfermos, esto facilitara caer en el problema del Polizón (Free Raider) que afecta a todos los bienes públicos en este problema una persona se ahorra el costo del seguro si sabe que de todas maneras será atendido y, bajo la lógica de que si uno razona así todos lo harán, (78) “un sistema que garantice la cobertura universal tendrá una inversión sanitaria más óptima que en un sistema voluntario sujeto al problema del polizón, en donde el costo por unidad de protección ofrecida será mayor”

Esping Andersen habla de tres tipos de riesgos sociales que requieren la intervención estatal y que desde este punto de vista este tipo de seguros no permite dispersar:

- a) Los riesgos de clase que se distribuyen de manera desigual a lo largo de los estratos sociales así, los estratos de alto riesgo encontraran grandes dificultades para obtener un seguro que puedan pagar en el mercado y la familia no es para ellos una alternativa viable, considerando que los perfiles de riesgo de todos sus miembros tienden a ser semejantes.
- b) Los riesgos del curso de la vida que derivan de la noción de ciclo vital, Rowntree señala que la pobreza tiende a concentrarse en la infancia y en la vejez, este circulo está fuertemente relacionado con la falta de correspondencia entre las necesidades específicas relacionadas con la edad y los ingresos.
- c) Los Riesgos Intergeneracionales que son desventajas heredadas que llegan a ser desigualdades de “capital Social” (104)

El momento en que no existe un aseguramiento UNIVERSAL se transfiere el riesgo al sector público y existe un proceso de “DESCREME” de los seguros sociales. Esta teoría se confirma en Chile no en donde el 70% del quintil más rico y más joven de la población está afiliado a las ISAPRES, mientras que el 99% de los más viejos pertenecientes al quintil más pobre se atienden en el sector público. Igual inequidad se evidencia en relación con el ciclo de la vida donde el 77% del quintil más rico de la población vuelve al sector público cuando envejece (ENCUESTA DE HOGARES CASEN/ LARRAÑAGA 1997)

En el caso brasileño también se evidencia un retrocesos en cuanto a la equidad de los sistemas de Salud, entre 1987 y 1996 las familias con ingresos iguales o inferiores a dos salarios mínimos vitales incrementaron su gasto en salud de 6,3% a 9,6% del presupuesto familiar lo que representa el 52% en comparación al 15% que fue el incremento de aquellos con ingresos superiores a 30 salarios mínimos. (Médicis 2001) y el 98,6% del quintil más pobre de la población no tiene seguro en relación con el 36,6% del quintil más rico. (LSMS 1997).

“Las causas de exclusión por la falla en el financiamiento solidario significa que el individuo o grupo familiar contribuye con más de una proporción razonable de sus ingresos totales para financiar sus gastos en atención de salud” Esto determina que el total de sus aportes para cobertura de salud (gasto de bolsillo), aporte a seguro social, primas de seguros voluntarios y aportes a impuestos generales destinados a salud constituyen una proporción desmedida del total de sus ingresos.

En el marco conceptual desarrollado por el programa STEP (Estrategias de Protección para la Población Excluida) se hace referencia a que la distribución pura del riesgo, podría llevar a que los pobres de menor riesgo terminen subsidiando a los miembros de mayores ingresos y de alto riesgo. Por otra parte, aunque la distribución de los riesgos en un grupo de gran tamaño permite disminuir sustancialmente el aporte en virtud de las economías de escala y de la ley de los grandes números, los sectores de menores ingresos tal vez no estén en condiciones de pagar ese costo menor y ni siquiera la prima.

Esto implica que la mayoría de los sistemas de protección social de todas partes del mundo, no sólo busquen cumplir con el objetivo central de diseminación de riesgos, sino también con la equidad en el financiamiento, asegurando subsidios desde los de mayores ingresos a los de menores ingresos para garantizar que el pago de la prima no esté fuera del alcance de nadie y, en última instancia se permita la inclusión mediante el financiamiento solidario.

Otro de los argumentos que están en contra de la Equidad es la contribución que este tipo de iniciativas hace a la ya grave fragmentación y segmentación de los sistemas existentes porque acaba convirtiéndose en un “Pobre seguro para Pobres”.

4.3. LOS DEFENSORES

Consideraciones de eficiencia y Equidad.

A pesar de los argumentos anteriores, quienes defienden este tipo de iniciativas destacan que los Micro Seguros Comunitarios están basados en un principio de mutualismo:

a) Los micro seguros comunitarios están basados en un principio de mutualismo: Humanístico que busca ayudar en las dificultades, mejorar la condición humana y reconocer su dignidad y sus derechos, b) Económico creando un fondo común no devolutivo que permita acumular riqueza colectiva, servir sin ánimo de lucro y administrar con eficiencia y honestidad y c) Administrativo que promueve la gestión comunitaria, practica la democracia, educa, forma, capacita y establece servicios creando una cultura de previsión y seguridad (28).

En la Reunión Regional Tripartita de la OIT con la Colaboración de la OPS, realizada en México, se concluyó que existen al menos 3 razones de eficiencia que respaldan estas formas de aseguramiento o microaseguramiento para sectores excluidos de la seguridad social que gastan del bolsillo sumas significativas:

1. Razones derivadas de la teoría clásica de seguros y las ganancias de eficiencia que se derivan de una mejor organización del gasto de bolsillo de las personas.

La evidencia disponible que inclina a pensar que los segmentos poblacionales más pobres es que tienen una mayor elasticidad precio-demanda por servicios de salud, esto lleva a concluir que la separación de la contribución-consumo que permiten los esquemas de aseguramiento, se traducirá en un consumo más adecuado de servicios de salud, en comparación con el modelo en el cual estos usuarios deben afrontar directamente todo el costo de la prestación. En el gasto del individuo este se justifica por la naturaleza aleatoria de los episodios de enfermedad y el riesgo financiero que surge a partir de los gastos asociados a la satisfacción de la demanda por servicios de salud.

2. Razones derivadas de la agrupación de población asociados con los determinantes del costo de una prima de seguro y su relación con la obtención de coberturas adecuadas, volúmenes mínimos de oferta de servicios y capacidad de negociación de precios, calidad y oportunidad. Esto permite generar ganancias por economías de escala dada la posibilidad de disminuir la incertidumbre individual en la predicción del gasto futuro, permitiendo reducir el costo de la prima; un segundo beneficio se deriva del flujo financiero corriente que permite al asegurador comprometer una oferta estable de prestaciones, adicionalmente la asociación aumenta la capacidad de negociación con los prestadores en términos de precio, oportunidad y calidad.

3. Razones asociadas a la explicitación de subsidios públicos implícitos y su focalización.

La marginación de ciertos grupos de trabajadores de los esquemas formales de cobertura llevan a que, no se aporten cotizaciones obligatorias, esto podría reducirse con estas experiencias, esta condición solamente es posible si el sistema de aseguramiento está de algún modo integrado al resto del sistema evitando la duplicación de subsidios.

Según este mismo enfoque “Los principales efectos sobre la eficiencia, se pueden dividir en dos grupos el primero en relación con la pérdida de bienestar social que conlleva la ausencia de seguros óptimos y el segundo en relación con los mecanismos que utilizan las personas para compensar la falta de seguros, que pueden ser prácticas aceptadas, como el uso indiscriminado de servicios de urgencia como practicas ilegales como la suplantación del beneficiario del sistema” (38)

4.4. PERSPECTIVA “MICROECONOMICA”

Sistemas de pago a los prestadores.

Por sistema de pago o fórmula de remuneración se entiende la forma en que se organiza la compensación económica, normalmente monetaria que recibe un prestador sanitario por la prestación de sus servicios a un paciente o grupo de pacientes, estos sistemas de pago a los prestadores plantean problemas a los agentes económicos individuales y son trascendentes porque determinan el tipo de incentivo que el financiado otorga al prestador.

según la literatura dos dimensiones: 1) la unidad de pago (que está en relación con los insumos utilizados, el producto final o los productos intermedios) y la distribución del riesgo.

2) La unidad de pago puede ser desagregada en pago por servicio o por estancia (hospitalaria) y pago por individuo y por capitación; en el pago por individuo los ingresos del proveedor de servicios no variarían aunque aumente la intensidad de la atención a cada individuo, en cambio en el pago por capitación o por atención integral (como en el sistema Británico y el de las mutuales en España) se conseguirá la satisfacción de los inscritos con un mínimo nivel de costos por el uso racional de los servicios y la distribución de riesgos financieros entre el que vende y el que compra.

En cuanto a la distribución del riesgo (esta puede ir a que en resumen es la búsqueda del equilibrio entre el asegurador y el prestador) dos extremos opuestos, en el uno se

encuentra el pago fijo per Capita en donde todo el riesgo es absorbido por el prestador y en el otro el pago por acto médico en donde todo el riesgo se traslada al financiador, (97) entre los dos extremos existe un abanico de posibilidades de arreglos organizativos de los cuales depende no solo el equilibrio financiero del seguro sino también la calidad del servicio prestado.

4.5. La Calidad en la prestación de los servicios.

Partiendo de que calidad, no es sinónimo de calidez, y tampoco es “algo así como la suma de puntualidad, poco tiempo de espera en consultorios, buena presentación, sonrisas abundantes y demás rasgos agradables que, a no dudarlo son interesantes pero de ninguna forma se constituyen en requisitos esenciales no garantizan la verdadera calidad”.

Con esta aclaración la calidad de los servicios de salud esta estrechamente relacionada no solo con los valores dominantes de la sociedad y la forma como se organiza el sistema de salud para cumplir con las funciones de regulación, financiamiento y provisión sino además en el caso concreto de los seguros (sean estos comunitarios o no) con el sistema de pago a los prestadores porque las decisiones dependen de los profesionales sanitarios y de las formulas de pago e incentivos que por ejemplo ejercen distintos grados de influencia sobre ellos³⁷, (97)

Cuando se utiliza el pago por servicio médico existe un importante incentivo para maximizar el número de actos médicos en donde el proveedor puede inducir la demanda y la sobre utilización de los servicios, pero (al menos teóricamente) existe una preocupación especial por mantener estándares de calidad que garanticen un cierto grado de satisfacción que motiven una nueva demanda. Esto no sucede cuando el pago es “per cápita” en donde se busca maximizar el número de afiliados y minimizar los costos de las prestaciones en donde la calidad queda de lado.

³⁷ Este es un problema de la microeconomía, que afecta el comportamiento de los agentes económicos, a nivel individual y configura sus incentivos económicos y el riesgo al que se ven sometidos en el ejercicio de su actividad.

El pago por ingreso hospitalario con tarifa estándar independiente de la duración de la interacción puede determinar hospitalización y reducción de la duración promedio del ingreso y reingreso que evidencian importante déficit en la calidad.

Cuando la modalidad elegida es el “pago por salario” o tarifa fija mensual, puede disminuir la calidad de la atención si concomitantemente no existen incentivos como el ascenso y la promoción, en el caso de las unidades que reciben un presupuesto anual fijo existe no solo el riesgo permanente de caer en la inercia sino un incentivo persistente para minimizar los costos, circunstancia que tarde o temprano repercutirá en la calidad (Álvarez et al. Sistemas de pago a los prestadores de servicios de salud)

Así, mientras las cesáreas se sigan pagando a precios más altos que los partos normales no es de extrañarse que un porcentaje mayor de embarazos terminen en cesárea y mientras el paciente privado pague por consulta más que el afiliado a un sistema de seguros recibirá en la mayoría de los casos un servicio de mejor calidad, por lo menos en lo relacionado con el tiempo que el tiempo dedica a su atención. No existe un sistema que garantice a la vez calidad, eficiencia, equidad, y que a la vez no este expuesto al “riesgo moral”, “No existe una unidad de pago valida para todo tiempo y lugar” todo depende de los objetivos últimos que van más allá de una simple separación de funciones entre el financiador y el prestador”. (97)

4.6. Copagos y sus efectos sobre la eficiencia y la equidad.

El copago y los deducibles fueron creados como instrumentos que permitían controlar el riesgo moral, en los servicios públicos en los que, no se “emiten señales de precios” se puede producir un exceso de consumo, con respecto al que seria deseable, y necesario, de manera que a través de los copagos se racionaliza el consumo y se financian parcialmente los servicios, reduciendo la necesidad de incrementar el costo de la prima lo que determina una mayor distorsión”

Sin embargo, en la práctica los copagos, son utilizados más bien como fuentes de ingreso que como controladores del riesgo moral que fue su rol original, Para Puig

Junio, el copago puede convertirse en Un impuesto a los enfermos porque si no tiene un buen diseño y si se aplican sin consideraciones al nivel de renta pueden tener un impacto regresivo y afectar negativamente el estado de salud de los individuos de renta menor, en este sentido son clásicos los estudios (Health Insurance Study de la Rand realizados por Morrison en 1994) y los realizados por Rice en 1998 en los que se observa que en presencia de copagos la elasticidad de los servicios sanitarios presentan un reducido nivel en relación a los nativos de variación sin embargo esta es mayor para servicios como los preventivos, la pregunta del autor es ¿se debe aplicar copagos más elevados a los sistemas preventivos? cuando lo deseable es precisamente lo contrario, sobre todo cuando se trata de los individuos Pobres con mayores niveles de riesgo.

Este mismo estudio RAND mostró que el copago afectaba el uso de los servicios cuando existía la obligatoriedad de realizar un pago inmediato para recibirlo, según el estudio existían cambios en su utilización en forma de retraso o de omisión.

Los estudios realizados por la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria llegaron a la conclusión de que el uso de copago reduce la utilización de los servicios médicos esenciales (3) a esta misma conclusión llegaron los estudios de Murillo y Carles 1999 con respecto a los efectos del uso de los copagos en los individuos de baja renta.

**MECANISMOS DE COPAGO SOBRE LA FINANCIACIÓN
LA UTILIZACION Y LA EQUIDAD**

FINANCIACIÓN	<p>Transferencia de costos del financiador al usuario.</p> <p>Incremento de costos Administrativos.</p> <p>Incremento de cobertura privada por la coparticipación</p>
UTILIZACIÓN	<p>La variación dependerá de la interdependencia entre demanda y oferta sanitaria.</p> <p>La variación dependerá del precio.</p> <p>No representa una disminución diferencial de la utilización de los servicios innecesarios.</p> <p>Se puede producir una sustitución hacia prestaciones de mayor costo.</p> <p>Se puede producir una disminución de las prestaciones preventivas.</p>
EQUIDAD	<p>Disminuye la utilización de los usuarios de rentas bajas.</p> <p>Casi no afecta a los grupos de rentas altas</p>

FUENTE: Murillo y Carles 1999

4.7. Los medicamentos.

Según el estudio realizado por Daniel Maceira existe una relación directa entre el gasto en medicamentos y el ingreso familiar, sin embargo se evidencia que este gasto es regresivo, Los más pobres gastan en medicamentos un mayor porcentaje de sus ingresos en relación con las personas de rentas altas. Según la encuesta de Hogares Argentina, el nivel de gasto privado en medicamentos supera a aquel destinado a todos los servicios de salud, esta relación es más profunda cuanto menor es el ingreso per Cápita de la provincia (19)

Este rubro ha sufrido en el Ecuador un considerable ascenso, en 1990 era de 16,2 dólares per. Cápita, en 1994 16,9 en 1995 18,8 en 1996 21,4 en 1997 27,8 y en 1998 28,3 dólares (Revista proyecto Ecuador OPS OMS Holanda Diciembre de 1998.)

El valor total del mercado farmacéutico Ecuatoriano para 1995 fue de aproximadamente 216 millones de dólares, es decir el 128% del gasto total en salud del Gobierno Central, en 1998 ascendió a 344 millones de dólares debido a un incremento en los precios del 22% en promedio anual (Perfil de sistemas y Servicios de Salud de OPS/ OMS.)

Cuando se trata los problemas derivados de la financiación de los servicios de salud , se considera al costo de los medicamentos dentro de los gastos generales, sin embargo este debe ser tratado con consideraciones adicionales sobre todo en el caso de los Seguros Comunitarios de Salud por las siguientes razones

1. Constituye la mayor proporción del gasto directo (gasto de bolsillo) de las familias.
2. La decisión de utilizarlos queda a discreción total del médico quien no es inmune a los incentivos económicos de la industria farmacéutica.
3. El rubro, de medicamentos está esencialmente (por no decir exclusivamente) en manos privadas, en donde el estado tiene una suficiente o nula capacidad de regulación.
4. La asimetría de información juega un rol determinante y está atravesada por las estructura de poder de la industria farmacéutica (considerada uno de los cinco negocios más lucrativos del mundo)

CAPÍTULO V

5. ESTUDIO DE CASO. “EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD”

5.1. ASPECTOS GENERALES.

5.2. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EQUIDAD

- 5.2.1. Cambio en la cobertura de atención con respecto a una línea de base o variación de la demanda
- 5.2.2. Acciones tendientes a evitar la selección adversa
- 5.2.3. Presencia de Copagos

5.3. INCREMENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Percibida desde la demanda.

- 5.3.1. Encuestas de satisfacción de usuarios
- 5.3.2. Renovación de la afiliación
- 5.3.3. Proporción de la población que se encuentra al día en los pagos (Indicador indirecto de satisfacción)

Percibida desde la Oferta

- 5.3.4. Evolución de conjunto de prestaciones desde el inicio del microseguro

5.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA

Sostenibilidad Financiera.

- 5.4.1. Estudio de Factibilidad Financiera

- 5.4.2. Separación de funciones, entre el financiador y los prestadores de servicios
- 5.4.3. Presencia de administradores de contabilidad
- 5.4.4. Establecimiento y costo de la Prima con ajuste de riesgo³⁸
- 5.4.5. Reaseguro explícito³⁹:
- 5.4.6. Aplicación de mecanismos para contención de costos o copagos
- 5.4.7. Plan de Beneficios
- 5.4.8. Costos Técnicos y administrativos como porcentaje de los ingresos
- 5.4.9. Costo per. Cápita de las prestaciones anuales otorgadas a los beneficiarios
- 5.4.10. Fondos de Reserva
- 5.4.11. Mecanismos de pago a los prestadores.
- 5.4.12. Selección de Riesgos
- 5.4.13. Auditoria Interna y Auditoria Externa.
- 5.4.14. Riesgo Moral
- 5.4.15. Sistema Informático.

Sostenibilidad Institucional.

- 5.4.16. Propiedad
- 5.4.17. Asistencia técnica externa
- 5.4.18. Mecanismos de cobro de la prima
- 5.4.19. Costo técnico
- 5.4.20. Asesoría Técnica
- 5.4.21. Acciones de Información al grupo destinatario
- 5.4.22. .aspectos legales y personería jurídica
- 5.4.23. Sistemas de control Legal
- 5.4.24. Estatutos y Reglamentos de Funcionamiento

³⁸ Implica que la cotización se construye sobre algún criterio técnico que da cuenta del riesgo individual de cada afiliado.

³⁹ Si de alguna manera el entorno y en definitiva el estado se hace cargo de los mayores riesgos de la población beneficiaria del micro seguro No existe reaseguro para esa población.

5.5. EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

El Seguro Comunitario que se desarrolla en Planchaloma provincia del Cotopaxi con la UNOCAN (Organización de Comunidades Indígenas del Norte del Cotopaxi); este micro seguro es un sistema integrado que está financiado tanto por contribuciones de los afiliados cuanto por la Fundación FUTURO, brinda atención del primer nivel de complejidad en el Centro Médico JAMBINA HUASI (Casa de Salud), uno de sus pilares fundamentales es la participación de la comunidad y el fuerte componente en promoción y prevención de salud además de un gran interés por rescatar la medicina y nutrición andina, sin embargo la presencia de copago rompe con el principio de Equidad pilar fundamental de estos micro seguros.

El Seguro POP NET que se desarrolla con apoyo de la curia en el cantón Atacames provincia de Esmeraldas alberga a gran cantidad de población negra y mulata, en principio contó con 10.000 familias afiliadas, pero al momento únicamente el 30% de ellas se encuentran el día en los pagos. Se maneja como un sistema integrado con el Hospital Juan Carlos Guasti que se constituye su única unidad prestadora de servicios; según su administradora el Seguro vive una grave crisis financiera lo que ha llevado a usar mecanismos de copago como una alternativa de financiamiento.

Colinas del Norte es una experiencia de Micro seguro Comunitario que nace como un plan Piloto del Ministerio de Salud y su proyecto MODERSA, cuenta con una sólida organización comunitaria de base y se mantiene como un sistema Independiente en el cual la prestación del servicio y el financiamiento tienen una marcada separación de funciones, existe una interesante vinculación con la red pública de servicios; sin embargo el peso del financiamiento está en la cooperación internacional y no en los usuarios lo que pone en peligro su sostenibilidad financiera a largo plazo.

Existen también iniciativas desarrolladas en Borbón provincia de Esmeraldas, En Pedro Vicente Maldonado, En Riobamba y en la provincia del Guayas pero su escasa difusión impide contar con una información más detallada.

Dentro de las experiencias desarrolladas se eligió el SEGURO SOLIDARIO DE SALUD; en virtud de razones relacionadas tanto con la eficiencia como con la equidad:

- 1) Porque la población que constituye su meta es particularmente vulnerable, tanto por su condición de emigrante interno como por su informalidad laboral.
- 2) Se trata de un Sistema que rebasa el primer nivel de atención, mantiene una permanente e ininterrumpida oferta de servicios sin que existan de por medio mecanismos de copago (Condición básica para cumplir con el principio de Equidad).
- 3) Por su gran potencial de expansión.
- 4) Por la amplia cobertura de Servicios y prestigio que ostenta el Centro Médico Tierra Nueva.

5.1. ASPECTOS GENERALES.

Tierra Nueva inicia su sistema de aseguramiento comunitario llamado Seguro Solidario de Salud con fecha 1 de octubre del año 2002, está concebido como una alternativa de financiamiento a través de la cual los usuarios del Instituto Médico Tierra Nueva (IMTN) en particular y las personas de escasos recursos económicos del sur de Quito en general, puedan tener acceso a los cuidados de salud preventivos y curativos sobre todo del primer nivel de atención.

El desarrollo del Sistema Solidario de Salud (SSS) se inicia en estrecha vinculación con otros proyectos de la fundación, con el fin de asegurar no solo la optimización de los recursos sino también el cumplimiento de su visión y misión. (Conclusiones basadas en las entrevistas a las administradoras de la Fundación) (Anexo 12)

El Sistema Solidario está en crecimiento en el Centro Médico Tierra Nueva que es una unidad hospitalaria que brinda atención de primero y segundo nivel, cuenta con 42 camas para internación, 16 especialidades médicas además de rehabilitación, maternidad, cuidados intermedios prenatales, farmacia y servicios de diagnóstico como laboratorio clínico, radiología.

En el año 2001 el Instituto Médico Tierra Nueva (IMTN) atendió: 47. 587 pacientes en consulta externa, 1.283 partos, 6.537 consultas pediátricas y realizó 5.9420 procedimientos diagnósticos (Folleto de presentación de la Fundación para contribuciones internacionales (Anexo 3)

El IMTN es el único proveedor de servicios del Seguro Solidario de Salud y se mantiene abierto su servicio de emergencia las 24 horas del día, los 365 días del año, la consulta externa por su parte atiende de lunes a viernes entre las 8 y las 16 horas, algunas especialidades lo hacen también los días sábados en horario matutino.

El Plan Piloto concibió como meta inicial 400 personas (Documento de Diseño del Sistema Solidario de Salud) el objetivo en el mediano plazo eran los usuarios del Instituto Médico Tierra Nueva y en el largo plazo todos los habitantes del Sur de Quito con bajos ingresos económicos.

El Sur de Quito, población objetivo del seguro está constituido por tres zonas geográficas definidas, Sur-Sur, Sur-Centro y Sur-Norte, el proyecto está concebido para estas dos últimas zonas que albergan 817.647 habitantes, con una densidad de 6,1 habitantes por vivienda. (Documento Proyecto Seguro Solidario de Salud, Junio del 2000)

Según una encuesta realizada en 1997 por el Hospital Enrique Garcés en colaboración con las áreas 7, 8 y 9 de la Dirección Provincial de Salud del MSP los habitantes del Sur de Quito son principalmente emigrantes provenientes de las provincias de Loja, Manabí, Cotopaxi, Chimborazo y Tungurahua (Estas últimas consideradas entre las más pobres del país) con ingresos mensuales variaban entre 100.000 y 200.000 sucres (año en el

cuál el poder adquisitivo del salario mínimo en el Ecuador era de 51,82 y la relación Salario Mínimo PIB per Cápita era de 110,42% con un salario mínimo real promedio de 102.000) sucres (Fuente OIT Notas y Datos laborales Informe del Equipo Técnico para los países Andinos)

En cuanto a la instrucción esta misma encuesta reveló que un 44% de la población tenía instrucción primaria y un 6% de la población era analfabeta, los datos referentes a vivienda indicaron que, el 72% de la población no era propietaria de la casa en la cual habitaba y que “un porcentaje alto eran empleados y obreros que laboraban en las fábricas situadas en el sector, profesionales de carreras técnicas, vendedores ambulantes, lavanderas, pequeños comerciantes y desempleados” (Informe de Factibilidad del Proyecto del Seguro Solidario de Salud 1997)

Una encuesta realizada por estudiantes de la Universidad Técnica de Monterrey entre Junio y Julio del año 2002 (Estrategias de mercadeo y venta para el seguro solidario de salud Instituto Tecnológico de Monterrey Campus Toluca) reporta que el Sur de Quito está compuesto en un 47% por obreros y 10% por comerciantes, reporta además que el 40% de habitantes tienen instrucción primaria lo que indica similitud con los datos referidos en el estudio anterior pero existe discrepancia en los datos de analfabetismo, porque el estudio de 1997 reportó un 6% en relación con un 13% reportado en el 2002.

Las mayores fortalezas con que nace el Sistema Solidario de Salud (S.S.S) son por una parte el prestigio que la Vicaría y el Centro Médico Tierra Nueva ha ido consolidando desde sus inicios (1992) (lo que se evidencia en su curva de demanda) y por otra, la capacidad de financiamiento de la fundación, la misma que absorbe los gastos del diseño, implementación y funcionamiento del seguro mientras el sistema se torna sustentable, a esto se suma la presencia de los dispensarios parroquiales que además deben ser promotores publicitarios del seguro están concebidos como centros de primer nivel con la perspectiva de formar a futuro una red integrada de servicios.

El Seguro Solidario se inició en octubre del 2002 con 44 personas afiliadas, para noviembre del 2003 este número se incremento a 246 afiliados, el incremento ha sido sistemático y sostenido (559%) sobre todo entre los meses de enero a abril del 2003.

5.2.CONTRIBUCIÓN EN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EQUIDAD

5.2.1. Cambio en la Cobertura de atención con respecto a una línea de base o variación de la demanda

El Seguro Solidario de Salud inicio en el mes de Octubre del año 2002 con 44 personas, 20 (45,4%) eran afiliaciones familiares y 24 (54,6%) eran afiliaciones corporativas o empresariales, seis meses más tarde él número de afiliados al sistema era de 149, para el mes de Noviembre del 2.003 él número de afiliados fue de 246 de los cuales 129 (52,4%) eran afiliaciones familiares y 117 (47,5%) correspondian a afiliaciones (Evolución de las afiliaciones del Seguro Solidario de Salud) (Anexo 4) El seguro ha sido concebido como una oportunidad para las familias pero no se ha descartado la inclusión de empresas por dos consideraciones de eficiencia: la primera tiene relación con la facilidad para captar varios afiliados en un solo proceso y la segunda porque esto permite mayor agilidad y certeza en la recaudación de las primas, según referencia de su administradora a Noviembre del 2003 todas las empresas afiliadas al sistema se encontraban al día en los pagos lo que no sucede con las afiliaciones voluntarias (Entrevista a la administradora del sistema) (Anexo 12).

5.2.2. Acciones tendientes a evitar la selección adversa

No existen restricciones de edad, género o enfermedades preexistentes, toda persona puede afiliarse al S.S.S. y su condición de afiliado le otorga el derecho a recibir el conjunto de prestaciones que oferta el SSS en un contrato firmado el momento de la inscripción, Según la administradora del sistema no solo que no existen mecanismos que desincentiven la utilización de servicios sino que existe una permanente

promoción para que el afiliado aproveche las prestaciones preventivas en su totalidad, su percepción es que no existe diferencia entre el nivel de riesgo de enfermar entre la población afiliada y la población general, en cuanto al uso de las actividades preventivas existe una apreciación de que las familias colombianas las aprovechan más que las familias de origen nacional.

5.2.3. Presencia de Copagos

No existe mecanismos de copago o deducibles de ningún tipo, el afiliado tiene derecho al conjunto de prestaciones sin un pago adicional.

5.3. INCREMENTO DE LA CALIDAD EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Percibida desde la demanda.

5.3.1. Encuestas de satisfacción de usuarios

La encuesta de satisfacción de usuarios realizada en el mes de Agosto de 1993 (a los 10 meses de funcionamiento reveló algunas percepciones positivas que se expresaron textualmente así:) “existe una disminución del tiempo de espera en la atención en sus diferentes etapas” (estadística, preparación, Consulta) califican a la atención como “muy buena y poco costosa” “ahora tengo facilidad para tomar las citas” “con la afiliación la atención es más rápida”.

7 de los 10 usuarios encuestados consideran que, en su mayoría, las prestaciones cubren las necesidades de atención de salud de sus familias, calificaron al proceso de afiliación como “no complicado” y destacaron la amabilidad con que fueron tratados cuando se acercaron a solicitar la información tildándola de “muy satisfactoria”.

En general los afiliados sugieren un incremento en las prestaciones a otras especialidades y la ampliación a tratamientos odontológicos y lentes, 1 de los diez encuestados solicita una mayor agilidad en la atención y 2 de los diez insinuaron la

necesidad de contar con mayor “libertad” sugiriendo la inclusión de “varios paquetes u opciones para escoger”.

Los usuarios manifestaron una disposición a incrementar el pago por un paquete “más completo”. Con un promedio de ingresos de 366,25 dólares mensuales, un ingreso mínimo de 100, un máximo de 500 y una desviación estándar de 131,5 dólares mensuales por familia de 4 miembros existe una predisposición a pagar un promedio de 5,4 dólares mensuales por afiliado lo que corresponde al 1,47% del total del ingresos familiares. (Construcción propias en base a la encuesta de satisfacción de usuarios.)

La incorporación de la apendicetomía (única atención de segundo nivel de complejidad) en el actual plan de beneficios, es muy importante y genera la idea de que existe una ampliación de cobertura que va más allá del primer nivel de atención.

5.3.2. Renovación de la afiliación

De acuerdo a los datos obtenidos en la cooperativa “Maquita Cusinchig” (MCCH) únicamente un porcentaje mínimo de personas han hecho explícito su deseo de desafiliarse, el único motivo expuesto ha sido la disminución en su capacidad adquisitiva.

La renovación del contrato debió hacerse al cumplirse un año de funcionamiento, sin embargo, la tercerización del laboratorio clínico y la revisión de costos de producción de servicios del Instituto Médico Tierra Nueva (IMTN) han retrasado este proceso, al no tener los costos de las prestaciones que son los determinantes de la variación en el precio no se ha podido establecer el costo de la nueva prima.

A pesar de que existe un crecimiento evidente del número de personas afiliadas al SSS estas representan un mínimo porcentaje del total de consultas externas atendidas en CMTN en ese mismo periodo de tiempo, entre octubre del 2002 y octubre del 2003 el CMTN atendió 82.146 consultas externas 1.919 partos

contabilizándose 4.072 egresos hospitalarios, sin embargo existe una tendencia progresiva de afiliados al SSS que va del 0,73% del total en octubre del 2002 al 3,69% en el mes de octubre del 2003 con un promedio de penetración del SSS en la población objetivo del 2,62% basada en los datos de los archivos estadísticos del Instituto Médico Tierra Nueva año 2002.

5.3.3. Proporción de la población que se encuentra al día en los pagos (Indicador indirecto de satisfacción)

Durante el mes de Noviembre la Cooperativa recaudo 320 dólares por primas del Seguro Solidario de Salud, (sin contar las aportaciones empresariales) y las deudas de este mes suman 369 dólares lo que corresponde al 46,44% del total a recaudarse (Incluyendo los aportes empresariales que son depositados directamente en la cuenta del proyecto), la deuda entonces es del 53,55%. El sistema arrastra una deuda de 643 dólares en 13 meses de funcionamiento lo que da un promedio de 49,46 dólares mensuales.

Del total adeudado al sistema el mayor porcentaje 57,38% corresponde al último mes de aportes, el resto es deuda arrastrada en los 12 meses anteriores (conclusiones basadas en el reporte de recaudaciones de la Cooperativa de Ahorro y Crédito MCCCH) (Anexo 6)

5.3.4. Evolución del conjunto de prestaciones desde el inicio del micro seguro

El conjunto de prestaciones que ofrece el sistema solidario de Salud abarca actividades de tipo curativo sobre todo de primer nivel de atención, la apendicetomía no complicada que corresponde al segundo nivel de atención y las actividades de tipo preventivo que son también del primer nivel.

El primer conjunto de prestaciones con el cual el sistema abrió sus puertas tenía un costo de 2,50 dólares mensuales por afiliado, sin embargo tuvo poca acogida, lo que obligo a bajar 0,50 centavos el costo de la prima, esta rebaja obligó a su vez a hacer

un recorte del paquete original sobre todo del segundo nivel de atención, se excluyó entonces la atención del parto normal, cesárea no complicada, legrado, histerectomía, cirugía de quiste ovárico y colecistectomía.

El primer conjunto de prestaciones incluía 10 consultas 2 por enfermedades infecciosas, 2 por intoxicación alimentaria, 2 emergencias con cirugía menor, 2 por morbilidad general y 2 reconsultas, esta codificación resultó no solo innecesaria sino poco practica en términos operativos ya que el valor de la consulta clínica sin procedimientos es independiente de la patología que la motive, en el segundo conjunto de prestaciones se fijo un límite al número de atenciones y se omitió el detalle de las patologías.

Se puede hacer una diferenciación entre el paquete curativo y el preventivo, la evolución que ha tenido la demanda en el SSS ha sido la siguiente: de un total de 640 prestaciones médicas otorgadas en el IMTN a los afiliados al SSS entre octubre del 2002 a octubre del 2003, 120 (18,75%) del total de prestaciones son controles de medicina preventiva entre los que se incluyen PAP TEST. Como es lógico suponer el 83% de estos controles corresponden a niños menores de 1 año la atención curativa se concentra en los adultos y en los niños de 6 a 12 años.

El 89,1% de las consultas realizadas por adultos son curativas, existen además 23 consultas, (3,59% del total general de consultas) que corresponden a atención odontológico, siendo los niños entre 6 y 12 años los mayores usuarios de este servicio.

El SSS en 1 año de funcionamiento afrontó 4 cirugías, 2 apendisectomías y 2 colecistectomías que son las únicas prestaciones de segundo nivel que otorga el sistema y la fuente de sus mayores egresos (208 dólares por episodio). El primer conjunto de prestaciones incluían varias intervenciones de segundo nivel, las mismas que fueron recortadas cuando se decidió disminuir el costo de la prima para ajustarlo a las personas de menores ingresos, sin embargo estos primeros afiliados seguían teniendo derecho a ese conjunto inicial de prestaciones.

Al momento la apendicetomía es la única prestación de segundo nivel de atención y como se anotó anteriormente la más costosa de todas, su riesgo de ocurrencia resulto ser el 0,312 del total de afiliados en 1 año. (Datos basados en el informe anual del SSS)

INCREMENTO DE LA CALIDAD DE LAS PRESTACIONES PERCIBIDA DESDE LA OFERTA

5.3.5. Punto de vista de los gestores y administradores del sistema.

Los afiliados toman su cita médica telefónicamente, los usuarios del CMTN no afiliados al sistema lo hacen personalmente, por lo tanto existe disminución en el tiempo de espera para la atención y, también para el trámite de pago, esto representa un ahorro de tiempo “importante”. Tanto los administradores del sistema como los usuarios comparten plenamente esta percepción.

Esta “comodidad” que se brinda al afiliado es utilizada como uno de los pilares en la promoción del sistema.

Según información de los administradores del sistema y varios funcionarios de la fundación, No existe un mejoramiento en la eficacia de la consulta “en si misma” ya que los prestadores del servicio sí bien conocen quienes son afiliados y quienes no lo son, otorgan a ambos el mismo trato, pero el usuario **si** percibe un mejoramiento en la calidad de la atención, lo que permite conjeturar que, la disminución en el tiempo de espera y las facilidades en el trámite para la obtención de citas y pago son atributos percibidos como un incremento en la calidad de la atención en su conjunto.

5.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA

Sostenibilidad Financiera.

5.4.1. Estudio de Factibilidad Financiera

El primer estudio de costos se realizó mediante un cálculo basado en actividad (ABC) que incluía los siguientes componentes, recurso humano, insumos, materiales, y costos indirectos, el estudio estaba concebido para 10.000 afiliados, y señalaba un pago de 10 dólares mensuales por familia, que, divididos para 4.5 personas por familia eran 2.2 dólares mensuales. Dra. Beatriz Rivadeneira, “Diseño de un Sistema Solidario de Salud con medicina prepagada”.

El conjunto de prestaciones que fueron consideradas en este primer diseño incluían las Prestaciones esenciales determinadas por el Ministerio de Salud Pública que en detalle son: Las prestaciones esenciales de prevención, Prestaciones esenciales para casos crónicos, Prestaciones esenciales de emergencia, Prestaciones curativas ambulatorias y las prestaciones peri natales hospitalarias.

La contribución directa de los afiliados corresponde a un monto cercano a la prima calculada en el primer estudio de factibilidad pero dividir para los pocos afiliados no es suficiente para cubrir los costos totales, según referencia de sus directivos y confirmados con la revisión de sus balances este aporte alcanza a cubrir los gastos directos ocasionados por los siniestros, es decir aquellos relacionados con las prestaciones médicas, pero no los gastos administrativos que son financiados por la fundación y por lo tanto indirectamente por donaciones altruistas nacionales e internacionales. Adicionalmente, en el caso de las afiliaciones corporativas y empresariales el costo del seguro es asumido tanto por los empresarios como por los afiliados en iguales proporciones.

Se trata de un financiamiento de tipo mixto porque existe, contribución de los afiliados en forma individual o familiar, contribución de los empresarios y, donaciones nacionales e internacionales a través de la fundación, es importante anotar que al momento no existen contribuciones de organismos de cooperación internacional y tampoco aportes estatales centrales ni locales directos o indirectos.

5.4.2. Separación de Funciones entre el seguro y los prestadores.

Las prestaciones médicas de SSS se otorgan exclusivamente en el Centro Médico Tierra Nueva de 8 a 16 horas los cinco días de la semana, y el servicio de emergencias y la Maternidad las 24 horas del día los 365 días del año.

Existe una relativa autonomía administrativa y una total autonomía financiera entre el SSS y el Centro Médico; el Centro Médico establece el costo de producción de sus prestaciones y comunica al Sistema Solidario de Salud el monto que este debe cancelar, éste no subsidia al seguro y el precio que paga corresponde a los costos reales de producción de servicios, el centro no ha actualizado el análisis de los costos de producción desde hace un año, no se conoce si existe o no subsidio actual en relación con los precios vigentes en Octubre del 2002.

5.4.3. Presencia de administradores de contabilidad

Los administradores contables son compartidos por todos los proyectos de la Fundación pero existe una separación de cuentas de cada proyecto, permitiendo a sus administradores una visión clara de su estado financiero.

5.4.4. Establecimiento y costo de la Prima con ajuste de riesgo⁴⁰

La prima establecida en 2,50 dólares mensuales por afiliado estuvo basada en este análisis de costos por actividad (ABS), al que se le sumo los costos administrativos, no se realizó un estudio actuarial es decir un estudio de costos con ajuste de riesgos de la población objetivo, la variación del costo de la prima a 2 dólares mensuales por afiliado respondió a la pobre respuesta de los más pobres.

Las afiliaciones individuales cuestan tres dólares el justificativo es que el Plan está diseñado para las familias.

⁴⁰ Implica que la cotización se construye sobre algún criterio técnico que da cuenta del riesgo individual de cada afiliado.

El promedio anual nos permite concluir que se trata de una prima de costo medio, ya que sustenta más del 50% de los gastos del sistema, pero que a mediano plazo y en la medida en que nuevos afiliados aporten podría llegar a financiar el 100%.

5.4.5. Reaseguro explícito⁴¹:

No existe un reaseguro explícito, todo aquello que no forma parte del plan de salud debe ser asumido por el usuario, en este caso al igual que muchas de las experiencias de micro seguros comunitarios de salud (Informa OIT Pág. 22) el reaseguro Implícito acaba siendo el estado, (con todas sus restricciones de oferta, problemas de calidad y limitaciones presupuestarias.) Para un porcentaje mínimo de afiliados el reaseguro es el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a donde no recurren como primera opción por problemas de facilidad de acceso o mora patronal.

5.4.6. Aplicación de mecanismos para contención de costos

Toda atención médica no contemplada en el plan, incluidas las derivadas de una complicación en la cirugía que se encuentra incluida, deben ser canceladas al precio establecido por el CMTN no existen descuentos para los afiliados al Seguro Solidario.

El Plan denominado “PREPAGO MATERNO” administrado también por el seguro, consiste en un PAGO PREVIO del parto que, tratándose de una mujer embarazada no representa un riesgo sino una certeza, en este sistema el monto total de la atención del parto o cesárea es diferido en cuotas mensuales cuyo monto varía dependiendo del tiempo de gestación, en esta modalidad de pago no existe ningún riesgo para el prestador quien cobra un monto superior cuando el embarazo termina en cesárea.

⁴¹ Si de alguna manera el entorno y en definitiva el estado se hace cargo de los mayores riesgos de la población beneficiaria del micro seguro No existe reaseguro para esa población.

5.4.7. Plan de Beneficios.

PRIMER CONJUNTO PREVENTIVO DE PRESTACIONES

CATEGORÍA	Consultas	Vacunas	Chequeo Odontológico	Exámenes de Laboratorio	Valoración Nutricional	Adicionales
< de 1 año	6					
De 1 a 5 años	5	3	1	EMO, BH, Coproparasitario		
Salud Escolar Integral De 6 a 12 años	2	2 (DT y BCG)	1	EMO, BH, Coproparasitario	2	Valoración Auditiva y Visual
Adolescentes 13 a 18 años	2			EMO, BH, Coproparasitario y VDRL.	2	
Mujeres Adultas	2			BH, EMO,		Papanicolaou
Hombres Adultos	2			BH, EMO, Coproparasitario		

PRIMER CONJUNTO CURATIVO DE PRESTACIONES.

TODO AFILIADO	Enfermedades Infecciosas	Intoxicación Alimentaria	Emergencias	Consulta de Morbilidad General	Consulta de Especialidad	Atención Quirúrgicas y Hospitalaria
	Consulta Médica EMO / BH Coproparasitario RX	Consulta Médica Coproparasitario Investigación de Polimorfo Nucleares Electrolitos	Consulta / Sutura Exámenes de laboratorio	Consulta EMO Biometría Coproparasitario	Rayos X consultas (1)	Parto Normal Cesárea no complicada Legrado Histerectomía / Cirugía X Quiste de Ovario

CONJUNTO ACTUAL DE PRESTACIONES PREVENTIVAS

CATEGORÍA	Consultas	Vacunas	Chequeo Odontológico	Exámenes de Laboratorio	Valoración Nutricional	Adicionales
< de 1 año	6	Antipolio (3) DTP (3) Antisarampeon (1) BCG (1)				
De 1 a 5 años	5	Antipolio (1) DPT (1) SPR (1)	1 Obturación, adaptación, restauración	EMO, BH, Coproparasitario		
Salud Escolar Integral De 6 a 12 años	2	2 (DT y BCG)	1 Obturación, adaptación, restauración	EMO, BH, Coproparasitario	2	Valoración Auditiva y Visual
Adolescentes 13 a 18 años	2			EMO, BH, Coproparasitario y VDRL.		
Mujeres Adultas	2			BH, EMO		Papanicolaou
Hombres Adultos	2			BH, EMO, Coproparasitario		

CONJUNTO ACTUAL DE PRESTACIONES CURATIVAS

AFILIADO Independiente de su edad o sexo	Consultas Externas	Consultas de Emergencia	Exámenes de Laboratorio	Adicionales
	9	2	BH, EMO y coproparasitario (3 veces por año)	RX o Ecosonografía hasta \$10

La atención es de tipo preventivo y curativo; a nivel preventivo se incluyen las inmunizaciones y el control del niño/a sano/a y el chequeo preventivo del adulto. Se da una especial importancia a la salud oral, al control de agudeza visual y capacidad auditiva como parte de una atención más completa.

En cuanto a las prestaciones curativas hay una cobertura de exámenes complementarios y del segundo nivel de atención, no existe restricción para las prestaciones de salud mental.

5.4.8. Aplicación de Mecanismos para contención de costos o copagos

En vista de que no existen restricciones para la afiliación se espera que el seguro cuente con una cartera de beneficiarios cuyas características generales (por lo menos en teoría) sean equivalentes al promedio de la población que se atiende en el Instituto Médico.

Existe la convicción de que cualquier mecanismo de copago o contención de costos dirigido a los más pobres atenta con el principio de equidad que busca el sistema.

5.4.9. Costos Técnicos y Administrativos como porcentaje de los ingresos

Existen 246 afiliados (noviembre del 2003) de los cuales 5 son individuales, es decir cuya prima mensual es 3 dólares, los restantes 241 afiliados aportan 2,00 dólares mensuales. Esto da un total esperado de ingresos de 689 dólares mensuales. (Anexo 6).

Según el balance parcial abril 2002 – junio 2003 (Incluyendo la etapa previa al inicio oficial del Plan Piloto), los gastos administrativos del sistema que incluyen sueldos, material de oficina, equipo informático, publicidad, y otros considerados como varios, constituyeron el 59,58% de los gastos totales, el restante 40,41% corresponde a los gastos por prestaciones médicas.

Los datos anuales arrojaron un saldo negativo en términos globales, pero entre enero y junio del 2003 se evidencia una disminución de las pérdidas y tendencia a la “sustentabilidad financiera”.

Los siniestros que corresponden al segundo nivel de atención son los que determinan los gastos directos más altos del sistema, por una cirugía no complicada el SSS cancela al CMTN 208 dólares lo que implica el aporte promedio mensual de más de 100 afiliados.

5.4.10. Costo per Cápita de las prestaciones anuales otorgadas a los beneficiarios

En vista de que los afiliados varían considerablemente de un mes a otro se ha establecido un costo directo (prestaciones médicas) por afiliado y por mes, así en el mes de Octubre del 2002 primer mes del SSS fue de 0,136 dólares, en Marzo ascendió a 0,64 dólares por afiliado, en Agosto fue de 2,58 dólares por afiliado (superando el valor de la prima) y, para Noviembre del 2.003 fue de 1,39 dólares por afiliado. (Elaboración original) (Anexo 7)

Nº total Afiliados	Costo Directo Mensual por Afiliado.	Costo Indirecto Promedio Mensual por Afiliado.
44	0,13636	5,70
48	0,53354	5,70
70	0,233	5,70
70	0,65957	5,70
117	0,25051	5,70
149	0,64826	5,70
232	0,78914	5,70
232	2,17672	5,70
241	0,63743	5,70
232	0,59922	5,70
231	2,58853	5,70
238	0,74761	5,70
246	1,39333	5,70

ELABORACIÓN ORIGINAL

En promedio los gastos administrativos que incluyen sueldos del año, equipo informático teléfonos, materiales de oficina, muebles y publicidad dan un promedio mensual de 944 dólares y un costo indirecto promedio por afiliado de 5,7 dólares mensuales, este sumado al gasto promedio anual por prestaciones médicas (costo indirecto) da un gasto por afiliado de 6,77 dólares mensuales. Que representa 3 veces su aporte mensual.

5.4.11. Fondos de Reserva

Mientras el sistema no se torne sustentable no existen fondos de reserva, la fundación tampoco pone a disposición del sistema una cantidad determinada de fondos, lo que hace es cubrir las necesidades en la medida en que se van presentando.

5.4.12. Mecanismos de pago a los prestadores

El Sistema Solidario de Salud paga al CMTN bajo la modalidad de “Acto Médico” y éste a su vez paga a sus médicos bajo la modalidad per-capita, en el caso de las cirugías se establece un pago por honorarios, al finalizar el mes la administradora del Sistema Solidario de Salud autoriza la transferencia de fondos del Seguro hacia el Centro Médico previa la revisión de las prestaciones.

Los exámenes de laboratorio tienen un costo establecido, estos precios están siendo modificados porque el CMTN tercerizará este servicio entre el CMTN y la empresa tercerizada mediante el cual se dividirán las utilidades en porcentajes iguales después de descontar los gastos adoptando un sistema.

5.4.13. Selección de Riesgos

La percepción de los administradores del sistema es que no existe diferencia entre el nivel de riesgo de enfermar entre la población afiliada y la población general en relación a características que no sean la disposición a afiliarse, en vista de que el conjunto de

prestaciones ofertado por el sistema tiene un límite previamente establecido tanto el seguro como el asegurado se ajustan a estas condiciones.

5.4.14. Auditoría Interna y Auditoría Externa

La Fundación Tierra Nueva somete a todos sus programas y proyectos a procesos de auditoría interna que permiten establecer no solo el estado financiero sino la efectividad de sus intervenciones, hasta el momento no se han realizado auditorías externas a la Fundación.

5.4.15. Riesgo Moral

La posibilidad de riesgo moral se reduce porque los médicos que brindan sus servicios en la fundación no establecen ningún contacto con el Seguro y por lo tanto no existen estímulos que puedan influir perniciosamente en su ejercicio profesional, incrementando o disminuyendo la utilización de servicios, sin embargo el Seguro no tiene mecanismos establecidos que le permitan controlar la calidad de la atención o /y la idoneidad de una indicación, ni siquiera cuando se trata de atenciones de segundo nivel que representan los grandes egresos del sistema.

5.4.16. Sistema Informático

El sistema cuenta con un computador que tiene la base de datos de los afiliados, las prestaciones, los costos tanto directos como indirectos, este sistema no se encuentra conectado en red con los otros programas de la fundación, el registro de los nuevos afiliados se hace manualmente.

Sostenibilidad Institucional

5.4.17. Propiedad

“En 1992 la arquidiócesis de Quito nombra responsable de la pastoral del Sur al padre José Carolo como Monseñor de la vicaria del Sur, quien se encarga de la organización eclesial de los decanatos eclesiales, cuenta con 80 agentes pastorales y religiosos. Bajo el compromiso de ayudar a los más necesitados se crea la Fundación Tierra Nueva que legalmente se constituye en persona jurídica mediante la aprobación de los estatutos y reglamentos del Ministerio del trabajo y Bienestar social, los fines que persigue la fundación son: Implementar, Promover y ejecutar actividades y proyectos encaminados al desarrollo social, educativo, cultural, tecnológico y económico del niño familia y comunidad” (Proyecto Seguro Solidario de Salud “QUISUR”).

El Seguro Solidario de Salud es un Programa de esta Fundación que es una Organización no gubernamental sin fines de lucro, La fundación como se anotó anteriormente no recibe subsidios directos ni indirectos del estado ni de la cooperación internacional.

5.4.18. Asistencia técnica externa

El diseño del proyecto inicial fue realizado por la fundación FESALUD que tiene entre sus fines principales Promover y Participar el aseguramiento público de la salud, posteriormente han brindado asesoría técnica en diferentes momentos: la Universidad San Francisco de Quito, la Universidad de Monterrey campus Toluca y la Aseguradora Española D.V.K sobre todo en cuanto al análisis actuarial y manejo financiero.

El proyecto se encuentra en un permanente acompañamiento en la búsqueda de asegurar el cumplimiento de sus objetivos de Equidad concomitantemente a la sustentabilidad financiera e institucional.

5.4.19. Mecanismos de cobro de la prima

La Cooperativa de Ahorro y Crédito Maquita Cusunchi Ltda., nace como una respuesta a la necesidad de crédito y accesoria en gestión administrativa que tienen los propietarios de pequeños negocios que por su condición de informalidad y reducidos ingresos “no son sujetos de crédito”. Esta Cooperativa fue fundada en Abril de 1998 y

aprobada por el Ministerio de Bienestar Social mediante acuerdo ministerial N° 00325. La gestión de la cooperativa es completamente independiente del Seguro Solidario, este no es más que otro socio al igual que el Instituto Médico Tierra Nueva y la Fundación Maquita Cusunchi.

Todos los afiliados al SSS deben abrir una cuenta en la Cooperativa de ahorro y Crédito Maquita Cusunchi (Dándonos la Mano) en donde se realiza un débito mensual de 2 dólares por afiliado perteneciente al grupo familiar y 3 dólares cuando se trata de afiliado individual, este descuento se lleva a cabo el quinto día del mes, si no existen los fondos suficientes los afiliados pierden el derecho a las prestaciones, estos derechos son recuperados el momento en que el afiliado se pone al día en los pagos, y presenta su estado de cuenta con la evidencia de la disponibilidad de fondos.

Las empresas por su parte, pagan los primeros días de cada mes mediante un cheque que ingresa directamente a la cuenta del Seguro, según informes de la administradora, al momento sí bien hay un retraso en el día de pago, ninguna empresa tiene deudas con el sistema.

5.4.20. Documentación de la afiliación

Cada afiliado está identificado con un carné que difiere en color si se trata del jefe de familia o de los otros beneficiarios (Anexo 2), el carné tiene los principales datos de Identificación y la firma, este documento acompañado por la cedula de identidad atorga al afiliado el derecho a recibir la atención requerida, siempre y cuando se encuentre en la lista de socios activos (al día en los pagos) no existe diferencia en la cobertura entre el afiliado directo y los beneficiarios.

5.4.21. Acciones de Información al grupo destinatario

Existe una diaria difusión encaminada a todos los usuarios del Instituto Médico Tierra Nueva mediante charlas y entrega de folletos informativos a las empresas mediante carpetas informativas y visitas personales y a los habitantes del sector a través de los distintos dispensarios parroquiales.

Alumnas del Instituto Tecnológico de Monterrey Campus Toluca desarrollo para el sistema un estudio llamado “Estrategias de mercadeo y ventas para el Sistema Solidario de Salud” encontrando fallas en sus estrategias de promoción las mismas que se resumen en la inadecuada identificación del mercado meta, el perfil de quien realiza el proceso de venta, errores de forma en la presentación y difusión de los servicios además de los escasos esfuerzos dirigidos a su comercialización, por lo que sugiere algunas estrategias necesarias como la contratación de una vía telefónica directa, de personal capacitado en mercadeo que puedan utilizar adecuadamente herramientas como publicidad, relaciones públicas y venta personal, además de la necesidad de intensificar la coordinación con las empresas a través tanto de sus gerentes (quienes toman la decisión de contratar el seguro) como de los empleados (futuros usuarios del sistema) y de emparejar las necesidades de los usuarios con el conjunto de prestaciones ofrecidas.

El SSS cuenta con una oficina independiente que funciona en el edificio del CMTN a donde concurrir los interesados para recibir información.

5.4.22. Aspectos legales y personería jurídica

La Fundación Tierra Nueva está legalmente constituida y aprobada mediante el acuerdo Ministerial número 0500 del 13 de mayo de 1977, posteriormente fue reformada y publicada en el registro oficial del 22 de Diciembre de 1992, el Sistema Solidario de Salud por ser un nuevo proyecto e la Fundación comparte sus estatutos y reglamentos.

El momento de la afiliación el beneficiario legaliza su pertenencia mediante la firma de los documentos de acreditación entre los que se encuentran: una autorización de descuento de la Cooperativa de Ahorro y Crédito, el “Instructivo del usuario” en donde está la información que requiere para usar los servicios médicos a los que tiene derecho, una hoja de “definición de términos” que le permitirá al afiliado familiarizarse con el lenguaje del aseguramiento y el carne.

El Sistema Solidario de Salud se reserva el derecho a suspender las prestaciones a los usuarios por dos razones, cuando no existen los fondos suficientes que permitan debitar la prima correspondiente y, cuando se compruebe falta de veracidad en los datos proporcionados en la declaración de salud.

5.5. CONTRIBUCIÓN A LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y DEMOCRATIZACIÓN DEL SECTOR

Esta pregunta está encaminada a conocer si existe algún tipo de participación consultiva, ejecutiva, decisiva, representativa o de veeduría; lo que se encontró es que los afiliados participan con sus aportes pero no existe una organización comunitaria de base que gestione o promueva mecanismos de participación en la toma de decisiones; lo que existe es una especial sensibilidad a los comentarios y opiniones emitidas directamente o a través de las encuestas de satisfacción de usuarios.

5.6. EL MANEJO DE LOS MEDICAMENTOS

La farmacia del Instituto Médico Tierra Nueva despacha la medicación a todos los usuarios del Centro Médico, a los Afiliados al SSS y a cualquier persona particular, atiende de 7 de la mañana a 10 de la noche de Lunes a Viernes con horario ininterrumpido, Los sábados, domingos y días feriados desde las 8 de la mañana hasta las 20 horas.

Según la administradora de este servicio los precios tienen un descuento que va entre el 5 y el 10% con respecto a las otras farmacias del sector, cuando cuentan con donaciones nacionales e internacionales el costo del medicamento es del 50% en relación al precio en el mercado local, la farmacia otorga descuentos adicionales a las personas de muy bajos recursos económicos previa la categorización realizada por el servicio social “han existido casos en que se ha descontado el 10, el 50% e incluso se ha exonerado del pago cuando se trata de un indigente”.

La farmacia no otorga crédito a nadie a excepción de los trabajadores de la fundación, por lo tanto los afiliados al SSS no gozan de ventajas adicionales al resto de usuarios, cuando se trata de vacunas que forman parte del conjunto de prestaciones, los afiliados al SSS llevan una autorización que les exonera del pago.

5.7. VINCULACIÓN CON LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS

Se investigó si existe alguna relación explícita o implícita con la red pública de servicios, algún tipo de convenio de intercambio de servicios, colaboración del personal sanitario conversaciones de coordinación o cualquier otro tipo de vinculación entre la experiencia se concluyó que del micro segundo y la red pública de servicios, en cualquiera de sus niveles. No existe una coordinación con ninguna de las estructuras de servicios de salud, el hospital Enrique Garcés que queda en el mismo sector recibe a los pacientes que son transferidos del IMTN como lo haría con cualquier otro.

Los directivos de la Fundación han hecho intentos por vincularse con el Programa de Maternidad Gratuita para poder Licenciar a la maternidad del CMTN como una unidad prestadora de servicios, esto se evidencia en el Proyecto enviado con información cuidadosamente preparada que no tuvieron respuestas. (Anexo 5)

CAPITULO VI

6. EL MICRO SEGURO SOLIDARIO DE SALUD EN EL CONTEXTO DE OTRAS EXPERIENCIAS DE MICRO SEGUROS COMUNITARIOS

Las reflexiones explicitadas aquí están basadas principalmente pero no exclusivamente en fuentes de información que describen Experiencias de casos de Micro seguros Comunitarios de Salud en África (22), América Latina y El Caribe (11), Experiencias nacionales individuales como Prosa musa y Colinas del norte

6.1. ASPECTOS GENERALES

El Seguro Solidario de Salud es un Sistema “Seudo Integrado” con el Centro Médico Tierra Nueva porque existe una autonomía financiera y administrativa entre estos dos sistemas pero esta independencia no es total porque el Seguro no puede tomar decisiones independientes alejadas de los otros proyectos de la Fundación, por ejemplo no puede decidir contratar otro prestador de servicios.

El Seguro Solidario de Salud mantiene una prima de costo medio no ajustada al riesgo, cuenta con un financiamiento de tipo mixto y; aunque evidencia una sostenida curva de crecimiento ha logrado baja penetración a nivel de la población objetivo.

Existen evidencias que hablan acerca de una importante sostenibilidad institucional, pero no financiera, al momento no existe participación activa de la comunidad en la toma de decisiones y no existe vinculación con la red pública de servicios. (Anexo 5)

6.2. CONTRIBUCIÓN ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EQUIDAD

Los ingresos medios de la población objetivo del seguro, la ausencia de coopagos, la presencia de prima no ajustada al riesgo, el incremento permanente y sostenido en su demanda y el incremento de la demanda de los servicios en el paquete preventivo

incluyendo la salud oral sobre todo en niños/niñas, habla de la contribución que este Seguro hace a la Equidad en salud, esto concuerda con las conclusiones a las que llega el estudio realizado por la OIT/ OPS /OMS que reporta “en términos generales se puede afirmar que la mayor parte de las experiencias analizadas han contribuido a hacer más equitativo el acceso a la salud en los ámbitos territoriales donde se han desarrollado, permitiendo a grupos de población acceder a más y mejores atenciones de salud” sin embargo en este reporte de los 11 casos de Micro Seguros Comunitarios de Salud analizados por ellos únicamente la Empresa Solidaria de Salud Coesperanza-Colombia y El seguro del Agricultor del Perú tienen evidencias del incremento en la utilización de los servicios, los demás micro seguros basan sus conclusiones en la apreciación subjetiva desde la oferta y carecen de registros cuantitativos.

En el estudio realizado por la OIT al que se ha hecho referencia anteriormente, únicamente tres casos: el Seguro Comunitario Solano en Ecuador, el Seguro del agricultor en Perú y Fundación de desarrollo nacional en Honduras no tienen sistemas de copagos, las otras 8 experiencias tienen copagos iguales o diferenciados por prestaciones lo que contribuye a su sostenibilidad financiera pero como se ha defendido a lo largo de esta investigación no solo que rompe con el principio básico de equidad sino que constituye un impuesto al enfermo.

6.3. CONTRIBUCIÓN AL INCREMENTO EN LA CALIDAD DE SERVICIOS

La disminución en el tiempo de espera en los diferentes momentos de la atención hace que el afiliado perciba un incremento en la calidad de las prestaciones que se expresa en la encuesta de satisfacción de usuarios y en la creciente demanda de la afiliación. Si bien existe un importante porcentaje de afiliados que se encuentran en deuda este porcentaje es inferior en promedio 30%, de todas maneras tratándose de población con escasos recursos económicos la mora no siempre es un indicador indirecto de insatisfacción, si tomamos en cuenta que el pago por familia de 4 miembros corresponde al 6% del salario mínimo vital (135 dólares) a la fecha.

Si tomamos en cuenta la evolución que ha sufrido el conjunto de prestaciones podemos interpretar que esta respondió a la búsqueda de un punto de equilibrio en donde la oferta y la demanda se encuentren cuidando la sostenibilidad financiera a largo plazo.

El Seguro Solidario de Salud presenta un incremento en la demanda de servicios de sus afiliados y existe entre sus afiliados un consenso casi unánime de percepción de incremento en la calidad de la atención relacionada con la facilidad para obtener citas y la disminución del tiempo de espera, también explicitan su disposición a pagar más por un paquete más completo.

En este punto los estudios de casos exponen visiones diferentes: los estudios de mutuales africanas indican que “los prestadores de servicios con centros pequeños que no tienen las capacidades necesarias para responder al conjunto de necesidades de la población”.

Desde el lado de la oferta de servicios existe en todas las experiencias incluyendo el Seguro Solidario de Salud un consenso general de que los usuarios están satisfechos porque renuevan la afiliación, disminuyen los tiempos de espera, mejoran el acceso a la atención, lo que determina un incremento de la demanda de servicios.

6.4. ASPECTOS RELACIONADOS CON LA EFICIENCIA

Con respecto a la sostenibilidad financiera el SSS no es diferente a muchas otras experiencias revisadas, los ingresos cubren los gastos directos dejando un déficit en lo que corresponde a los gastos administrativos que incluyen los gastos previos relacionados con el estudio de factibilidad, diseño, implementación y promoción.

Como se indicó anteriormente, tratándose de un financiamiento de tipo mixto existe, contribución de los afiliados en forma individual o familiar, contribución de los empresarios y donaciones voluntarias altruistas nacionales e internacionales pero no existen contribuciones de organismo de cooperación internacional ni dependencias

estatales, centrales ni locales directas o indirectas lo que le otorga al seguro un cierto grado de independencia financiera.

Si bien la sostenibilidad financiera se convierte en un problema complejo por que se trata de experiencias pequeñas que concentran a la población más vulnerable en donde es imposible pretender que el riesgo no se dispersa, existe en este micro seguro una tendencia a la sustentabilidad.

Con respecto a la prima con ajuste de riesgo El Seguro Solidario de Salud no tiene una prima ajustada al riesgo, en este caso al igual que sucede con respecto a los mecanismos de copago, el hecho de cobrar a un enfermo más que a una persona sana implica que se rompe el subsidio cruzado entre sanos y enfermos, jóvenes y viejos, ricos y pobres y hombres y mujeres, característica básica que diferencia un Seguro Comunitario de un Sistema de Aseguramiento privado de bajo costo

El Seguro Solidario de Salud no ha desarrollado sistema que permita realizar análisis actuarial con miras a prever los gastos futuros y conocer las características de riesgo de la población afiliada condición necesaria para cumplir con los requisitos para una gestión gerencial adecuada de un sistema de aseguramiento, esta debe ser una condición necesaria independiente de que exista una decisión de ajustar o no la prima al riesgo encontrado.

El Seguro Solidario de Salud tiene altos costos administrativos con respecto a los costos por siniestro dado el escaso número de afiliado y el corto tiempo de funcionamiento, cuando el número de asegurados se incremente los costos fijos pueden ser divididos entre un mayor número de afiliados lo que sin duda permitirá cambiar esta situación.

En cuanto a las Auditorías interna y externa el S.S.S. está sometido a un permanente control lo que asegura un pulcro manejo de las finanzas, sin embargo se debe reconocer que si bien este es un control externo a la administración del seguro no deja de ser un control interno de la Fundación en el que no participa la población afiliada.

La Empresa Solidaria de Salud CooEsperanza de Colombia que ostenta una importante sostenibilidad financiera cuenta con 42.000 afiliados financiados 100% con fondos estatales, tiene adicionalmente mecanismos de copago, paga a los prestadores un porcentaje Per Cápita y el resto por prestación de servicios.

6.5. SOSTENIBILIDAD INSTITUCIONAL

Existe personería jurídica, Sistemas de control legal, Estatutos de funcionamiento, reglamento interno, administrador de contabilidad y una relativa autonomía entre financiadores y prestadores. El plan de beneficios está claramente establecido y la prima no tiene relación con el riesgo aunque si tiene relación con análisis de costos por actividad.

Las fortalezas que pueden contribuir a la sostenibilidad tanto financiera como Institucional del SSS son:

- Un pulcro manejo de las finanzas.
- La presencia de administradores contables.
- El incremento porcentualmente importante de nuevos afiliados.
- El incremento de la calidad percibida desde el lado del usuario y el acompañamiento de Asesoría Técnica en el diseño, la implementación y su constante evaluación.

6.6. CONTRIBUCIÓN A LA PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD Y DEMOCRATIZACIÓN DEL SECTOR.

Si revisamos la definición de Micro seguros Comunitarios de Salud encontramos que la participación de la comunidad y la contribución a la Equidad constituyen elementos medulares esenciales que le otorgan a un MICRO SEGURO COMUNITARIO tal condición en posición a un seguro privado de bajo costo, las hipótesis relacionan la sostenibilidad institucional a una mayor participación porque se encuentra una cierta asociación entre gestiones con mayor participación de los afiliados y definición de

paquetes de salud que incluyen otras prestaciones además de atención primaria en tres casos: odontología en el caso de Nicaragua, enfermedades catastróficas en el caso colombiano y atención secundaria en Tupiza; en todos estos casos la población afiliada ha realizado acciones dirigidas a ampliar el tipo de prestaciones de salud.

Sin embargo también el caso Uruguay en donde existiendo un alto grado de participación comunitaria el paquete de prestaciones se reduce solo a la atención primaria y a la inversa, existen casos donde a pesar de existir una escasa participación de los afiliados sus paquetes incluyen prestaciones de mayor complejidad (Ecuador, Argentina y IPTK-Bolivia).

Los estos estudios permiten concluir que estas iniciativas contribuyeron a extender el acceso a los servicios de salud en el sector rural e informal pero según ellos “la mayor contribución que las mutuales hacen es a la democratización y gobernabilidad del sector” porque permiten una representatividad de los miembros de las comunidades ante las autoridades y una mayor vinculación entre los servicios y los usuarios de los servicios de salud”

6.7. MANEJO DE MEDICAMENTOS

Los afiliados al Seguro Solidario de Salud no cuentan con una ventaja adicional con respecto a los usuarios del CMTN, los medicamentos siguen siendo para ellos como para cualquier persona carente de afiliación parte de sus gastos directos o gastos de bolsillo;

6.8. VINCULACIÓN CON LA RED PÚBLICA DE SERVICIOS

Esto resulta un parámetro indirecto tanto de sostenibilidad institucional como de la participación de los afiliados porque en la medida en que ellos se organizan desarrollan una mayor capacidad para demandar del Estado un incremento de la cobertura del segundo y tercer nivel de atención, en el caso del SSS esta es una opción que los administradores no han perdido de vista.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Las evaluaciones que se han hecho sobre la contribución de los Micro Seguro Comunitarios de Salud son de carácter cuantitativo, considerando a los seguros comunitarios de salud como seguros privados de bajo costo, han respondido a esta lógica de mercado que envuelve todos los espacios de reflexión incluyendo los académicos del más alto nivel.

En términos generales “se puede afirmar que la mayor parte de las experiencias analizadas han contribuido a hacer más equitativo el acceso a la salud en los ámbitos territoriales donde se han desarrollado, permitiendo a grupos de población acceder a más y mejores atenciones de salud”.

Este mejoramiento parece ser independiente de la forma de organización y de funcionamiento y está determinada por ciertas características de los grupos objetivo, como la ruralidad, los niveles de ingreso, y la pertenencia a grupos organizados”

De los 11 casos de Micro seguros Comunitarios de Salud analizados por OIT y OPS únicamente La Empresa Solidaria de Salud Coesperanza-Colombia y El seguro del Agricultor del Perú registran un incremento en la utilización de los servicios, los demás no tienen indicadores de producción de servicios que confirma esta afirmación.

Los estudios de casos Africanos, concluyen que estas iniciativas contribuyeron a extender el acceso a los servicios de salud en el sector rural e informal, pero la mayor contribución que las mutuales hacen es a través de la democratización y gobernabilidad del sector permitiendo una representatividad de los miembros de las comunidades ante las autoridades, la articulación entre los servicios y los usuarios de los servicios de salud.

El Seguro Solidario de Salud presenta un incremento en la demanda de servicios de sus afiliados y, la utilización del paquete preventivo sin embargo, concluir que se ha incrementado la cobertura puede ser apresurado ya que los afiliados tendrían acceso a

las prestaciones en el Centro Médico Tierra Nueva sin que sea necesaria la afiliación al seguro.

En cuanto al incremento en la calidad existe percepciones diferentes, los estudios de mutuales africanas indican que los prestadores de servicios son centros pequeños que no cuentan con las capacidades que permitan responder al conjunto de necesidades de la población, mientras en las experiencias Latinoamericanas y del Caribe se escribe: “ ha mejorado el precio, la calidad y oportunidad de las prestaciones y aunque al momento “ no existen datos Objetivos “ el estado de salud de la población ha mejorado, los afiliados están satisfechos con el paquete de prestaciones y les gustaría recibir más servicios.

En el Servicio Solidario de Salud de Guatemala el 33% de la población califica al servicio como muy bueno, el 32% como bueno, 8% regular y 1% malo.

En el caso del Seguro Solidario de Salud existe un consenso casi unánime de percepción de incremento en la calidad de la atención relacionada con la facilidad para obtener citas y la disminución del tiempo de espera, también explicitan su disposición de pagar más por un paquete más completo a pesar de que la mora está relacionada con la poca disponibilidad de dinero.

En el caso de la Policlínico Única José Pedro Varela también tiene una alta sustentabilidad financiera, llega a 1717 afiliados con 6440 beneficiarios, tiene una cuota fija no ajustada al riesgo pagada en su totalidad por los afiliados, tiene establecidos mecanismos de copagos y paga a los prestadores de servicios por hora y por prestación.

Tres casos El Seguro Comunitario Solano en Ecuador, El Seguro del agricultor en Perú y Fundación de desarrollo nacional en honduras No tienen establecidos sistemas de copagos, las otras 8 experiencias tienen copagos iguales o diferenciados por prestaciones.

Esta situación se agrava en los casos que se mantienen gracias al aporte de la cooperación internacional (R. dominicana, IPTK-Bolivia y Nicaragua). Un caso extremo de inviabilidad como seguro de salud en el mediano plazo es el caso del Seguro Agricultor Tacna-Perú, que ha presentado déficit financiero permanente desde su creación. La situación anterior se produce por cuanto casi todos estos sistemas están dirigidos a poblaciones de bajos ingresos, y que en general tienen un riesgo de salud más alto que el general de la población.

Por otro lado, la prima del Seguro Solidario de Salud no se ajustan al riesgo de los afiliados, lo cual podría eventualmente disminuir los déficit, de allí surge la necesidad de buscar la coordinación con el estado.

Las mutuales Africanas nacen en contextos rurales con organizaciones comunitarias de base más sólidas, en muchos de los casos directamente vinculadas con la red pública o están totalmente financiadas desde el gobierno, que buscan adaptar la oferta de servicios a las variadas necesidades locales, sin embargo se reconoce también que la mayoría de ellas son experiencias relativamente jóvenes que no permiten análisis de largo plazo.

En el caso de Colinas del Norte SICSI cuenta con una organización comunitaria de base recibe fondos del Estado a través de un préstamo del Banco Mundial al gobierno Nacional, lo que evidencia un punto crítico que es la sostenibilidad Financiera más no institucional.

No existe una relación jerárquica diferenciada entre El Sistema de Seguros y El Centro Médico, este último establece los precios que deberán ser pagados como no existe un análisis de costos anuales no se puede establecer al momento si hay subvención en el precio o si corresponde al valor real de la producción del servicio.

El CMTN ofrece también los mismos servicios a quienes están fuera del sistema de aseguramiento pero con otras condiciones y precios.

El Sistema hace una contribución a la Equidad cuando se incrementa el número de personas afiliadas, al no tener copago ni deducibles, y con la permanente promoción o del conjunto preventivo de prestaciones y, no lo hace cuando Las complicaciones de la cirugía son pagadas por el usuario como si se tratara de un impuesto a la complicación, cuando la afiliación individual tiene un costo más alto que el familiar o cuando el costo de la prima por una familia de 5 miembros (promedio de la población general) es significativo en relación a los ingresos promedio de los pobres

Con respecto a la sostenibilidad financiera el SSS no es diferente a muchas otras experiencias revisadas, Los ingresos cubren los gastos directos dejando un déficit en lo que corresponde a los gastos administrativos que hoy por hoy son los de monto mayor debido a que incluyen los gastos relacionados con el estudio de factibilidad, diseño, implementación y promoción.

Esto permite definir al financiamiento como de tipo mixto porque existe, contribución de los afiliados en forma individual o familiar, contribución de los empresarios y, donaciones nacionales e internacionales a través de la fundación.

No existe contribución de organismo de cooperación internacional y tampoco contribuciones estatales centrales ni locales directas o indirectas.

Existe personería jurídica, Sistemas de control legal, Estatutos de funcionamiento y reglamento interno, administrador de contabilidad y una relativa autonomía entre financiadores y prestador. El plan de beneficios está claramente establecido y la prima no tiene relación con el riesgo aunque si la tiene con un Análisis de Costos por Actividad.

Si revisamos la definición de Micro seguros Comunitarios de Salud encontramos que la participación de la comunidad constituye un elemento central, existen hipótesis que relacionan la sostenibilidad institucional a una mayor participación, no existen datos concluyentes respecto al mayor control social sobre el “riesgo moral”, sin embargo este

punto es destacado en el caso de Nicaragua, donde este elemento es señalado espontáneamente por los propios afiliados.

En resumen podemos decir que Los Seguros Comunitarios de Salud son alternativas validas para el incremento en la protección de salud para la población vulnerable, sin embargo la literatura desplegada al respecto puede inducir y muchas veces impedir una reflexión crítica con respecto a dos aspectos substanciales:

1. **La ausencia de copagos** no debería ser concebida como una complicación por el contrario la condición de Seguro Comunitario de Salud (a que no es un seguro de salud barato) de un seguro comunitario es diferente desde su concepción, por lo tanto la presencia del copago no puede ni debe otorgar puntaje a favor porque el copago es y seguirá siendo “Un impuesto a los enfermos”.

No podemos olvidar que el copago se creó para evitar el riesgo moral y el sobreuso de los servicios condición asociada a entornos sociales, culturales y económico diferentes; seria irreflexivo extrapolar este comportamiento a entornos en los cuales las personas buscan alternativas formales cuando ya han agotado todos los recursos a su alcance; entornos en los cuales el enfermo y sus familiares deben caminar largas horas a pie o incurrir en altos costos de oportunidad para movilizarse hacia un centro de atención de salud.

¿De que serviría todo el esfuerzo desplegado para estimular una demanda oportuna si vamos a colocar barreras económicas de acceso a la ya limitada oferta?

2. **Con respecto a la prima con ajuste de riesgo** hacemos la misma reflexión que con respecto a los mecanismos de copago, el hecho de cobrar a un enfermo más que a una persona sana implica romper el subsidio cruzado entre sanos y enfermos entre jóvenes y viejos, entre ricos y pobres o entre hombres y mujeres; Una cosa es que se realice un análisis actuarial que permita prever los gastos futuros y otra diferente que se lo haga con el fin de establecer primas diferenciadas que rompen no solo con

el principio de Equidad más básico sino y sobre todo con la lógica del aseguramiento comunitario.

El fin último de toda reflexión teórica y esfuerzo práctico es la búsqueda de estrategias, espacios y herramientas que permitan contribuir que hombres, mujeres, niños y niñas, ancianos, y enfermos tengan opción de vivir una vida más sana y creativa, el disfrute de libertad y respeto.

La salud no es un fin por sí mismo sino una condición a través de la cual se garantiza el bienestar del individuo, principio y fin de toda política pública.

ANEXOS

ENTREVISTA

DENTRO DE UN ESTUDIO DE CASO

ANÁLISIS DE MICROSEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD

Se trata de una ENTREVISTA SEMI ESTRUCTURADA y CENTRADA, se eligió esta modalidad por las siguientes consideraciones:

- La persona entrevistada no estaba dispuesta a otorgar mucho tiempo a la entrevista.
- Tratándose de una técnica en la materia, la entrevista podía desarrollarse sobre la base de temas preestablecidos y usando un lenguaje técnico comprendido por ambas partes.
- Esta metodología permitía, manejar la información hacia los temas específicos, sin necesidad de limitar la opinión de la entrevistada a una sola palabra como sucede en el caso de las entrevistas cerradas, permitiendo un mayor grado de profundidad.
- La entrevista a directivos actuales y pasados del micro seguros comunitarios permitirá una evaluación desde adentro, las personas a quienes se ha entrevistado han sido elegidas por el rol que desempeñan o han desempeñado dentro de la organización, este rol les ha permitido tener un conocimiento profundo del funcionamiento del micro seguros y un contacto permanente con los afiliados lo que les otorga la condición de EXPERTOS de ese caso particular.
- Se eligió a la persona con el código 001 porque es ella quien al momento se encuentra encargada de todo el micro seguro comunitario de QUITO SUR.

OBJETIVO GENERAL

Conocer desde adentro el desarrollo de los Micro seguros Comunitarios y, la contribución actual y potencial de estas experiencias al mejoramiento de las condiciones de salud y de vida de las comunidades en las cuales se hallan inmersos.

OBJETIVO ESPECÍFICO

Conocer la contribución de los Seguros Comunitario

1. A la Equidad y Eficiencia.
2. Al mejoramiento en la calidad de los servicios de salud.
3. A la participación comunitaria
4. A la vinculación con la red pública de servicios.

FORMATO DE LA ENTREVISTA

FECHA:

Martes 11 de Noviembre 2003 a las 12 horas 30 minutos hasta las 14 horas.

EVENTO:

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA FOCALIZADA

PARTICIPANTES:

Entrevistada Código 001

Entrevistadora

Dra. Diana Almeida

TEMA PRINCIPAL:

El Seguro Solidario de Salud su funcionamiento y contribución al mejoramiento de las condiciones de salud de la población afiliada.

IMPRESIONES PERSONALES:

La entrevista se desarrollo en el ambiente de trabajo de la entrevistad, lo que permitió que ella sustente sus afirmaciones con repetidas consultas a las cifras y datos archivados en su computador, lo que permitió un importante nivel de detalle, existió un ambiente relajado pero solemne. Percibí que había una apertura total respecto a la información, y que en ella descansaban todas las responsabilidades del manejo del Seguro, así mismo percibí que existía una preocupación permanente por evaluar la satisfacción de los usuarios, se habían llevado a cabo encuestas y entrevistas a los afiliados además de un seguimiento minucioso a cada una de las quejas recibidas. Se concebía a la queja como una ayuda.

La entrevistada hacia una diferenciación entre del sistema de prepago Materno y del sistema de aseguramiento, y utilizaba cada uno de estos términos en forma diferenciada.

Percibí una gran preocupación personal por cumplir con la misión de la Fundación “por la cobertura de los más pobres”

Después de concluida la entrevista la entrevistada expreso su inquietud por los costos en honorarios profesionales y el exceso de alumbramientos que terminan en cesaría en relación con aquellos que lo hacen por parto natural y las escasas posibilidades de control que los sistemas de salud tienen sobre la decisión del médico, ella encontraba en esto una oportunidad para que los incentivos económicos primen sobre la real necesidad de los pacientes.

Su formación de base, en Obstetricia y en Administración de Servicios de Salud le ha ayudado ha tener una visión más amplia del funcionamiento del micro seguro en cuanto a sus aspectos financieros, y administrativos, pero no percibí que la participación comunitaria fuera un tema de interés central ni en la Fundación ni en el Sistema Solidario de Salud.

Existe una preocupación permanente por la equidad y el servicio a los más pobres vinculados con los costos cada vez más altos de los servicios de salud que ofrece el Seguro Solidario de Salud.

Su vinculación con una maternidad Pública en la cual trabaja los fines de semana le permite establecer comparación de costos y de calidad de atención. Encuentra que el costo de las prestaciones obstétricas dentro del Centro Médico Tierra Nueva (a pesar de que no forman parte del conjunto de prestaciones del SSS) es muy alto excluyendo de entrada a la gente más pobre, reiterando las afirmaciones anteriores sobre el hecho de que los servicios sean enfocados a la clase media y media baja con capacidad de pago, el parto normal cuesta alrededor de 200 dólares.

A mi modo de ver ella es una informante clave, porque es quien promociona, afilia, maneja las estadísticas de siniestros, recibe las quejas de los usuarios y autoriza los pagos a los proveedores del servicio.

HIPÓTESIS TEÓRICAS

En esta como en casi todas las experiencias de micro seguro publicadas la sustentabilidad financiera es un tema crítico, el retraso en el pago de la prima contribuye a disminuir las probabilidades de sustentabilidad financiera.

No existe un análisis actuarial que permita que la prima se ajuste al riesgo, pero por otro lado, la escasa capacidad de pago de los afiliados impide mover el costo de la prima más allá de un límite, por otro lado este micro seguro tiene muy pocos afiliados.

En vista de que el SSS exige una cierta capacidad pago por parte de los usuarios, el objetivo de cubrir a los más pobres no se cumple en la medida planificada y deseada.

El nivel de penetración del Seguro en la población objetivo es mínimo, si bien existe una separación de funciones entre el Seguro y la Fundación, no existe una nítida relación jerárquica entre el asegurador y el prestador de los servicios en la que el

prestador se sujete a las condiciones impuestas por el Seguro. De hecho EL PODER (de negociación) no lo tiene el Seguro.

Existe una percepción de mejoramiento en la calidad de la atención por una disminución del tiempo de espera.

INTERROGANTES

Existe alguna diferencia especial entre las personas que deciden afiliarse con aquellas que no lo hacen en aspectos adicionales a la capacidad de pago. La pregunta clave es ¿Porque no existe una mayor cantidad de afiliados al sistema?

¿Cuales son las diferencias entre los afiliados que se encuentran al día en los pagos y los morosos, bajo el supuesto de que ambos expresaron su decisión voluntaria al afiliarse al sistema?

ANÁLISIS DE LA ENTREVISTA

El Seguro Solidario de Salud se encuentra en una etapa de “PLAN PILOTO” está financiado directamente por los usuarios e indirectamente por donaciones nacionales e internacionales, no cuenta con financiamiento público ni se vincula con la red pública de servicios.

No responde a las necesidades de salud de la gente más pobre, pero responde a las necesidades de salud de los afiliados.

Existe un mejoramiento en la calidad de los servicios si se toma a la disminución del tiempo de espera como un parámetro de mejoramiento de la calidad.

El cobro de la prima es un punto que dificulta la sustentabilidad a corto y mediano plazo, existe un porcentaje mayor de morosos y con lo que se recaudan se cubren los

costos directos pero no los costos administrativos del sistema (No existe Sustentabilidad financiera)

Existe un control riguroso de los gastos y de los siniestros, así como un control interno (de la organización) del manejo financiero, pero no existe un control del ACTO MÉDICO que evite el riesgo moral.

La gran cantidad de documentos existentes evidencia el grado de preocupación por la difusión del sistema.

Los afiliados son personas con riesgos de enfermedad más altos. , Por su condición social y económica.

CONCLUSIONES

El Seguro Solidario de Salud funciona con donaciones nacionales e internacionales canalizadas únicamente a través de la FMTN, a estos fondos se suman las primas que pagan los afiliados.

La contribución de los afiliados permite cubrir los gastos de atención médica directa (Siniestros), pero no es suficiente para cubrir los gastos administrativos, por lo tanto en este momento el seguro no es auto sustentable.

El SSS contribuye a la equidad horizontal, pero no contribuye a la equidad vertical, existe un mejoramiento en la calidad del servicio al disminuir el tiempo de espera y otros trámites administrativos.

Los trámites que debe hacer un afiliado en relación con una persona no afiliada son significativamente menores.

Esta organización ha familiarizado a los pobres con el concepto de aseguramiento, prevención y control médico.

No existe participación de los afiliados en las decisiones, sin embargo existe una especial sensibilidad de la organización para acoger quejas, evaluar la satisfacción de los usuarios y los puntos críticos de la atención médica.

No existe ninguna vinculación con la red pública de servicios, los intentos por vincularse con la Ley de Maternidad Gratuita no tuvieron respuesta.

CODIGO 002

¿CUÁL ES SU FORMACIÓN PROFESIONAL?

Soy Obstetra, e hice una Maestría en Administración de Servicios de Salud

¿QUE CARGO OCUPA USTED?

Soy la Administradora del Seguro Solidario de Salud.

¿QUE TIEMPO DE VINCULACIÓN TIENE CON EL SEGURO SOLIDARIO DE SALUD?

Yo me vincule con el Seguro Solidario de Salud en el mes de abril del año dos mil dos, en aquel entonces se estaba armando el proyecto, El proyecto empieza a funcionar para los afiliados en el mes de Octubre del 2002.

¿PORQUE SE CREO UN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO?

CUALES FUERON LOS OBJETIVOS AL CREAR ESTE MICROSEGURO?

Permitir que los usuarios del Centro Médico accedan a los servicios de salud que necesitan.

¿CÓMO SE FINANCIA EL SEGURO?

Con fondos de la Fundación y aportes de los usuarios, al momento existen 133 familias afiliadas y un total de 261 personas afiliadas, cada persona aporta dos dólares mensuales, no existe primas diferenciadas entre los distintos afiliados.

No existen en el Seguro fondos del estado, tampoco aportes directos del sector privado o de la Cooperación internacional. Las donaciones se canalizan a través de la fundación Tierra Nueva.

¿CUANDO INICIO EL MICROSEGURO. EXISTIÓ UN ESTUDIO PREVIO?

Si, existió un estudio de factibilidad realizado por la Dra. Beatriz Rivadeneira, que indicaba que era posible la creación del Seguro.

¿CÓMO HA VARIADO LA AFILIACIÓN Y LA RENOVACIÓN DEL SEGURO CON RESPECTO AL AÑO DE INICIO?

En el mes de octubre del año dos mil dos iniciaron 22 familias y poco a poco se ha incrementado, también existen al momento dos instituciones que han afiliado a su personal.

¿EXISTE ALGÚN TIPO DE RESTRICCIÓN PARA LA AFILIACIÓN?

No, ninguna, pero si alguien requiere algún tipo de atención que no forma parte del seguro TIENE QUE cancelar aparte, Una apendicetomía por ejemplo, está cubierta por el seguro, pero si durante la cirugía existen complicaciones el costo de esta complicación debe ser pagada por el afiliado, todo lo que sale del seguro debe ser cancelado aparte.

¿SE HACE ALGÚN EXAMEN PREVIO A LA AFILIACIÓN?

No ninguno, en inicio se hizo un paquete que cubría embarazo y parto a un costo de 2,50 dólares mensuales por afiliado, pero este paquete no tuvo acogida, ahora el control prenatal y el parto forma parte de una modalidad diferente en la que existen alternativas de prepago

¿EXISTEN PROBLEMAS PARA AFILIAR A PERSONAS CON ENFERMEDADES PREEXISTENTES?

No ninguno, pero solo tiene derecho a las atenciones que tienen todos los demás afiliados.

¿EXISTEN PROBLEMAS PARA QUE UNA EMBARAZADA SE AFILIE?

No, pero el seguro no le va a cubrir el parto porque no es parte del Seguro.

¿DE DONDE VIENEN LOS AFILIADOS, COMO LLEGAN, CUANTO TIEMPO TARDAN LOS MÁS LEJANOS?

Vienen de diversos lugares, el mayor porcentaje del Sur de Quito más frecuentemente de Guamani, Chillogallo, Quito Sur y Solanda. Al momento sé esta armando la red de

servicios parroquiales en Chillogallo, Santa Rita Cuájalo y la Lucha de los pobres, pero todavía no existe atención.

¿CÓMO SE MIDE LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS?

Se realizó una encuesta, previa la validación de un instrumento, los resultados indican que están satisfechos el noventa por ciento de los afiliados, existe demanda por más servicios y, a la pregunta de cual es la disposición a pagar existió poca gente que estuviera dispuesta a incrementar el pago.

En el Centro Médico los afiliados al Seguro Solidario tienen prioridad en la atención, se logra que se atiendan entre los primeros, si es de institución tienen una mayor prioridad aún porque se da facilidad para que trabajen.

Las citas se pueden coger por teléfono y no hacen cola, o bien se acercan a la dirección que yo mismo les tomo las citas.

¿EN QUE PORCENTAJE SE RENUEVA LA AFILIACIÓN?

Se hace una renovación de la afiliación cada año, en el mes de enero se hará la renovación, el descuento se hace a través de la cooperativa MCCH, si no pertenecen a la cooperativa deben pagar de todo el año al inicio.

¿EXISTEN DESAFILIACIONES?

Cinco personas se desafilieron a mitad del año por problemas económicos y por cambio de domicilio pero ninguna lo ha hecho por insatisfacción con el servicio que da el Seguro.

¿QUE PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN SE ENCUENTRA AL DIA EN LOS PAGOS DEL SEGURO?

Más o menos el veinticinco por ciento de los afiliados son morosos, si existe fondos insuficientes en su cuenta pierden el derecho al servicio, los descuentos se realizan los días cinco de cada mes si se atrasa, se le saca de la lista de afiliados y por lo tanto

pierden los derechos, a veces se acercan a cancelar directamente cuando requieren de los servicios.

¿CÓMO HA EVOLUCIONADO EL CONJUNTO DE PRESTACIONES DESDE EL INICIO?

El primer paquete que se ofreció incluía atenciones de segundo nivel y costaba 2,50 dólares mensuales por afiliado, pero no tuvo acogida por lo que se disminuyó el valor a 2 dólares mensuales por afiliado pero también se quitaron algunos servicios del seguro.

¿EXISTIÓ ANTES DEL INICIO DEL MICROSEGURO UN ESTUDIO DE FACTIBILIDAD FINANCIERA?

Si, lo hizo la Dra. Ribadeneira como comente antes.

¿EXISTE UNA SEPARACIÓN DE FUNCIONES ENTRE EL SEGURO Y LOS PRESTADORES DE SERVICIOS?

No.

¿EXISTEN ADMINISTRADORES CONTABLES EN EL SEGURO?

La contadora maneja la contabilidad y reporta a cada proyecto, cada mes se hace liquidación, el manejo contable lo hace la contadora de la Fundación.

¿CÓMO SE ESTABLECIÓ LA PRIMA, COMO SE SUBE O SE BAJA LA PRIMA?

Se hace un estudio de costos, no es un análisis actuarial, esto se va a trabajar para el seguro en el mes de enero con una compañía de Alemanes que van a venir a asesorar el Seguro Solidario de Salud, por gestiones del Padre Carolo.

¿CON CUANTO CUENTA MENSUALMENTE EL MICROSEGURO?

De quinientos a seiscientos dólares, solo de débitos de la Cooperativa de ahorro son trescientos cincuenta y a esto se suma el pago de las instituciones. La Cooperativa reporta el listado de afiliados que se encuentran al día en el pago.

¿EXISTE UN REASEGURO?

No.

¿SE APLICAN MECANISMOS PARA CONTENER LOS COSTOS, EL COOPAGO POR EJEMPLO?

Coopagos no existen, mientras las atenciones estén dentro del paquete.

INCENTIVOS A LOS MÉDICOS.

No, Todo está limitado por el paquete, El Instituto Médico es un prestador independiente, se maneja bajo un acuerdo de costos, si existe un excedente que no es parte del paquete por ejemplo por una apendicetomía se paga 208 dólares, solo se paga el tope, todo lo que salga de ese monto paga el afiliado

COSTO POR AFILIADO.

El estudio de costos actual no contempla los gastos administrativos solo contempla los gastos operativos, si se basaría únicamente en esos gastos el sistema sale ganando, si no se hace así, la fundación ha prestado quinientos dólares. Contando con todo si hay pérdida, si se incluyen todos los gastos el paquete debería costar más.

En principio se ha buscado ver si es factible en términos operativos, incrementar las afiliaciones institucionales para disminuir el riesgo de morosos, pero este ha sido un año de prueba.

Se busca ampliar los afiliados de la cooperativa e incrementar la red de servicios incluyendo los centros parroquiales

¿EXISTEN FONDOS DE RESERVA?

La Fundación tiene un colchón que permite funcionar

¿CÓMO SE PAGA A LOS PRESTADORES?

Per. Cápita por los servicios.

¿EXISTE AUDITORIAS INTERNAS?

Estructuradas no, existe un equipo de mejoramiento continuo, si existen quejas se discute y se trata de mejorar, la Fundación hace un control interno del manejo financiero pero no están estructurados como equipo

¿EXISTEN AUDITORIAS EXTERNAS?

No, que yo sepa.

¿EXISTE UN SOBREUSO DEL SEGURO?

Mínimo, dos o tres familias colombianas, pero es porque existe otra cultura de control, buscan utilizar el plan por el que están pagando.

¿EXISTE DOCUMENTACIÓN CONTABLE E INDICADORES?

Si, el directorio hace un análisis por proyecto.

¿EXISTE UN SISTEMA INFORMÁTICO?

Sí.

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE LEGAL?

La fundación Tierra Nueva y el Padre José Carolo.

¿QUIÉN ES EL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO?

Yo.

¿EXISTIÓ ASISTENCIA TÉCNICA EXTERNA EN EL DISEÑO DEL PROGRAMA??

Sí.

¿EXISTIÓ ASISTENCIA TÉCNICA EN LA IMPLEMENTACIÓN?

No.

¿EXISTE ASISTENCIA TÉCNICA ACTUALMENTE?

No, en este momento no, se espera que llegue en pocas semanas unos expertos Europeos en aseguramiento, ellos son voluntarios.

¿EXISTIÓ ASISTENCIA TÉCNICA A LOS NIVELES GERENCIALES?

Sí por parte de CARE INTERNACIONAL y la Universidad San Francisco de Quito

¿EXISTE DOCUMENTACIÓN DE LA AFILIACIÓN?

Sí, aquí está el carné, las hojas de afiliados, los documentos del Plan Piloto, la hoja de convenio, el instructivo, la hoja en que se encuentran los detalles del paquete, una hoja de definición de términos, el afiliado se queda con la copia y el formulario, el carné celeste es para el titular y el verde para los dependientes, sin derecho a trato diferenciado, de todas maneras es el titular el que se responsabiliza.

¿EXISTEN REPORTE DE ACTIVIDADES?

Si, en este momento estoy haciendo los reportes.

¿EXISTEN FORMULARIOS DE LOS PRESTADORES DE SERVICIOS?

No.

¿EXISTEN ACCIONES DE INFORMACIÓN AL GRUPO OBJETIVO?

Si, actualmente se ha Incrementando la promoción mediante hojas volantes que se entregan en todas las salas de espera, se realiza una promoción diaria en el Centro Médico Tierra Nueva y también hay promoción en la cooperativa. Además se hace también promoción visitando instituciones.

¿LOS AFILIADOS TIENEN ALGÚN BENEFICIO ADICIONAL A LAS PRESTACIONES MÉDICAS?

Del Seguro como tal no hay beneficios adicionales.

¿EXISTE UN SISTEMA DE CONTROL LEGAL?

Si, el abogado de la fundación que pertenece al departamento jurídico asesoró en la manera de estructurar el convenio, los estatutos y reglamentos para facilitar la relación entre prestadores y afiliados.

¿GRADO DE PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD?

No porque no existe una organización de base, lo que sí existe es una permanente preocupación de la Fundación por conocer el sentimiento de los afiliados.

¿EN BASE A QUE SE DEFINIERON LAS PRESTACIONES?

El primer paquete se baso en un estudio epidemiológico y de uso del Instituto Médico Tierra Nueva y el análisis de esos costos, el segundo paquete mantuvo la base del estudio de costos del primer paquete para bajar el precio, en realidad este dio mejores resultados.

¿EXISTE ALGUNA RELACIÓN DEL SEGURO CON EL MINISTERIO DE SALUD O ALGÚN CENTRO O SUBCENTRO DE SALUD DEL MINISTERIO?

No, ninguna.

¿EXISTE ALGUNA VINCULACIÓN CON LA LEY DE MATERNIDAD GRATUITA?

No, nosotros hicimos un oficio hace 2 años a la Dra. Ximena Abarca para establecer un convenio entre la Ley de Maternidad Gratuita y la Fundación pero no recibimos ninguna respuesta, aquí está una copia del oficio.

¿CÓMO SE MANEJA EL TEMA DE MEDICAMENTOS?

Los afiliados al seguro tienen acceso a los mismos medicamentos que cualquier usuario del Centro Médico Tierra Nueva, no hay descuentos especiales para ellos.

Muchas Gracias por tu tiempo.