



PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA
Secretaría Técnica de Planificación



PLANDES
Proyecto Planificación del Desarrollo Sostenible

Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay

Breve descripción de los sistemas aseguradores de salud existentes en el país

Jens Holst

Material elaborado a base investigaciones durante el primer semestre de 2003



Indice

0. Introducción	2
1. Ayuda Mutual Hospitalaria (AMH)	4
2. Servicio de salud integral El Buen Samaritano S.A.	5
3. Seguro Integral de Salud – Caazapá (SI)	7
4. Proyecto del Seguro Integral Cooperativa Capiibary en San Juan Nepomuceno (Caazapá)	9
5. Servicio de salud de la Confederación Paraguaya de Trabajadores	10
6. Servicio de Medicina Pre-Paga de la Cooperativa Colonias Unidas (Semepp)	11
7. Sistema de protección a la salud de COOMECHIPAR (SPS)	14
8. Servicio de salud de la cooperativa de Coronel Oviedo	16
9. Farmacias Sociales	18
10. Seguro Comunitario de Salud de Fram	19
11. Instituto de Previsión Social (IPS)	22
12. Seguro Itaipú	25
13. Servicio de Medicina Pre-Paga Sanatorio La Paz	27
14. Inversión Cobertura de Salud de la Cooperativa Multiactiva de Luque	28
15. Proyecto de Seguro de Salud Naranjal	31
16. Organización de Asistencia Médica Integral S.A. (OAMI)	32
17. Servicio médico San Cristóbal	34
18. Sozialversicherung Chaco (SVCh)	35
19. Servicio de solidaridad de la cooperativa Ycua Bolaños de Caazapá	37



Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay

0. Introducción

Actualmente, el Paraguay cuenta con una serie de esquemas y modelos de financiamiento de la protección social, sobre todo en el área del sistema de salud. Los múltiples enfoques que existen a lo largo del país ofrecen una enorme riqueza de experiencias las cuales merecen un análisis más detallado y enseñan una serie de lecciones válidas e interesantes.

Parece principalmente importante el desarrollo que se observa en el sector de cooperativas donde un creciente número de organizaciones está proyectando, implementando o ya ofreciendo algún sistema de aseguramiento para prevenir los riesgos económicos de un siniestro de salud y el impacto financiero a veces ruinoso de una enfermedad. Ello es resultado de la creciente inquietud por parte de los asociados de las cooperativas por una adecuada atención sanitaria, por una previsión social en salud y, en menor grado, en la vejez. Existen esquemas variados, algunos funcionando como seguros propiamente quienes contratan a prestadores, otros con integración vertical con uno o pocos prestadores y con una estructura organizativa tipo HMO.¹ Existen esquemas aseguradores los cuales funcionan como mutualidades o seguros mutuales de salud,² y otros como pequeños fondos de ahorro o rotatorios. Dependiendo del grado de organización y de la capacidad económica de los asociados, se distinguen además otros factores importantes como la obligatoriedad de la afiliación, las vías de financiación, la amplitud de las prestaciones otorgadas, la cobertura y los mecanismos de solidaridad y redistribución establecidos.

Incluso dentro del movimiento relativamente homogéneo como el cooperativista, existe hasta la fecha una notoria fragmentación respecto de los ensayos de implementar sistemas aseguradores. Se observan una notoria falta de intercambio de experiencias y experticia así como una gestión insuficiente de conocimientos. Consciente de este dilema, la Confederación de Cooperativas ha iniciado una campaña de concientización respecto de la protección social y elaborado una serie de estrategias para incentivar la participación de las cooperativas en este tema con la finalidad de enfrentar la baja cobertura, así como la mala confiabilidad y calidad de los beneficios otorgados.

Varios de los esquemas presentados en este documento tienen carácter de proyectos y conceptos preliminares y no han sido implementados a la fecha. Sin embargo, nos pa-

¹ Se refiere al concepto estadounidense de los *Health Maintenance Organizations* en las cuales existe una estrecha co-organización entre un (grupo de) prestador(es) y el seguro de salud que en muchos casos incluso está administrado por los proveedores.

² Este concepto ha creado experiencias especiales en las zonas de influencia francobelga en el continente africano donde el difícil acceso a y financiamiento de los servicios de salud, la exclusión de las mayorías pobres y la progresiva pérdida de las redes tradicionales de protección social (familia, estirpe, tribu etc.) incentivaron la creación de formas alternativas de ayuda mutua y protección comunitaria (vea *Mutual Health Insurance (MHO) - Five Years Experience in West Africa - Concerns, Controversies and Proposed Solutions* (71 páginas). Huber, Götz; Hohmann, Jürgen; Reinhard, Kirsten (2003) en este CD). Estas experiencias no carecen de importancia para un país como el Paraguay donde la gran mayoría de la población es pobre y casi la mitad sigue viviendo en áreas rurales.



rece importante incluir estos proyectos en el listado de esquemas que identificamos a lo largo del país. Nos limitamos a reproducir los puntos claves los conceptos de seguro médico como se nos presentaron durante la fase de recopilación de experiencias y datos en enero y abril del año 2003. En uno u otro caso la evolución pudo haberse dirigido en otra dirección, en otros quedaban pendientes decisiones fundamentales al respecto, y en otros existe todavía una cierta incertidumbre acerca de la publicación de los “datos” recopilados. No obstante, a pesar de todos los cambios que puedan haber experimentado o que vayan a enfrentar en la fase de implementación, nos parece extremadamente interesante y relevante presentar el mayor número posible no sólo de experiencias sino también de enfoques dirigidos a la solución de la tan deficitaria protección social en el Paraguay.

Este documento es el resultado de las investigaciones realizadas en función de la monografía intentando de ubicar e identificar la mayor cantidad de esquemas o proyectos de aseguramiento posible. Las breves descripciones siguen una especie de guión temático y las concepciones fundamentales de la metodología de evaluación *InfoSure* elaborada por la GTZ³ con lo cual se pretende conseguir la presentación semi-estandarizada de los distintos esquemas que toca las mismas áreas del funcionamiento técnico. La presentación de los esquemas identificados entre enero y abril del 2003 en el Paraguay, se realiza según un estricto orden alfabético para evitar priorizaciones o postergaciones arbitrarias que no necesariamente reflejan la naturaleza de los sistemas de financiamiento de la salud.

A pesar de una posición cautelosa respecto del futuro papel que puedan desempeñar los seguros médicos privados en el país, pareció adecuado no omitir por completo la mención de la medicina de prepaga. Por otra parte, frente al gran número y a la gran variedad de las empresas aseguradoras era imprescindible concentrarse en las que prometen las mejores opciones de desarrollo futuro o tienen otras características específicas. Al final, debido también a limitaciones de tiempo, incluimos dos seguros médicos privados en el análisis, El Buen Samaritano S.A. (EBSA) vinculado estrechamente al Hospital Bautista, y la Organización de Asistencia Médica Integral S.A. (OAMI) como una de las empresas que han seguido creciendo. Estas empresas representan dos principios distintos dentro del mundo de las prepagas, el EBSA es un sistema de integración vertical (tipo HMO) y el OAMI un seguro "clásico" que mantiene relación con una serie de prestadores. Por otra parte, ambas empresas se distinguen conceptualmente de la mayoría de las prepagas, el EBSA con su ideología cristiano-benevolente y el OAMI con su lógica pseudo-cooperativista y orientada a la cobertura de salud.

³ Por mayor detalle vea www.infosure.org o www.gtz.de/health-insurances.



1. Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH)

Sistema de seguro médico Bismarckiano

Creación y antecedentes

En 1987, las colonias mennonitas en el Chaco crearon una ayuda social de salud para la población indígena en la región, después de haber realizado un censo sobre la disposición y capacidad financiera del grupo meta. Esta medida es parte de la cooperación técnica de las colonias mennonitas con la población indígena en el Chaco la cual incluye la AMH e instalaciones de salud.

Afiliación

Bajo determinadas condiciones de afiliación, la AMH está abierta para todos los indígenas del Chaco Central que viven en las áreas de influencia de las colonias y establecimientos mennonitas. Los derechohabientes se afilian voluntariamente o – en el caso de los trabajadores fijos de las colonias o empresas mennonitas -obligatoriamente a la Caja Local de Salud de la población de residencia lo que asegura una cierta homogeneidad de los beneficiarios y evita tensiones y conflictos entre las distintas etnias que viven en la región. En este momento, el conjunto de las cajas locales que conforman la AMH cuenta con unos 22.000 beneficiarios, extendiéndose la cobertura a todo el grupo familiar del cotizante que convive bajo un techo.

Financiamiento

Los servicios médico-hospitalarios de la AMH se financian a base de las cotizaciones de los beneficiarios titulares de cada grupo familiar. Los campesinos independientes con terreno propio, que combinan una economía de subsistencia y de venta a través de las cooperativas mennonitas, cotizan el 5 % de su ingreso a la caja local de salud de la AMH. Los trabajadores a destajo y los jornaleros cotizan el 5 % de sus respectivos ingresos y el patrón aporta una suma correspondiente al 10 % del pago.

En el caso de la Colonia Fernheim y de forma transitoria, los obreros indígenas que trabajan de forma estable para los mennonitas o para la cooperativa, encuentran una situación de aseguramiento obligatorio con cotizaciones repartidas en partes iguales entre los patrones y los trabajadores quienes pagan cada uno el 5 % del salario a la caja local del beneficiario.

Manejo de riesgo

Los mecanismos para gestionar el riesgo financiero de las cajas locales de la AMH son bastante limitados dado que ellos representan un pool de riesgo de menor escala y no permiten distribuir la carga económica de la atención a un número importante de cotizantes. De hecho hay contados casos de cajas locales que terminan con déficit presupuestario el cual se debería en primer lugar a la morosidad del pago. En la práctica, el manejo de riesgo se realiza a través del otorgamiento de atenciones médicas de menor costo en los establecimientos mennonitas en las distintas poblaciones. Dado que los casos más complejos se tienden a tratar en los hospitales de las mismas asociaciones mennonitas, éstas están cumpliendo una función implícita de reaseguro para la AMH.

En el caso de las atenciones ambulatorias, los establecimientos de salud cobran un pequeño arancel a los usuarios del sistema AMH lo que se puede considerar como una medida para controlar el riesgo moral por parte de los beneficiarios.



Prestaciones/servicios

La AMH cubre las preventivas y promocionales así como las atenciones médicas de primer, segundo y, en caso que sea indicado por un médico, tercer nivel en los establecimientos que existen una serie de poblaciones indígenas en el Chaco Central y en los hospitales de las colonias mennonitas.

Alrededor del 60 % de las prestaciones de salud financiadas por el AMH son intervenciones de promoción y prevención, el resto corresponde a prestaciones de carácter curativo otorgadas dentro del programa de salud de la ASCIM el cual está presente en las diversas poblaciones en los alrededores de las colonias mennonitas. Para los residentes de los barrios obreros de Filadelfia, Loma Plata y Neuland, las cajas de la AMH están cubriendo la totalidad de los gastos médicos.

La AMH no tiene un programa de jubilación.

Cuestiones legales, regulación

La AMH está funcionando bajo un marco regulatorio, estatutos y reglamentos escritos en los cuales se regulan las condiciones de afiliación, los servicios prestados, el acceso a las prestaciones, los copagos y otros aspectos del seguro médico. La AMH tiene estatus legal, pero no cumple los requisitos de seguro social de modo que la afiliación a la Ayuda Mutual Hospitalaria no puede sustituir la cotización al IPS para todas las personas que cuentan con un trabajo estable. Por el momento, el IPS tiene carácter monopólico lo que evita el que se pueda reconocer legalmente a la AMH. La nueva Constitución prevé una potencial privatización del servicio de seguro médico, pero hasta la fecha no existe reglamentación al respecto.

Prestadores: selección, contratación, pago

Los prestadores de la AMH son en primer lugar los puestos y centros de salud y los hospitales en las poblaciones de la zona de influencia de los mennonitas en el Chaco Central con los cuales la AMH tiene relaciones contractuales. En caso de atenciones más complejas, los usuarios de la AMH pueden ser referidos a las clínicas de las colonias para el tratamiento hospitalario. En ambos casos el pago se realiza en forma de reembolso por prestaciones previa presentación de una lista con el nombre del beneficiario y el tratamiento otorgado. La facturación se presenta una vez al mes y se elabora de forma computarizada a base de un software adecuado el cual está disponible para todos los prestadores como en las distintas cajas locales y permite controlar tanto el pago de las cotizaciones como el de las prestaciones. El pago se efectúa a través de transferencias bancarias de la cuenta de la caja a la del prestador.

2. Servicio de salud integral El Buen Samaritano S.A.

Esquema de medicina prepaga de integración vertical (tipo HMO)

Creación y antecedentes

La idea de crear el servicio integral de salud El Buen Samaritano S.A. (EBSA) nació a iniciativa de un grupo de médicos del Centro Médico Bautista de Asunción (CMB) porque sus pacientes mostraban una creciente inclinación a las empresas de medicina prepaga. El EBSA se creó como empresa comercial con un nexo de cooperación exclusiva, o sea integración vertical con el CMB que se estableció en 1986.



Afiliación

El EBSA cuenta con 12.000 a 14.000 afiliados que pertenecen su mayoría a la clase media baja de la sociedad paraguaya. Hay un número no tan insignificante de afiliados inactivos cuya cobertura ha expirado después de haber pasado el período de gracia de 3 meses.

La empresa tiene el proyecto de descentralización geográfica (primero CMB, después prepaga) con la finalidad de alcanzar un creciente número de personas de pocos recursos.

Financiamiento

Las prestaciones otorgadas por el Buen Samaritano se financian a través de las cotizaciones mensuales que aportan los afiliados mensualmente.

No existe integración vertical dado que el Buen Samaritano es un ente autónomo e independiente del CMB, cuenta con 30 funcionarios y de locales propios y no recibe importantes subsidios cruzados.

Manejo de riesgo

La prepaga Buen Samaritano abarca un pool de riesgo relativamente grande pero de reducida capacidad económica. Según la percepción del mismo EBSA la cobertura que ofrece está lejos de ser comercial. Para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo económico, la empresa reduce el riesgo financiero mediante exclusiones de cobertura: sólo se cubren prestaciones disponibles en el CMB, se excluyen una serie de servicios complejos y también el número de las prestaciones.

El pago de la cotización al seguro debe estar al día para que los beneficiarios puedan gozar de los servicios del seguro médico, el período de gracia se limita a tres meses.

Prestaciones/servicios

El Servicio Integral de Salud cubre una serie de prestaciones otorgadas en el CMB, en todos casos se hace responsable de la totalidad de los respectivos costos de atención y no prevé ninguna clase de copago por parte del beneficiario. No están incluidos los medicamentos.

Para las prestaciones no cubiertas, los beneficiarios del seguro Buen Samaritano tienen derecho a tarifas especiales en el CMB.

El paquete de prestaciones cubiertas por el Buen Samaritano depende del plan de salud y varía en cuanto al tipo y la complejidad de las atenciones aseguradas.

Por motivo del 50 aniversario del CMB, desde 2003 se está lanzando un programa de salud comunitaria: Consultas por 10.000 Gs. y un descuento del 40 % en las otras prestaciones. Este arreglo está compitiendo con el servicio de aranceles preferenciales que ofrece el Buen Samaritano.

Cuestiones legales, regulación

El Buen Samaritano se regula por las leyes referentes a las empresas de medicina prepaga y de la Superintendencia de Salud, principalmente las disposiciones de la Ley N° 827/96 “de Seguros”, (artículo 5° sobre “operaciones asimilables al seguro”) y la resolución N° 8/99 de la Superintendencia de Seguros. En la parte operativa las prepagas son supervisadas por la Superintendencia de Salud.

Además de los reglamentos oficiales, existe un convenio formal con el único prestador, el CMB.



Prestadores: selección, contratación, pago

Unico prestador del EBSA es el Centro Médico Bautista con el cual se tiene contratos escritos. Hasta la fecha, el Buen Samaritano dice no haber encontrado otros sanatorios que compartan los mismos criterios sociales y éticos y la visión cristiana que se supone tenga un efecto contrario al resto de las empresas de medicina prepaga.

El pago se realiza por prestaciones según la factura presentada por el CMB, no hay intervención del usuario en la remuneración.

3. Seguro Integral de Salud – Caazapá (SI)⁴

Sistema de seguro médico público regional

Creación y antecedentes

El Seguro Integral de Caazapá empezó a funcionar a partir del 1 de julio de 2002, motivado por escasez de acceso a los servicios de salud, alta tasa de población no asegurada y, sobre todo, por los preocupantes indicadores de salud en el área.

Afiliación

En este momento el SI cuenta con unos 3.900 afiliados titulares lo que corresponde a un total de alrededor de 12.000 beneficiarios. La afiliación se limita a los habitantes del departamento de Caazapá donde tiene carácter universal. Más allá del criterio geográfico, el SI no está estableciendo condición alguna a la afiliación de sus beneficiarios e incluso procedió a afiliar a asegurados del IPS. La afiliación es voluntaria, se realiza mediante la carnetización en la oficina del SI e incluye una encuesta socioeconómica.

Financiamiento

Las prestaciones del SI se financian de forma compartida por parte del gobierno nacional, la gobernación, la intendencia y los usuarios. El Ministerio de Salud cubre los costos de recursos humanos e infraestructura, los gastos fijos e insumos, o sea un 70 % del presupuesto total. El gobierno departamental y la intendencia cotizan 1 US-\$ por año per cápita según la cantidad de habitantes en la región (lo que significa unos 145.000 US-\$ en el caso de las gobernaciones y alrededor de 27.000 US-\$ en el caso de los gobiernos municipales). Por último, los afiliados cotizan 10.000, 20.000 ó 30.000 Gs. mensuales según la capacidad económica determinada sobre la base de la encuesta inicial.

Manejo de riesgo

El Seguro Integral intenta formar un pool de riesgo suficientemente grande para amortiguar el peso económico de personas de alto riesgo, no restringe la afiliación de todas las personas que quieran afiliarse y está sujeto a una determinada selección adversa. Por otra parte, el SI no otorga sino un paquete focalizado y limitado de prestaciones lo que reduce el riesgo financiero. No prevé copagos u otro tipo de tarifas del usuario

⁴ Mayores detalles y otros antecedentes en Holst, Jens (2003). Informe Evaluación Seguro de Salud Integral de Caazapá. Bonn/Eschborn-Asunción; y en Estudios de casos – Seguro Integral de Caazapá. Evaluación a base de la metodología InfoSure, ambos documentos accesibles a través de http://www.infosure.org/web_public/welcome/frameset.asp?color=lila&cap=Archiv&src=./archiv/fallstudien.asp).



salvo en lo que se refiere a medicamentos. Son en primera instancia el (único) hospital prestador y en segunda instancia el propio Estado quienes funcionan como reaseguros implícitos dado que los costos recaerían en ellos en caso de insolvencia del SI.

Prestaciones/servicios

En la actualidad, el seguro está restringiendo el paquete de prestaciones que está cubriendo de forma exclusiva al grupo de las mujeres en edad fértil (15-49 años) y a los menores de 0 a 4 años de edad. En la primera etapa, se definieron un total de 23 complejos de prestaciones para el conjunto materno infantil. Están específicamente cubiertos el parto normal, la cesárea y el legrado en las embarazadas y las cirugías en los menores de 5 años.

- Consultas: Prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo, planificación familiar, PAP, morbilidad, legrado, puerperio
- Vacunación: según esquema de Pai
- Consulta odontológica: prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo, morbilidad
- Extracciones: morbilidad
- Restauración: morbilidad
- Laboratorio clínico: prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo, morbilidad, legrado
- Ecografía: prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo, morbilidad, legrado
- Rayos X: morbilidad
- Toma de muestra de PAP: prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo
- Planificación familiar, morbilidad
- Internaciones (días): prenatal alto riesgo, morbilidad, legrado, parto, parto complicado, cesárea
- Monitoreo fetal: prenatal bajo riesgo, prenatal alto riesgo

Cuestiones legales, regulación

El SI es un seguro público sin fines de lucro, está registrado en la municipalidad de Caazapá, pero no inscrito a la Superintendencia de Salud ni tiene personería jurídica. No existe estatuario específico respecto del SI y el funcionamiento está reglamentado por el código de salud y las leyes generales que regulan el sector salud en su conjunto. Obedece a la ley 1032/96 que crea un sistema nacional y un seguro nacional de salud, al Código Sanitario del año 1980 y a la ley de administración financiera del estado.

Prestadores: selección, contratación, pago

El único prestador del SI es el hospital regional de Caazapá, un establecimiento de 2^o nivel que ofrece servicios en las cuatro especialidades básicas (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría). Hasta este momento, el SI no colabora con otro prestador, ni siquiera con los centros y puestos de salud del sector público, por lo tanto no hay libertad de elección para los afiliados. Dado que no se ha establecido un pago asociado a la producción del proveedor, ni existe una relación monetaria entre el seguro, no se ha establecido ningún tipo de pago al prestador.



4. Proyecto del Seguro Integral Cooperativa Capiibary en San Juan Nepomuceno (Caazapá)

Seguro de salud mutual y cooperativista

Creación y antecedentes

La cooperativa pretende poner en función el seguro integral a partir de mayo de 2003 una vez terminada la construcción e instalación de los consultorios en el mismo terreno de la cooperativa.

Por parte de los socios de la cooperativa surgió la demanda de ampliar la gama de prestaciones y de tener acceso a una cobertura más completa. Por parte de la cooperativa, una creciente pérdida de control de las prestaciones motivó la creación del seguro. Se detectaron consecuencias del riesgo moral tanto por parte de los prestadores (p.ej. confirmando días adicionales de hospitalización) como por parte de los usuarios (p.ej. prestando su carné de asociación a parientes más lejanos o amistades).

Afiliación

La afiliación al seguro integral será obligatoria, limitándose el derecho a la afiliación para los socios de la cooperativa Capiibary de San Juan Nepomuceno. El seguro considera beneficiarios al socio o a la socia titular, su cónyuge y los hijos menores de 18 años. En la actualidad, la cooperativa cuenta con unos 2.500 socios activos correspondientes a unos 10 mil beneficiarios.

Financiamiento

Hasta la fecha, el servicio de solidaridad se financiaba con una cuota adicional obligatorio de 1000 Gs. mensuales.

Las prestaciones del seguro integral se financiarán con el aporte obligatorio de los socios titulares de 12.000 Gs. mensuales (aumento de la cuota de solidaridad en 10.000). Por el momento no se prevén otras fuentes de financiamiento.

Para acceder a estas prestaciones no se aceptará ninguna morosidad en el pago del aporte que tiene que cancelarse hasta el 5 de cada mes para poder usufructuar los servicios de la cooperativa durante el mismo mes.

Manejo de riesgo

El seguro integral limita el tipo y sobre todo la complejidad de las prestaciones cubiertas y establece un gran número de exclusiones para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo financiero. Así se establece sólo una cobertura financiera parcial y un estricto tope en la utilización de las consultas.

No existe reaseguro explícito, el riesgo económico del seguro integral recae implícitamente en la cooperativa.

Prestaciones/servicios

Servicios de solidaridad:

- 2 consultas médicas mensuales o 1 consulta gineco-obstétrica o 1 consulta oftalmológica o 2 masajes terapéuticos por hogar y mes a tarifa preferencial (15.000 en lugar de 20.000 Gs. para medicina general y gineco-obstetricia y 25.000 en lugar de 30.000 Gs. en el caso de oftalmología) (Gasto total 3-4 millones Gs. por mes); pago mensual a prestadores a base de listado de socios atendidos y órdenes de atención entregados por el médico.



- Premio por matrimonio 150.000 Gs.
- Premio de nacimiento de hijo 150.000 Gs.
- Subsidio de fallecimiento 200.000 Gs.
- Subsidio por internación hospitalaria mayor de 3 días: 300.000 Gs.
- Subsidios por cirugía mayor: 300.000 Gs.
- Incapacidad física temporal: 100.000 Gs./mes hasta 300.000 Gs.
- Incapacidad física definitiva: 600.000 Gs.
- Servicio de sepelio: El aporte adicional obligatorio de 1000 Gs. permite a los socios recibir la suma de 700.000 Gs. en caso de la muerte de un miembro del hogar.
- Además de la totalidad de las prestaciones de solidaridad con las siguientes ampliaciones, el seguro de salud integral cubrirá las siguientes prestaciones:
- Consultas sin límite en clínica general, gineco-obstetricia, pediatría, masaje terapéutico
- Consultas en oftalmología y odontología: no se cubre el tratamiento que se deriva de la consulta, sea material odontológico o anteojos etc.
- Consultas de otras especialidades (ofrecidas una vez al mes)

Cuestiones legales, regulación

El seguro funciona al interior de la cooperativa y se regulará por las respectivas disposiciones legales de los actos entre cooperativistas. Por el momento no existe vínculo alguno con el sistema de salud y los reglamentos del sector sólo interfieren en la medida en que determinan la labor de los profesionales médicos.

Prestadores: selección, contratación, pago

En este momento se está negociando con varios médicos del área de San Juan Nepomuceno sobre una futura cooperación. Se dará preferencia a los prestadores médicos socios de la cooperativa, pero no tienen que estar necesariamente asociado a la cooperativa. Actualmente, la cooperativa está negociando con los prestadores médicos del lugar para fijar las condiciones de la cooperación. Se pretende firmar un contrato escrito con los médicos que asistirán en los consultorios de la cooperativa.

A los profesionales contratados se les pagará un salario mensual a base de lo concertado en los contratos y de las horas activas del profesional (jornada completa o parcial), y de esta forma independiente de la producción del prestador. Con los demás proveedores, el pago se realizará en forma de reembolso a base de una lista de los socios y las órdenes de atención.

5. Servicio de salud de la Confederación Paraguaya de Trabajadores

Convenio entre una organización gremial y una red de prestadores

Creación y antecedentes

Frente a la fáctica desprotección no sólo del sector informal, sino también de un porcentaje significativo de los trabajadores formales, la Confederación Paraguaya de Trabajadores (CPT) está planteando distintas opciones para mejorar la protección de sus afiliados. Por una parte, el sindicato ha detectado una importante evasión de las cotizaciones al IPS que presta a su vez una atención fuertemente criticada.



Afiliación

La masa de potenciales usuarios se estima en una cantidad de 30.000 hasta 50.000 personas. En una primera fase, la afiliación se limitará a los miembros de la CPT.

Financiamiento

El servicio de salud proyectado por la CPT se financiaría a base de una prima mensual (probablemente de unos 50.000 Gs.)

Manejo de riesgo

Posiblemente se establecerá un mecanismo de reaseguro vinculado a la organización sindical o compartido entre el financiador y el proveedor de servicios.

Prestaciones/servicios

No se han determinado, en todo caso las prestaciones cubiertas tendrán relación con los establecimientos instalados y la capacidad resolutive de los prestadores FFAA.

Cuestiones legales, regulación

Queda pendiente introducir los cambios necesarios en la legislación vigente, en los estatutos de las FFAA y dictar todo un marco de reglamentos que permita este tipo de cooperación, incluida la autonomía financiera de los prestadores para poder presentar facturas al seguro de la CPT.

Prestadores: selección, contratación, pago

La infraestructura de las FFAA en el país se destaca por una tasa bajísima de utilización que se ubica entre el 10 y el 15 % de la capacidad instalada. Ello llevó a la idea de establecer convenios con los hospitales y los puestos militares para atender las necesidades sanitarias del grupo de afiliados. No se han elaborado ni establecido las reglas del juego ni contratos que regulen esta cooperación. Para los prestadores una tal cooperación permite incrementar sus actividades y crear una fuente de ingresos.

6. Servicio de Medicina Pre-Paga de la Cooperativa Colonias Unidas (Semepp)

Mutualidad de seguro de salud cooperativa

Creación y antecedentes

A partir de mayo de 1993, la cooperativa de Colonias Unidas (CCUU) creó e implementó el Servicio de Medicina Pre-Paga con sede en el municipio de Obligado/Itapúa. El motivo fue el de establecer un mecanismo que permitiera prestar un servicio social a nuestros asociados, en un momento crítico como es la enfermedad, evitándoles en la mayoría de los casos un importante gasto oneroso.

Afiliación

El Servicio de Medicina Pre-Paga de CCUU está abierto exclusivamente a los socios de la cooperativa, sean productores o consumidores, y a sus respectivos grupos familiares. Además, el seguro pretende que un mínimo de 7 de cada 10 cotizantes sean socios productores para preservar la capacidad financiera del sistema asegurador. Además de los mismos socios, tienen el derecho a afiliarse los “adherentes” de los socios, o sea las personas que tienen vínculos no necesariamente familiares con alguno de los socios.



Hasta principios de 2003, unos 1.200 del total de aproximadamente 3.000 socios de la cooperativa se habían afiliado al seguro médico. La mayoría de este grupo pertenece al sector de ingresos medios dentro de la cooperativa y se ha afiliado a la mediana o avanzada edad. La escasez de usuarios titulares más jóvenes en el seguro médico se explica principalmente por tres causas que parecen motivar la no-afiliación y las cuales están más marcadas en este grupo etéreo: razones económicas, la percepción de no-necesidad debido al estado físico saludable y la falta de conciencia sobre el principio del seguro de salud.

Actualmente se plantea la apertura del Servicio de Medicina Pre-Paga a otros sectores, en primer lugar para los socios de otras cooperativas y colonias; de hecho ya existe una solicitud por parte de la colonia de Pirapó. El desafío más grande para una ampliación de la cobertura a nivel población lo representa la cobranza de las primas que exige un cierto grado de organización y logística.

Financiamiento

El financiamiento del servicio de salud de CCUU se basa exclusivamente en las cotizaciones mensuales de los afiliados. La cooperativa se encarga de financiar las primas de todos los usuarios que llevan un mínimo de siete años de afiliación y que superan los 65 años de edad. En 2002, el seguro tuvo ingresos de unos 170 millones de Gs., mientras que los gastos operativos no superaban los 150 millones, dejando un superávit de 20 millones.

El seguro maneja un tarifario único que prevé variaciones de las primas sólo de acuerdo a la condición del usuario. El cotizante cotiza una prima de 10 US-\$ mientras la tasa de los respectivos dependientes disminuye en 1 US-\$ según el número de cargas, pagando la primera persona dependiente 9, la segunda 8 US-\$ etc., dejando una prima de 1 US-\$ por dependiente y mes a partir de las nueve cargas. Para la definición de las primas se aplica una tasa de cambio histórica o ficticia de 5.000 Gs. por US-\$ lo que resulta bastante favorable para los usuarios del sistema que en su mayoría tienen ingresos en la moneda extranjera. En el caso de los adherentes, la cuota es de 50.000 para los menores y de 99.000 Gs. para los mayores de 65 años.

Tipo de afiliado	Prima
Tarifa base cotizante	10 US-\$ = 50.000 Gs.
Prima carga número 1	9 US-\$ = 45.000 Gs
Prima carga número 2	8 US-\$ = 40.000 Gs
Prima carga número 3	7 US-\$ = 35.000 Gs
....	
Prima carga número 9	1 US-\$ = 5.000 Gs
Todos las demás cargas > 10	1 US-\$ = 5.000 Gs
Adherente < 65 años	50.000 Gs.
Adherente > 65 años	99.000 Gs

Actualmente existe un proyecto de implementar un paquete de prestaciones diferenciado ofreciendo varias opciones de cobertura y/o de prestadores a los usuarios. Para este caso se plantea la creación de un sistema de cotizaciones diferenciado. Sin embar-



go, no se prevé relacionar las primas al nivel de ingreso de las personas, y el principio solidario apenas se está planteando. Frente a los conceptos de ayuda cooperativa y de redistribución de ingresos, los socios de las CCUU muestran un cierto escepticismo.

Manejo de riesgo

El Servicio de Medicina Pre-Paga maneja un pool de riesgo relativamente limitado. La gestión de riesgo se realiza a través de una serie de exclusiones y/o limitaciones de cobertura (medicamentos, patologías complejas), un determinado período de carencia, copagos (30.000 Gs. por consulta, 50 % en prestaciones de diagnóstico) y topes (sepe-lío) para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo financiero.

Por otra parte, se establece un tiempo de gracia de un mes en caso que los usuarios discontinúan el pago de la cotización, buscando arreglos a nivel individual o en la cooperativa si ello se debe a serios problemas financieros del cotizante.

En principio y por último, es la cooperativa de Colonias Unidas quien funciona como reaseguro implícito del sistema asegurador en salud.

Prestaciones/servicios

El seguro de salud ofrece una amplia cobertura de todas las atenciones médicas de menor complejidad y una cobertura parcial de otras prestaciones de salud. En otros casos el Servicio de Medicina Pre-Paga cubre una parte del gasto total y ofrece reducidas tarifas del usuario. En detalle, la gama de servicios que otorga el Servicio de Medicina Pre-Paga de CCUU abarca las siguientes prestaciones:

<u>Prestación</u>	<u>Cobertura</u>
Costo de funeral (Fondo de solidaridad)	Hasta 3 millones de Gs.
Servicios diagnósticos	50 % de los costos
Atenciones terapéuticas de menor complejidad	100 % de los costos
Terapia de patologías complejas	Parcial según el caso, v.gr. 2 días de UTI, algunos días cama
Tarifas preferenciales en consultorios	V.gr. el costo de una consulta se reduce de 45.000 a 30.000 Gs. Para los afiliados del seguro

El esquema de seguro médico de CCUU no cubre los costos de farmacia y excluye una serie de siniestros como accidentes de deporte y de tránsito en caso de embriaguez, las patologías asociadas al alcoholismo y toda clase de enfermedad mental. Sin embargo, en la práctica no existen criterios claros para definir los casos excluidos y se están cubriendo muchos casos, aunque sea de forma parcial, que se derivan de actividades supuestamente no cubiertas.

Cuestiones legales, regulación

El Servicio de Medicina Pre-Paga de CCUU no tiene el estatus oficial de seguro médico o social, y la afiliación al mismo no libera a los usuarios y sus patrones de la obligación a cotizar de forma paralela al IPS. Esta cobranza se considera injustificada y



tiene un obvio efecto psicológico en la aceptación de todo modelo de sistema asegurador.

Prestadores: selección, contratación, pago

El Servicio de Medicina Pre-Paga de CCUU empezó a funcionar con el Sanatorio Adventista de Obligado, ampliando su red prestadora después al Sanatorio Alemán. Hoy en día cuenta con una red que abarca a varios prestadores tanto en el área como en la capital del país, excluyendo el hospital IPS de la región. Existen contratos escritos con todos los prestadores con los cuales el seguro está cooperando.

Se aplica un tarifario diferenciado que depende en primer lugar de la calidad de las facilidades e instalaciones que ofrecen los distintos establecimientos. El prestigio del Servicio de Medicina Pre-Paga parece aumentar de acuerdo al nivel de infraestructura de los prestadores contratados. Dada la debilidad en la parte de supervisión médica, esta percepción de la demanda representa un incentivo para contratar los consultorios y las clínicas que ofrecen mejores condiciones físicas y de hotelería.

A principio de cada mes, los prestadores entregan una lista acumulativa con todas las prestaciones otorgadas en el transcurso del mes anterior a los beneficiarios del Servicio de Medicina de Pre-Paga. Después de una revisión de los aspectos formales y de cobertura, el seguro proceda a reembolsar los respectivos costos a los prestadores a base del principio del pago por prestación.

7. Sistema de protección a la salud de COOMECIPAR (SPS)

Seguro médico cooperativo

Creación y antecedentes

El servicio de protección de salud nació con la idea de organizar un sistema de prepaga para los socios de la cooperativa que iba a cubrir los costos de la atención prestada por los mismos socios de la cooperativa.

Afiliación

COOMECIPAR comenzó como cooperación de crédito y ahorro de los médicos, pero con el tiempo se iba ampliando hacia otros sectores vinculados al sistema de salud como químicos, enfermeras graduadas etc. Actualmente cuenta con unos 8.000 socios en todo el país y mantiene sucursales en 5 ciudades.

La afiliación al sistema de protección de salud es voluntaria.

Financiamiento

Servicio de solidaridad: 8.000 Gs mensuales (además de los 6.000 Gs. de aporte a la cooperativa).

Mientras que los socios directos están exentos del IVA, los adherentes – padres de mayores de edad, hermanos y otros familiares – tienen que pagar las tarifas con los debidos impuestos.

El SPS cuenta con un subsidio cruzado (no en efectivo) por parte de la cooperativa dado que está usando las instalaciones de COOMECIPAR sin pagar alquiler, además dispone de la mano de obra remunerada por la misma cooperativa.



Los servicios del sistema de protección se financian en base a las cotizaciones que los socios pueden pagar mensualmente por este servicio de la cooperativa: El aporte varía de acuerdo a la edad del socio titular, la condición del aportante y el plan que elija:

Beneficiario(s)	Prima
Cotizantes menores de 60 años	88.000 Gs.
Cotizantes mayores de 60 años	93.000 Gs.
Cotizantes menores de 18 años	55.000 Gs.
Pareja dependiente menor de 60 años	155.000 Gs.
Pareja dependiente mayor de 60 años	185.000 Gs.
Adherentes menores de 60 años	98.000 Gs.
Adherentes mayores de 60 años	123.000 Gs.

Manejo de riesgo

El SPS ha establecido un tiempo de gracia de hasta 15 días para que los beneficiarios puedan usufructuar las prestaciones. Por otra parte, el contrato vence después de una morosidad en el pago de la cotización por tres meses.

Los contratos del SPS prevén una serie de exclusiones que limitan el riesgo financiero del seguro: No cubre medicamentos, establece topes cuantitativos especialmente para las prestaciones costosas.

El SPS está limitando la masa de usuarios a un grupo económicamente solvente y vinculado al sector salud lo que hace suponer que se evita una parte de los gastos por automedicación y “vías cortas” hacia la solución de algunos problemas de salud.

Por otra parte, el pool de riesgo es suficientemente grande para solventar los problemas económicos agudos que puedan surgir. Además, las limitaciones de cobertura existentes en los planes ofrecidos en el mercado bajan el riesgo financiero del seguro que dispone de un reaseguro implícito que es la misma cooperativa.

En la práctica se han detectado algunas prácticas que se derivan del riesgo moral por parte de los prestadores individuales. Por eso el SPS pide un informe de auditoría por paciente. Para ello cuenta con un total de tres auditores (2 en Asunción, 1 en Villarica) en los cuales recae también el control de los trámites facturación.

El gasto administrativo está por debajo del 1 % (500.000.000 Gs, gasto total por prestaciones 13,5 mil millones).

Prestaciones/servicios

Servicio de solidaridad: 60.000 por día cama

No se prevé copago alguno en los servicios otorgados por el sistema de protección de salud.

Al recurrir a las prestaciones que no están cubiertas por su plan de salud, los afiliados COOMEIPAR tienen acceso a tarifas especiales que representan una rebaja del 30 - 40 %.



Planes para el futuro:

Ampliar la cobertura: Mayor cantidad de días UTI, cirugía de alta complejidad (en un 100 %), cubrir medicamentos

Incrementar número de establecimientos especializados

Estudio de factibilidad de seguro de incapacidad.

No se proyecta crear una caja de jubilaciones dado que la masa de socios no es suficientemente grande para financiar el pago de pensiones. Los socios disponen de la Caja Médica y/o de la Mutual de Cooperativas.

Cuestiones legales, regulación

A pesar de que su administración es independiente de la cooperativa médica, por una parte COOMECHIPAR tiene el estatus legal de organización cooperativa y se rige como tal según la legislación y las disposiciones que existen en el país respecto del mundo cooperativista. Por otra parte realiza actividades de empresa de medicina prepaga, las cuales se regulan en base a las disposiciones contenidas en la Ley N° 827/96 “de Seguros” (artículo 5° sobre “operaciones asimilables al seguro”) y la resolución de la Superintendencia de Seguros N° 8/99 la cual obliga a la inscripción en la Superintendencia de Salud como empresa aseguradora y al control financiero y operativa por este organismo.

Prestadores: selección, contratación, pago

Como prestadores se admiten exclusivamente a los socios de la cooperativa habilitados por la Superintendencia de Salud. En la actualidad, COOMECHIPAR dispone de una red de aproximadamente 1.000 prestadores entre médicos y paramédicos y con 12 hospitales. Existen contratos escritos con todos los proveedores de la red de COOMECHIPAR.

La financiación de los servicios otorgados se realiza generalmente en base del principio de pago por prestaciones.

Para tal efecto, los sanatorios presentan cada mes una factura a crédito según las prestaciones otorgadas a los afiliados del SPS, las cuales tienen que haberse aprobado antes de iniciarse el tratamiento hospitalario por parte del mismo SPS de acuerdo a las respectivas órdenes de atención. El pago a los hospitales se realiza en forma de cheque al contado.

En el caso de los consultorios, éstos entregan mensualmente una planilla acompañada por las órdenes de atención y la firma del paciente. El pago correspondiente a la producción mensual se deposita en la cuenta corriente del prestador que en todos los casos está asociado a la cooperativa.

8. Servicio de salud de la cooperativa de Coronel Oviedo

Mutualidad de salud cooperativa

Creación y antecedentes

Debido a los problemas que enfrentaban los socios en caso de enfermarse, la cooperativa de Coronel Oviedo decidió construir un consultorio propio para la atención de sus socios.



Afiliación

Aunque en el consultorio de la cooperativa se atiende también a los no-socios, el servicio médico se limita a los socios.

Financiamiento

El servicio de salud se financia sobre la base de la cuota de solidaridad que los socios pagan a la cooperativa.

Manejo de riesgo

El servicio de salud limita el tipo y sobre todo la complejidad de las prestaciones cubiertas y establece un gran número de exclusiones para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo financiero.

No existe reaseguro explícito, el riesgo de los costos del servicio médico recae en la misma cooperativa.

Prestaciones/servicios

Fondo solidario:

- Premio por nacimiento de un hijo: 1 salario mínimo en caso de que la madre sea socia, 0,7 salarios mínimos en caso que el asociado sea el padre
- Subsidio de sepelio: 1 millón Gs. en caso de muerte de un socio o de uno sus familiares (incluidos los padres del socio).
- Servicio de cobertura de préstamo en caso de fallecimiento del socio
- Duplicación del volumen creditario en caso de fallecimiento del socio
- Acceso a líneas especiales de crédito para los socios en caso de extrema necesidad
- Servicio médico:
- Tarifa preferencial en consultas de medicina general, pediatría y gineco-obstetricia en el sanatorio propio: 13.000 Gs. en lugar de 18.000 Gs.
- Arancel preferencial en consulta de especialidades con varios prestadores del área en base a descuentos por volumen
- Descuento en seleccionadas farmacias al presentar carné de afiliación.
- Cofinanciamiento de hospitalización por crédito con interés más bajo

Cuestiones legales, regulación

El seguro funciona al interior de la cooperativa y se regulará por las respectivas disposiciones legales de los actos entre cooperativistas. Por el momento no existe vínculo alguno con el sistema de salud y los reglamentos del sector sólo interfieren en la medida en que determinan la labor de los profesionales médicos.

Prestadores: selección, contratación, pago

La red prestadora abarca a los profesionales de salud que trabajan en el consultorio de la cooperativa, un número de médicos especialistas en el área de Coronel Oviedo y algunas farmacias. El grupo más importante de prestadores son los médicos que están trabajando en el consultorio de la cooperativa y que reciben 5.000 Gs. por cada consulta al entregar una lista de los socios atendidos y una orden de atención. El pago se hace efectivo en forma de un cofinanciamiento por prestaciones; en caso de los especialistas no existe pago a prestador.



9. Farmacias Sociales

Programa de acceso a medicamentos económicos

Creación y antecedentes

Desde 1996, con la creación de los primeros Consejos Locales de Salud, empezaron a organizarse los primeros fondos rotatorios para la compra de medicamentos. El programa se inició en el segundo semestre del mismo año sobre la base de una donación de la Gobernación del Departamento de Itapúa. Hasta fines del 2000, había un total de 51 farmacias sociales en 28 distritos y 21 compañías.

A partir de febrero del 2002, el MSPyBS empezó a implementar sus propias farmacias sociales en 22 Regiones Sanitarias del país lo cual significó un volumen total de 792 millones de Gs. durante los primeros cinco meses.

Afiliación

La afiliación a los servicios de los fondos rotatorios no es explícita sino se define en base de la necesidad de las personas y del uso que hacen de la oferta de las farmacias sociales en los distintos municipios. En el caso del Departamento de Itapúa donde con un total de 463.410 personas (un 69,2 % ó 320.708 personas residen en áreas rurales), más de uno por cada tres habitantes viven por debajo del límite de pobreza, y en 15 de los 29 distritos los ingresos familiares no alcanzan el promedio de ingresos a nivel departamental.

Financiamiento

El financiamiento de las farmacias sociales se basa en la financiación inicial de fondos rotatorios dedicados a la adquisición de medicamentos con significativas rebajas a través de la compra al por mayor. Los fondos se van renovando mediante la venta de los medicamentos a precio de compra lo que permite la restitución de los recursos requeridos para la sustitución de los productos vendidos.

Manejo de riesgo

El riesgo financiero de las farmacias sociales se gestiona en primer lugar a través de la limitación de los servicios “cubiertos” a los medicamentos esenciales vendidos a precio de compra. El sistema no aplica otro mecanismo para controlar el riesgo y no tiene reaseguro dado que el consejo local de salud no suele estar en condiciones de cargar el riesgo económico de los fondos rotatorios.

Prestaciones/servicios

Las prestaciones de las farmacias sociales se limitan estricta y exclusivamente a la venta a precio preferencial de los medicamentos considerados como esenciales. En su funcionamiento actual, los fondos rotatorios no prestan otra clase de servicios ni cubren otras prestaciones de salud.

Cuestiones legales, regulación

A partir de las reformas de la legislación vigente que regula el sector salud en el Paraguay, se han implementado una serie de disposiciones legales iniciándose con la Ley 1032/96 que crea un sistema nacional de salud. El decreto 19.996 de 1998 introduce la descentralización sanitaria, la Ley 1535 y el Decreto 8127 reglamenta aspectos financieros de los entes descentralizados y la relación con el Tesoro Público. El Decreto 16.245 del 2002 permite que los prestadores de salud puedan estar habilitados por un



monto equivalente al 50 % de los ingresos recaudados y regula el flujo de los fondos a través del Ministerio de Hacienda.

Prestadores: selección, contratación, pago

Los únicos prestadores del sistema de fondos rotatorios son las farmacias sociales a nivel de distrito o compañía que funcionan a base de estos fondos y se pagan a través de la venta de medicamentos. No existe un proceso de selección ni se procede a contratar formalmente a los prestadores de farmacia.

10. Seguro Comunitario de Salud de Fram

Sistema de seguro médico público local

Creación y antecedentes

En diciembre de 2002 se lanzó un sistema de seguro médico en el municipio de Fram/Itapúa. Dos censos habían revelado un creciente interés de la población en la implementación de un seguro de salud a nivel de la comunidad (2000: 60 %, 2002: 73,5 %), e incluso la mitad de los afiliados al IPS (un 19 % de la población) se había expresado a favor de un seguro.

Dada la falta de transparencia del flujo de ingresos del centro de salud y la desaparición de cantidades importantes en el Ministerio, el Consejo de Fram decidió en 1992 de renunciar al cobro por las atenciones que a partir de aquel año se ofrecieron formalmente gratuitas y se financiaron mediante la recolección de donaciones.

Paralelamente, se implementó una farmacia social en base a los fondos rotativos que vendía los medicamentos en un precio 50 ó 60 % inferior al precio de mercado.

Afiliación

Tienen derecho a afiliarse al seguro todos los ciudadanos de la comuna de Fram que lo deseen. Hasta enero de 2003, o sea en el primer mes del funcionamiento, se habían inscrito unas 160 familias (representando unas 800 personas) de un total de 6.878 habitantes. La afiliación se realiza mediante la firma de un contrato escrito entre el seguro y el beneficiario titular. La unidad del seguro es el grupo familiar, que se compone del beneficiario/a titular (jefe/a del hogar), los/as beneficiario/as dependientes directos (cónyuge e hijos/as hasta 18 años bajo dependencia) y puede ampliarse a los/as beneficiarios/as dependientes adheridos/as (hijos/as solteros/as mayores de 18 años en situación de dependencia, padres y/o suegros que vivan en casa de los beneficiarios y/o dependan económicamente de los mismos) cotizando una cuota mensual adicional.

Financiamiento

Existe un importante subsidio cruzado por parte del MSPyBS que se encarga tanto de la infraestructura como del coste de los recursos humanos del centro de salud de Fram. Los gastos operativos son financiados por el Consejo Local de Salud. El financiamiento de las prestaciones que otorga el Seguro Comunitario de Salud de Fram se basa en el pago de las cotizaciones por parte de los usuarios quienes aportan 5.000, 10.000 ó 15.000 Gs. Por grupo familiar según el plan de salud que eligen.

Manejo de riesgo

El seguro comunitario pretende unir un pool de riesgo suficientemente grande para cubrir la atención no sólo de los afiliados, sino también las prestaciones básicas del



resto de la población adscrita. La viabilidad financiera se maneja actualmente a través de importantes limitaciones de cobertura, de exclusiones de muchos tratamientos costosos, de topes financieros y de copagos que varían según la prestación y también del plan elegido.

No existe un reaseguro definido, pero en principio el Consejo Local de Salud y el MSPyBS actuarían como reaseguros implícitos del Seguro Comunitario de Fram.

Prestaciones/servicios

Para las familias que residen en la comunidad de Fram, el seguro cubre de por sí el conjunto de servicios y prestaciones de salud contemplados en el Plan Local de Salud, incluyendo los programas prioritarios y políticas sanitarias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

Para todos los grupos de familia que se afilian a uno de los Planes A, B o C, la gran mayoría de los beneficios son de cobertura inmediata. Sólo se establece una carencia de 3 meses para el parto (normal y por cesárea) y la internación clínica o quirúrgica de enfermedades preexistentes. Los condicionantes del derecho a las prestaciones cubiertas son el pago de la prima y la participación en los programas de salud público, incentivo importante y sistémico para fomentar el uso de las medidas preventivas.

Los Planes A, B y C (Paquete Básico Ampliado) otorgan prestaciones y beneficios adicionales al Paquete Básico, a los cuales se accede a través del pago de una determinada cuota mensual por grupo familiar y el cumplimiento de la contrapartida.

Plan A: Todos los servicios incluidos en el Paquete Básico más

1. Consultas sin costo en horario hábil
2. Urgencias y Emergencias
3. Cirugía menor
4. 50 % del costo en consultas por especialistas en U.N.I (5000 Gs.)
5. Consulta con cargo (10.000 Gs.)
6. Visitas médicas domiciliarias sin cargo (max. 3/mes)
7. Visitas médicas domiciliarias con cargo: 20.000 Gs.
8. Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica sin cargo en el Centro de Salud de Fram
9. Internación médica, pediátrica y gineco-obstétrica con cargo en el Hospital Regional de Encarnación
10. Medicamentos a precio de costo
11. Servicios de ambulancia con cargo (traslado + 20.000 Gs.; si no hay indicación médica 25 % del costo)
12. Descuentos en laboratorio 5 %
13. Aranceles preferenciales: Laboratorio 10.000 para internados; estudios especializados (tomografías etc.) 250.000 + IVA, ECG 25.000, cesárea y partos (Fram) 150.000, cirugías 250.000 Gs.



Plan B: Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:

1. Cobertura del 75 % de los costos en consultas por especialistas en U.N.I (2500 Gs.)
2. Visitas médicas domiciliarias con cargo: 15.000 Gs.
3. Servicios de ambulancia con cargo (Traslado + 20.000 Gs.; si no hay indicación médica 50 % del costo)
4. Descuentos en laboratorio 10 %
5. Aranceles preferenciales: estudios especializados (tomografías etc.) 180.000 + IVA, ECG 15.000, cesárea y partos (Fram) 100.000, cirugías 125.000 Gs.

Plan C: Idéntico al Plan A con las siguientes diferencias:

1. Cobertura del 90 % de los costos en consultas por especialistas en U.N.I (1000 Gs.)
2. Visitas médicas domiciliarias con cargo: 10.000 Gs.
3. Servicios de ambulancia con cargo (Traslado + 20.000 Gs.; si no hay indicación médica 75 % del costo)
4. Descuentos en laboratorio 15 %
5. Aranceles preferenciales: estudios especializados (tomografías etc.) 125.000 + IVA, ECG 15.000, cesárea y partos y cirugías (Fram) sin costo.

Independiente de la cobertura diferencial mencionada arriba, el seguro establece las siguientes exclusiones: lesiones, heridas, traumatismos por acción de arma blanca o de fuego en las cuales exista responsabilidad directa del beneficiario/a o bajo efectos del alcohol u otras drogas.

Cuestiones legales, regulación

El Seguro Comunitario de Salud es un ente del Consejo Local de Salud del municipio de Fram y tiene personería jurídica y tributaria.

El seguro de Fram representa un nuevo modelo sanitario en el cual la capacidad resolutive se ubica nivel local y se basa en la responsabilidad cívica.

Prestadores: selección, contratación, pago

Centro de Salud de Fram: principal establecimiento sanitario donde se ofrecen y brindan las atenciones de salud y los servicios incluidos en el Paquete Básico y las coberturas previstas en los distintos planes (A, B, y C) que pueden ser brindados en el mismo Centro, de acuerdo a su nivel de complejidad y capacidad resolutive de problemas.

Otros Prestadores de Servicios y Atenciones de Salud: constituidos por prestadores de servicios tales como el Hospital Regional de Encarnación, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Itapúa, y otros servicios médicos y de diagnósticos privados, con quienes el Consejo Local de Salud suscriba acuerdos y convenios.

Existe un sistema de referencia y contrarreferencia previa autorización médica otorgada por el administrador de prestadores, al beneficiario/a que necesita realizar consulta, estudios diagnósticos y/o terapéuticos y/o internación en un servicio o con un profesional externo al Centro de Salud de Fram.



11. Instituto de Previsión Social (IPS)

Seguro social (tipo Bismarck)

Creación y antecedentes

El IPS fue creado por Decreto Ley 17.071 de 18 de febrero de 1943 para dar cobertura y protección a los asalariados del sector privado de la economía nacional. Es el principal componente de la Seguridad Social en Paraguay y presta servicios médicos además de jubilaciones y pensiones.

Afiliación

El régimen de afiliaciones regular cubre riesgos de accidentes, enfermedades, maternidad y de vejez a todos los trabajadores asalariados del país que prestan servicios o ejecutan alguna obra en virtud de un contrato de trabajo, verbal o escrito, cualquiera sea su edad y el monto de la remuneración, aprendices, personal de los entes descentralizados del Estado, maestros de enseñanza primaria, media, profesional, de idiomas y universitarios del sector público y privado y personal del servicio doméstico en los Departamentos de Asunción y Central. Los trabajadores independientes y otros afectados a regímenes especiales tienen acceso al Seguro General Voluntario. En todos los casos, los beneficios se extienden a los cónyuges y convivientes, hijos y padres del asegurado en relación de dependencia. El magisterio público y privado y el servicio doméstico en las áreas mencionadas gozan del régimen especial que ofrece una cobertura total para el último y sólo de enfermedad-maternidad para el magisterio. La última categoría corresponde a los veteranos de la guerra del Chaco y sus beneficiarios con un régimen de privilegio no contributivo, cobertura de enfermedad-maternidad.

Según fuentes del IPS, el número de beneficiarios activos directos asciende a alrededor de 180.000 personas, que multiplicadas por el número promedio de familiares beneficiarios (4 según IPS) hacen un total 720.000.⁵ Se adiciona a esto 5.500 personas sin grupo familiar que son del magisterio privado y otras 62.000 personas del magisterio oficial. El servicio doméstico comprende alrededor de 5.000 personas. Los pensionados y jubilados son aproximadamente 22.500 pero que multiplicado por 2 incluyendo a la esposa, hacen un total 45.000 personas. Los excombatientes son 12.000 aproximadamente, pero con sus familiares llegan a 15.000 personas. Todos estos datos sumados dan un total de 852.500 personas aproximadamente que según el IPS tienen la cobertura de salud.

Financiamiento

Las fuentes de financiamiento del IPS son los aportes de trabajadores y empleadores, los aportes del Estado, las rentas por inversiones, recargos, multas, donaciones y otros ingresos extraordinarios. En la realidad, el sistema está financiado principalmente por las contribuciones percibidas y la rentabilidad obtenida de las inversiones. En 1995, las

⁵ Cabe indicar que respecto al "número de cotizantes" del IPS existe coincidencia entre la información de la EPH 99 y la del mismo IPS (cerca de 300 mil), pero no respecto al "total de la población amparada": mientras el IPS multiplica por cinco miembros (supuestamente el tamaño promedio de cada hogar) para alcanzar a este total, en la EPH 99 se comprueba que en promedio solo existen 2,3 miembros por hogar que tiene seguro con el IPS. Al parecer no todos los miembros del hogar donde vive un cotizante tienen cobertura.



contribuciones representaron alrededor del 77% de los ingresos totales y se componían de las siguientes fuentes:

De los afiliados: régimen general 9 %, magisterio 5,5 %, ANDE 6 %, jubilados y pensionados 6 %

De los empleadores: régimen general 14 %, magisterio 2,5 %, ANDE 12 %

Del Estado: 1,5 % (teórico)

Inversiones financieras del IPS, primer semestre de 2002	Millones de Gs. corr.
En bancos que operan normalmente	578.448
En préstamos directos y otras inversiones financieras	446.620
En bancos intervenidos, disolución voluntaria o quiebra	891.026
Total	1.916.094

Fuente: Planilla de Inversiones y Disponibilidades Financieras del IPS al 30.07.2002.

Las reservas acumuladas del IPS se dirigen básicamente hacia dos tipos de inversiones: financieras e inmobiliarias. Las primeras representaron en 1996 el 62% de la cartera total de inversiones siendo los principales instrumentos financieros CDA, cuentas de ahorro y préstamos directos a las empresas mientras que las segundas representaron el 38%. Los intereses cobrados representaron en 1995 el 98% de los ingresos por inversiones mientras que los alquileres de las inversiones inmobiliarias representaron solo el 2%.

Manejo de riesgo

En primer lugar, el seguro médico del IPS reúne un pool de riesgo extremadamente grande lo que le permite enfrentar los gastos provocados por unos beneficiarios individuales a través de un grupo importante de personas con riesgos inexistentes o menores. Por otra parte, no aplica ninguna clase de selección activa de riesgos dado que asegura a todos los obreros y empleados del sector formal que pretendan afiliarse sin exclusión y chequeo previo; sin embargo, la no-afiliación de los trabajadores informales que suelen pertenecer a los grupos sociales más carentes y por consiguiente más vulnerables representa una selección implícita de riesgos. No se establecen períodos de carencia ni exclusiones explícitas de beneficios costosos o del tratamiento de determinadas patologías, sin embargo se aplica una estrategia de razonamiento implícito a través de los tiempos de espera, la postergación de atenciones escasas y la negación de tratamientos por inaccesibilidad de los establecimientos especializados.

En principio, los fondos totales del IPS cumplirían el papel de reaseguro en caso de insolvencia del seguro médico. El IPS posee cuatro fondos independientes cuyos ingresos son aplicados a sus gastos respectivos:

- el fondo común de jubilaciones y pensiones está conformado por el 12,5% de los salarios imponibles sobre los cuales se pagan las cuotas del régimen general, más intereses y similares
- el fondo de enfermedad y maternidad está conformado por el 9% de los salarios imponibles del régimen general, de los regímenes especiales y de los aportes de jubilados y pensionados



- el fondo de administración general está conformado por el 1,5% de los salarios imposables del régimen general, las multas, legados, etc.
- el fondo de imprevistos está conformado por la totalidad del aporte del Estado del 1,5% de los salarios imposables

Comportamiento de los fondos. Años 2001 y 2002. En millones de Gs.

Fondo	2001			2002		
	Ingresos	Egresos	Saldo	Ingresos	Egresos	Saldo
Jubilaciones y pensiones	397.475	269.217	128.258	500.763	250.971	249.791
Enfermedad y maternidad	288.855	304.62	-15.772	288.743	372.852	-84.109
Administración general	41.243	41.396	-153	40.835	45.846	5.011
Total	830.341	669.669	78.211	727.574	615.242	-15.925

Fuente: Ejecución Presupuestaria del Departamento de Presupuesto del IPS y el Balance General de cada año.

Prestaciones/servicios

En principio, el IPS ofrece una gama muy amplia de prestaciones de salud para sus beneficiarios que abarca sobre todo los tres niveles de atención médico-quirúrgica ambulatoria y hospitalaria incluidos los tratamientos más complejos que se otorgan sin copago por parte del usuario. De hecho, los grandes centros hospitalarios del IPS se destacan por su gran capacidad resolutoria y representan centros de referencia a nivel nacional. Además, el IPS es el único esquema asegurador de salud en el Paraguay que cubre – por lo menos en teoría - también toda clase de tratamiento farmacéutico.

Sin embargo, en la práctica la accesibilidad a los servicios del IPS se ve fuertemente limitado por colas de espera, decisiones institucionales, clientelismo y corrupción lo que significa que no siempre son los motivos médico-sanitarios los que determinan el acceso de los usuarios a los beneficios del IPS.

Además de las prestaciones de carácter médico el seguro de salud del IPS abarca los siguientes beneficios:

- provisión de aparatos de prótesis para la restitución funcional próxima a la actividad físico normal
- subsidio en dinero por incapacidad por más de 3 días y por un máximo de 53 semanas
- pensión o pago mensual vencido por incapacidad permanente total o parcial, o indemnización
- cuota mortuoria, pensión vitalicia a la viuda o viudo, pensión a cada uno de los hijos solteros hasta la mayoría de edad e incapacitados y pensión a la madre dependiente o padre incapacitado en caso de fallecimiento por accidente de trabajo



Cuestiones legales, regulación

El IPS es un ente del sector público implementado y regulado por una serie de leyes, decretos y disposiciones. De este modo, el Decreto Ley 18.071 de 18 de febrero de 1943 dio inicio al funcionamiento del IPS, el Decreto Ley 1860/50, modificado por la Ley 98/92 define a los afiliados y una serie de reglamentaciones más recientes dirigen el funcionamiento del organismo más importante de la seguridad social del país.⁶

Prestadores: selección, contratación, pago

El IPS posee 40 puestos sanitarios, 20 unidades sanitarias, 10 hospitales regionales, 5 clínicas periféricas y un hospital central. En el caso de no poder satisfacer la demanda o no contar con los servicios requeridos por los afiliados, el IPS subcontrata servicios del sector privado: servicios asistenciales, de diagnóstico y farmacia, que en los últimos años ha superado el 10 % de su programa médico. El pago es por prestación o por paquetes de servicios prestados asociados a diagnóstico. Por ley el IPS tiene una cobertura integral de servicios, en el caso de no poder ofrecerlos a sus afiliados, compra servicios del sector privado y los financia con recursos propios de la institución.

12. Seguro Itaipú

Mutualidad industrial de salud

Creación y antecedentes

La empresa binacional hidroeléctrica de Itaipú ofrecía desde sus inicios un sistema de seguridad social que fue siendo ampliado a lo largo de los años en base a los cambios que se implementaron en el sistema de seguridad social establecido en la parte brasileña. En un principio, la atención de salud de los funcionarios se otorgaba principalmente en el Hospital del Area 2 de posesión de la binacional hasta julio de 1997 cuando se crea una fundación para la atención de funcionarios, contratistas y la comunidad.

Afiliación

Actualmente, el sistema de seguro médico de la parte paraguaya de la empresa binacional de Itaipú se extiende a un total de 10.500 personas, la atención médica se establece en los convenios colectivos entre la empresa y sus funcionarios.

La cobertura termina en el momento en el cual se expira la relación laboral del funcionario con la empresa de Itaipú.

Financiamiento

Los servicios de aseguramiento médico de los funcionarios de la empresa de Itaipú se financian por medio de un aporte mensual de la binacional proveniente del presupuesto de la misma. No existe un sistema de cotizaciones individuales ni copago alguno para los funcionarios. La empresa destina una parte determinada de su presupuesto al seguro médico y lo complementa por un financiamiento de proyección.

⁶ Hasta la actualidad, el DL 17.071 de 1943 que dio origen al IPS ha sufrido una serie de modificaciones hasta la actualidad (las más relevantes fueron el DL 1860 de 1950, la Ley 1537 de 1958, la Ley 1085 de 1965, la Ley 430 de 1973, la Ley 842 de 1980, la Ley 98 de 1992, la Ley 631 de 1995 y el DL 9789 de 2000).



Debido al carácter binacional y a los respectivos compromisos de la parte brasileña, a partir de agosto de 2000 un convenio social obliga a la empresa a cofinanciar la atención de la población pobre con la suma de 80.000 US-\$ mensuales los cuales recibe el Hospital del Area 2 para garantizar la atención de la comunidad que se define teóricamente como los habitantes del departamento de Alto Paraná. La implementación del Fondo Social surgió en base al cofinanciamiento del *Sistema Unico de Saúde* por parte de la empresa brasileña que concertó con la salud pública para equilibrar los costos del sistema único derivados de la atención de los funcionarios de Itaipú Brasil.

Manejo de riesgo

Por una parte, el seguro de la empresa binacional dispone de un pool de riesgo relativamente grande, pero no aplica una selección activa de riesgos ni establece períodos relevantes de carencia. En definitiva, el riesgo económico del seguro de Itaipú recae en la misma empresa binacional que funciona como reaseguro implícito del sistema asegurador de salud.

Prestaciones/servicios

El sistema de seguro de Itaipú ofrece una amplia cobertura de prestaciones de salud, sin tope y, en la mayoría de los casos, sin copago alguno. El paquete de prestaciones cubiertas incluye una serie de medidas de prevención incluidos chequeos regulares. Se limita el número de consultas por patología a una cada 10 días, una mayor frecuencia sólo se cubre en caso que se trate de diferentes enfermedades. Las exclusiones se limitan a la cirugía plástica estética.

El seguro de Itaipú presta también un auxilio funeral cuyo monto está relacionado al salario.

En 2002, el seguro de salud se amplió a la atención odontológica que requiere un copago proporcional descontado directamente del sueldo. Este pago de bolsillo varía según el ingreso de las personas y alcanza el 10, 20 ó 30 % de la tarifa base. Hay libertad de elección del prestador, pero la cobertura se limita a los respectivos porcentajes de la tarifa base.

El seguro de Itaipú cubre también todos los medicamentos durante las atenciones en sala y todas las drogas prescritas por un médico de acuerdo a un determinado diagnóstico y en base al tarifario de la Cámara de Farmacias de Paraguay.

Seguro de jubilación:

- Caja Paraguaya de Jubilaciones y Pensiones del Personal de la Hidroeléctrica Itaipú
- Contribuciones repartidas entre la empresa (16 %) y el funcionario (6 % del sueldo imponible)
- Existe la equivalencia colectiva dado de la Hidroeléctrica no tiene acceso directo a los fondos de la Caja.

Seguro de Vida Colectivo:

- Seguro contra muerte natural, por accidente y contra invalidez, los servicios otorgados dependen del ingreso de las personas y corresponden a 30 salarios mensuales con un tope de 15 salarios máximos en el caso de los jefes del hogar, y a un 50 % de esta cantidad hasta 5 salarios máximos en el caso de las cónyuges.



Cuestiones legales, regulación

El marco normativo se basa en la legislación general de la República del Paraguay, en los reglamentos respecto de los entes descentralizados del Estado o de empresas mixtas y en las disposiciones específicas de la empresa hidroeléctrica binacional de Itaipú. De forma particular, la parte paraguaya de la empresa binacional tiene que acatar las disposiciones y regulaciones concertadas con la contraparte brasileña.

Prestadores: selección, contratación, pago

El Hospital del Area 2 fue construido como establecimiento de la Empresa Binacional de Itaipú. En julio del 1997, se fundó la fundación Tesaï para la atención sanitaria tanto de los funcionarios y contratistas de la empresa como de la población. El hospital coopera con la fundación y con las empresas de medicina prepaga. La atención de los funcionarios de Itaipú genera un 90 % de los ingresos del hospital, el restante 10 % proviene de los seguros de prepago y de usuarios privados; no hay convenio con el IPS.

En base al contrato existente entre Itaipú y Tesaï, el pago al hospital se realiza por prestaciones de acuerdo a una lista acumulativa entregada mensualmente. En general, el seguro de Itaipú no rechaza sino un 1,5 % de las prestaciones facturadas.

Más allá del mencionado establecimiento, el sistema de seguro médico de Itaipú ofrece un amplio paquete de prestaciones a base de un esquema de prepaga, otorgadas en distintos hospitales de Asunción y, en caso que sea necesario, en el hospital de la contraparte brasileña.

13. Servicio de Medicina Pre-Paga Sanatorio La Paz

Sistema de prepago simple en base a chequera

Creación y antecedentes

Hace unos tres años, después de que no se hiciera efectiva la idea de establecer una cooperación concertada con el IPS (estaba proyectado el pago de 15 millones de Gs. mensuales para atender a los usuarios del seguro público mas otros 5 millones para el director), el Sanatorio de La Paz/Itapúa lanzó una iniciativa para mejorar la situación financiera del hospital y para facilitar el acceso a los obreros y peones de la colonia japonesa del área.

Afiliación

A diferencia de la concepción original, hoy en día la mayoría de los afiliados son socios de la colonia japonesa cuyo aporte mensual a la Asociación incluye el costo de la chequera. Además de las 150 familias japonesas, unas 50 personas han comprado la chequera aseguradora pagando 240.000 Gs.

Desde 2003, la Asociación ha creado un Fondo Mutuo que funciona con los aportes de 50 millones de Gs. por mes y familia que pagan todos los socios que tienen más de 20 hectáreas; el Fondo otorga préstamos con fines médicos, pero ya no financia los viajes a Japón en caso de enfermedades complejas.



Financiamiento

El Servicio de Medicina Pre-Paga se financia exclusivamente por la venta de chequeras de atenciones cubiertas, sea directamente por parte de los usuarios o por la asociación japonesa en el caso de los socios.

La idea original del servicio fue garantizar el financiamiento de la clínica La Paz lo que significaría vender entre 600 y 1000 chequeras anuales.

Manejo de riesgo

El sistema de prepago aplicado en La Paz no ha establecido ninguna clase de reaseguro dado que el riesgo recae en los mismos usuarios a partir del momento en el cual las necesidades de atención médica superan la cobertura de la chequera.

Prestaciones/servicios

La chequera editada por el Sanatorio La Paz tiene un plazo de validez de doce meses y cubre las siguientes prestaciones por este período:

10 consulta, 5 internaciones, 1 urgencia, 1 radiografía, 1 ecografía, 1 ECG, cada vez uno de los diagnósticos de laboratorio (hemograma, transaminasas, lipasa etc.)

Cuestiones legales, regulación

El sistema de prepago aplicado en el Sanatorio de La Paz carece de formalización legal dado que se trata de una especie de venta en paquete que involucra al prestador y los beneficiarios.

Prestadores: selección, contratación, pago

El único prestador del sistema de prepago establecido en La Paz es el sanatorio local construido y hasta estos días parcialmente financiado por el organismo de desarrollo del gobierno japonés (JICA) donde se otorgan las prestaciones cubiertas por la chequera. El hospital tiene paralelamente convenio con el Servicio de Medicina Pre-Paga de Colonias Unidas y atiende a los afiliados del IPS que son referidos por un centro del seguro público. Las tarifas son de 20.000 Gs. por consulta en horas hábiles (lunes a viernes 7-20 hrs.), de 40.000 Gs. fuera de este horario, mientras que el día cama se ubica igualmente en 40.000 Gs.

14. Inversión Cobertura de Salud de la Cooperativa Multiactiva de Luque

Mutualidad de salud cooperativa

Creación y antecedentes

La cooperativa de Luque está construyendo un Hospital General Cooperativo solventando la construcción de la clínica la masa societaria con aportes voluntarios de los socios aprobados en Asamblea. El hospital tiene el proyecto de implementar un esquema de seguro médico denominado Inversión Cobertura de Salud que todavía no ha conseguido la aprobación de la Asamblea representativa. Por lo tanto, todos los conceptos que se presentan respecto del futuro seguro médico de la cooperativa de Luque no representan sino ideas y proyectos.

La cooperativa de Luque proyecta gestionar el hospital como entidad sin fines de lucro y entiende tanto la construcción de la clínica como la creación del seguro como una



inversión en la cobertura de salud cuya falta ha sido una experiencia palpable para muchos socios.

Afiliación

En la afiliación al seguro médico de la cooperativa se dará prioridad a los asociados cuyo número está cerca de 33.000 personas de la clase social medio-baja. El grupo de beneficiarios se compondrá de los socios titulares, sus familiares directos y posiblemente otros dependientes de los primeros. Se planea tomar la aportación voluntaria a la construcción del Hospital General Cooperativo como requisito imprescindible para usufructuar los servicios médicos y para acceder a los planes de salud del seguro médico.

La asamblea general tendrá que tomar una decisión acerca de la obligatoriedad del futuro seguro para los socios de la cooperativa. Una vez establecido el esquema de seguro médico al interior de la cooperativa la directiva de Luque tiene el proyecto de establecer vínculos y una base cooperación con otras cooperativas y posiblemente con el sector público; no se vislumbra una cooperación con el IPS.

Financiamiento

Las prestaciones otorgadas a los usuarios del seguro de salud de la cooperativa luqueña se financiarán a base de las cotizaciones regulares de los aportantes (socios titulares) que se calcularán en 10.000 Gs. mensuales para el plan base y posiblemente en 20.000 Gs. para un posterior plan de mayor cobertura. Por el momento, el derecho a la afiliación se limita a los socios que han aportado para la construcción del hospital (un 50 % de los asociados) y supone también el pago de la cuota del servicio social.

El seguro recibirá un subsidio cruzado dado que la administración y la gestión del mismo se realizarán aprovechando la mano de obra y la infraestructura del hospital prestador sin que se previera el correspondiente pago por estos servicios.

Existe un cofinanciamiento, que no se da en efectivo, a través de los recursos humanos y las instalaciones físicas del hospital prestador que se encarga de la administración de los fondos y del control del seguro.

El Hospital General Cooperativo de Luque no obtendrá ingresos por servicios de medicina prepaga o por prestaciones médicas privadas.

Manejo de riesgo

La viabilidad financiera del seguro médico de la cooperativa de Luque se consigue por una parte mediante la formación de un pool de riesgo relativamente grande afiliando la mayor parte posible de los socios. Por otra parte, se limita el paquete de prestaciones cubiertas a las que están disponibles en el hospital de la misma cooperativa y se prevén topes por grupo familiar en la utilización o el valor de varios de los servicios diagnósticos y terapéuticos, pero no se plantean copagos en el caso de usar las prestaciones aseguradas (pago de usuario - *user fees*).

De forma general se excluye la atención de problemas de salud provocados por drogadicción (incluido alcoholismo) e inducidas por tratamiento en otro lugar. Para acceder a las prestaciones (incluidas las tarifas preferenciales) se establece un tiempo de carencia de 30 días, período que se aumenta a 120 días en el caso del embarazo.

El único hospital prestador del esquema asegurador del tipo HMO se hace implícitamente responsable de cubrir los posibles déficit provocados por el seguro, y por otra parte es la misma cooperativa quien se convierte en un re-aseguro de última instancia.



Prestaciones/servicios

Los socios de la cooperativa de Luque gozan de una serie de servicios sociales financiados a base del aporte solidario mandatorio de 12.000 Gs. mensuales (Cuota total 52.000 Gs.). Respecto de la seguridad social en salud el fondo de solidaridad ofrece los siguientes servicios:

- Subsidio de sepelio: 1.000.000 Gs. (con ataúd), 500.000 Gs. (sin ataúd)
- Subsidio de hospitalización: 300.000 Gs.
- Subsidio por cirugía: 300.000 Gs.
- Subsidio por parto normal: 300.000 Gs.
- Subsidio por cesárea: 400.000 Gs.
- Tarifas preferenciales en un número importante de clínicas privadas y consultorios médicos de Luque.

Manteniendo todos los servicios solidarios de la cooperativa, la cobertura base que se implementará en la primera fase del seguro abarcará consultas sin límite, fisioterapia, prevención y servicios diagnósticos básicos (ecografía, electrocardiograma etc.) sin límite, internación en las cuatro ramas básicas (medicina, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia) con un tope de 10 días por año, cirugía menor, radiología con un tope de 5 por año, hasta 5 cirugías menores por año (de un valor de entre 1 y 15 galones cada una), odontología sin materiales y medicamentos hasta 150.000 Gs. por año. En ningún caso se cubren materiales y analgésicos.

En una segunda fase la cobertura base se pretende extender hacia una llamada cobertura total que incluye todas las prestaciones del paquete básico duplicando el tope de las prestaciones de uso limitado y la cobertura de medicamentos (hasta 300.000 Gs. por año) y de la cantidad de días hospitalarios a 25 anuales.

Cuestiones legales, regulación

Según la concepción actual, el servicio de seguro se limitará a los asociados de la cooperativa lo que subordina las actividades del mismo a la legislación cooperativa vigente en el país. El hospital prestador tiene que acreditarse en la Superintendencia de Salud.

Prestadores: selección, contratación, pago

El seguro de salud de la cooperativa multiactiva de Luque cooperará en un principio de forma exclusiva con el hospital de la misma cooperativa que se construyó con los aportes de aproximadamente la mitad de los socios quienes tendrán derecho a usufructuar de los respectivos servicios. No se descarta la ampliación de la red proveedora a otras clínicas o consultorios en el futuro.

La gestión del esquema asegurador queda a cargo de la administración del hospital que establecerá algún tipo de contrato con la función aseguradora. En este seguro tipo HMO el prestador gestiona y administra los fondos del seguro y se encarga a la vez del control.



15. Proyecto de Seguro de Salud Naranjal

Mutualidad de salud cooperativa

Creación y antecedentes

A partir de 2001 se planteó la necesidad de crear un sistema de seguro médico en el municipio de Naranjal. La iniciativa surgió de la iglesia luterana y fue motivada por el mal servicio del puesto de salud, la falta de cobertura y los casos fatales de algunas familias. En junio del 2001 se firma el acta de creación de la cooperativa médica de Naranjal.

Afiliación

La cooperación tiene actualmente unos 220 socios cotizantes y más de 1000 beneficiarios contando a todos los familiares de los primeros. No se ha tomado una decisión sobre la obligatoriedad del seguro para los asociados de la cooperativa.

Financiamiento

La afiliación se hace efectiva en el momento de pagar una determinada cuota a la cooperativa. Los servicios se financian a través de contribuciones de los socios según las necesidades de la asociación, en este momento no existen cotizaciones regulares que sólo se prevén en el momento cuando la cooperativa empiece a ofrecer cobertura contra riesgos de salud, según los planes que habrá que definir en el momento oportuno.

Manejo de riesgo

El seguro va a cubrir sólo un paquete reducido de prestaciones, es muy probable que sean exclusivamente medidas ambulatorias, estableciendo de este modo un gran número de exclusiones y de topes en el uso de las prestaciones para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo financiero.

Por otra parte, es la cooperación en la cual recae el deber de cubrir los gastos y asegurar los riesgos financieros del esquema de seguro de Naranjal.

Prestaciones/servicios

En este momento, la cooperativa dedica su empeño principal a la construcción de un hospital. Además, ofrece un descuento del 25 % a los beneficiarios al consultar con médicos de afuera contratados por la asociación.

Cuestiones legales, regulación

El seguro de Naranjal se rige según los reglamentos válidos para cooperativas.

Prestadores: selección, contratación, pago

En este momento, el seguro de la cooperativa médica de Naranjal contrata a un número contado de médicos provenientes de otros lugares que prestan sus servicios ambulatorios a determinadas horas y días. Una vez terminada la construcción, el hospital de la cooperativa médica se convertirá en el prestador principal del seguro.



16. Organización de Asistencia Médica Integral S.A. (OAMI)

Seguro médico privado de prepaga

Creación y antecedentes

La OAMI nace como organización del gremio médico y se crea como cooperativa de trabajo que se compone de accionistas y afiliados no-accionistas (en ambos casos exclusivamente médicos). Aprovechando la legislación vigente, se convirtió en empresa de medicina prepaga. Uno de los motivos fue precisamente el de sustentar económicamente a los médicos e incrementar sus ingresos a través de un seguro que ofrece tarifas encima del mercado.

Afiliación

La OAMI tiene unos 11.500 afiliados y recluta sus usuarios principalmente de la clase media y media-alta, sobre todo en el sector universitario y académico, especialmente médicos. Más de un cuarto de los usuarios es mayor de 65 años, la edad de los afiliados restantes está alrededor de los 35 años. Un 90 % de los afiliados viven en Asunción.

Desde el 2001 OAMI ha sufrido una baja del 8 % de sus cotizantes.

Financiamiento

Los servicios de los seguros médicos ofrecidos por OAMI se financian a través de las cotizaciones mensuales que varían según el plan elegido por el usuario. Con la excepción unos planes antiguos no se establecen copagos.

<u>Plan de mercado</u>	<u>Prima (familiar hasta dos hijos)</u>
Plan Profesional	351.000 Gs.
Plan Familia II	260.000 Gs.
Panes antiguos:	
OAMI Public	75.000 profesional 125.000 grupo familiar

Desde el 2002, OAMI ha incrementado sus utilidades en un 200 %.

OAMI tiene 45 funcionarios, en parte heredados de la administración anterior, los gastos administrativos están entre 21 y 22 % del gasto total.

Manejo de riesgo

Carencia para determinadas prestaciones: odontología 30 días, radiología 30 días, ergometría 60 días, ecografía 90 días, endoscopía 90 días, internaciones clínicas 60 días, inyecciones retrobulbares 90 días, maternidad 300 días, cirugía entre 180 (operaciones urológicas 365 días) (Familia II).

Limitación de los planes a un grupo familiar de máximo tres hijos dependientes.

Exclusión de medicamentos, materiales, insumos y de todas las prestaciones no especificadas en las cartillas de los contratos, ante todo las más costosas.

Aplicación de topes en el número de prestaciones (días cama, día cama UTI) y en la cobertura financiera (a un 50 % de los costos en una serie de operaciones complejas hasta 2.000.000 Gs. en OAMI Profesional)

Establecimiento de topes de utilización por prestación.



Composición de un pool de riesgo relativamente grande con usuarios económicamente solventes.

OAMI tiene un servicio de auditoría médica para el control y monitoreo continuo para prevenir los intentos de fraude que se han observado, por ejemplo la estrategia de agregar medicamentos o insumos a las cuentas hospitalarias. Además se aplican control por estimación de consultas promedio por prestador.

Prestaciones/servicios

Las prestaciones otorgadas dependen del plan de salud al cual están asignados los beneficiarios y dependen de una serie de limitaciones descritas en el capítulo anterior.

La OAMI se entiende distinta de las demás pre-pagas por ofrecer un paquete definido de prestaciones y dice cubrir más del 80 % de las cirugías que se realizan en Asunción.

Cuestiones legales, regulación

La actividad realizada por las empresas de medicina prepaga, según disposiciones contenidas en la Ley N° 827/96 “de Seguros”, encuadra dentro de la definición genérica de seguro. En virtud del artículo 5° de esta ley, la actividad desempeñada por las prepagas cabe dentro de las “operaciones asimilables al seguro”, según se desprende de la siguiente disposición. Por resolución de la Superintendencia de Seguros N° 8/99 se obligaba a las empresas de medicina prepaga a la inscripción como empresa aseguradora, y por ende debían someterse al contralor financiero de aquella entidad. En la parte operativa las prepagas son supervisadas por la Superintendencia de Salud y no de Seguros.

Prestadores: selección, contratación, pago

OAMI coopera con una red relativamente abierta de prestadores (a diferencia de otras empresas de medicina prepaga que suelen cerrar con un determinado grupo de prestadores o una red reducida). Hay convenios escritos con 22 sanatorios en Asunción y con uno por cada ciudad donde la empresa está presente, pagando tarifas más altas en el interior.

OAMI maneja un tarifario diferenciado que ofrece tarifas más altas a los prestadores que a la vez son accionistas.

La remuneración de los prestadores se realiza en forma de pago por prestaciones a base de un arancelario que maneja la empresa y según ella está claramente encima de lo que pagan las otras prepagas. El reembolso se efectúa mensualmente de forma acumulada mediante transferencia bancaria o cheque depositado en la cuenta del prestador a base de los contratos colectivos firmados por ellos.

Los servicios de los centros odontológicos se pagan en base a capacitación.

Planes para el futuro:

Consolidar el nivel informático

Mayor cantidad de prestaciones cubiertas

Mayor cobertura a nivel población

Posiblemente integración vertical



17. Servicio médico San Cristóbal

Mutualidad cooperativa de salud

Creación y antecedentes

A partir de 1993, la Cooperativa San Cristóbal creó su Servicio Médico con la intención de aliviar el impacto de los gastos de salud que pesan sobre la masa societaria. La implementación del servicio financiero de salud estaba vinculada con el continuo encarecimiento de los aranceles médicos en el país.

Afiliación

Los beneficiarios se reclutan de la masa de los socios de la cooperativa San Cristóbal y su grupo familiar incluido los adherentes. Actualmente, la cooperativa San Cristóbal cuenta con unos 35.000 socios titulares. Gran parte de los socios son comerciantes, empleados públicos y amas de casa, últimamente han entrado también profesores universitarios, sin embargo la mayoría de los asociados pertenecen a la clase socioeconómica medio baja. El servicio principal de la cooperativa se refiere a la caja de ahorro y los préstamos.

Financiamiento

Los servicios médicos se financian a través de del aporte de solidaridad de 2.000 Gs. que van al Fondo solidario al cual se agrega el 10 % de los excedentes de la cooperativa. Además, el SMSC cuenta con un subsidio cruzado por parte del Centro Médico San Cristóbal (CMSC) que está prestando servicios a tarifas preferenciales.

Manejo de riesgo

La cooperativa cuenta con una masa importante que forma un pool de riesgo que parece poder amortiguar razonablemente los riesgos financieros del seguro.

Por otra parte, el riesgo del seguro se limita a través de la limitación del paquete de prestaciones a los servicios ambulatorios disponibles en el CMSC y la exclusión de toda clase de atenciones complejas y costosas.

El pago de la cuota de solidaridad tiene que estar al tanto para que los usuarios puedan gozar de los servicios del seguro médico, sólo en una primera consulta se acepta un atraso en el pago.

Por último, la cooperativa actuaría como reaseguro implícito cubriendo posibles pérdidas financieras del prestador propio.

Prestaciones/servicios

El fondo solidario que se financia en base a la misma cuota que da derecho a las prestaciones del seguro otorga los siguientes servicios:

- Subsidios por internación hospitalaria
- Subsidios por defunción
- Subsidios por invalidez
- Seguro de préstamos abiertos en la misma cooperativa
- Tarifas preferenciales en CMSC

Las prestaciones del seguro médico San Cristóbal propiamente tal abarcan en primer lugar tarifas preferenciales para los servicios disponibles en el Centro Médico de la misma cooperativa:



	Socios	Esposas	Adherentes
Medicina general, pediatría, gineco-obstetricia	9.000 Gs.	12.000 Gs.	18.000 Gs.
Especialidades	17.000 Gs.	12.000 Gs.	18.000 Gs.
ECG, Eco, enfermería, vendaje	15.000 Gs.	25.000 Gs.	25.000 Gs.
Comentario	sin IVA	más IVA	más IVA

Además los usuarios del seguro de San Cristóbal tienen derecho a rebajas en los procedimientos diagnósticos en Imagine e Iribas así como en los tratamientos en el Hospital Universitario.

Cuestiones legales, regulación

El seguro médico de San Cristóbal representa una actividad cooperativista y se regula según la legislación cooperativa.

Prestadores: selección, contratación, pago

El principal prestador del servicio médico San Cristóbal es el Centro Médico de la misma cooperativa el cual recluta sus pacientes en la gran mayoría de la masa de los asociados (90 %). Por otra parte, el 30 % de los socios (20 % socios directos, 10 % familiares adherentes) utilizan los servicios del CMSC. Las modalidades y la remuneración del Centro Médico se regulan dentro de la cooperativa con un presupuesto global, no hay ni costeo diferenciado ni pago directo del seguro al centro médico.

A los médicos contratados se paga por paciente atendido, la remuneración varía según la antigüedad del profesional y la especialidad (pediatría > medicina general > gineco-obstetricia > oftalmología).

La cooperativa tiene convenios escritos con el Hospital Universitario, con Imagine e Iribas que otorgan sus prestaciones por tarifas preferenciales a los usuarios de la cooperativa.

18. Sozialversicherung Chaco (SVCh)

Seguro social tipo Bismarck

Creación y antecedentes

Hasta 1978, las cooperativas solían cubrir una gran parte de los gastos médicos de sus asociados los cuales tenían que pagar en promedio el 25 % de los costos. Frente al fenómeno de un creciente empobrecimiento de algunas familias debido a enfermedades, a partir de 1979 se implementaba el SVCh, el cual incluye hoy en día no sólo un seguro médico sino también un seguro de jubilaciones y de cuidado ambulatorio de enfermería.

Afiliación

La afiliación al SVCh es mandataria para los socios de las tres cooperativas mennonitas en el Chaco Central donde alcanza un total de unos 25.000 beneficiarios. Las personas se convierten en derechohabientes a través del pago del aporte social obligatorio para todos los asociados de la asociación civil. La cobertura del seguro abarca al coti-



zante, su cónyuge y todos los hijos propios del mismo hasta la edad de 18 años, en caso de que éstos estén realizando una formación profesional se prolonga hasta los 26 años.

Las personas mayores de 70 años tienen el derecho a usufructuar de la totalidad de las prestaciones de salud accesibles en las colonias mennonitas sin pagar cotizaciones.

Financiamiento

El financiamiento del SVCh se basa en las contribuciones mensuales de los socios de las cooperativas mennonitas. Las cotizaciones a la seguridad social representan el 55 % del total del complejo de contribuciones sociales destinados para financiar los gastos colectivos de las cooperativas mennonitas (el resto va destinado a las tareas comunales y cooperativas, a la Asociación de Servicios de Cooperación Indígena-Mennonita (ASCIM, el 10 %), al financiamiento de las estructuras comunitarias de las colonias (5 %) y a la administración de las organizaciones cooperativas (5 %)).

Las contribuciones se destacan por su carácter progresivo. Hasta un determinado ingreso anual (de 27.270.000 Guaraníes o 4.200 € a fines del 2002), todos los asociados de las colonias mennonitas cotizan el 10 % de sus ingresos. A partir de este límite inferior, la tasa de cotización se incrementa continuamente por cada 908.300 Gs. (140 €) en 0,1 puntos porcentuales, manteniendo el pago del 10 % para el ingreso base (27.270.000 Gs.). El incremento escalado de las tasas de cotización tiene un tope ubicado en un ingreso anual de 152.615.400 Gs. (24.000 €), llegando la tasa contributiva en el grupo de ingreso más alto a un valor nominal tope del 19 %. En total, el nivel tope de la remuneración enfrenta una tasa de cotización efectiva del 15 %. Actualmente, la tasa de cotización promedio en la colonia de Fernheim (Filadelfia) se ubica en un 13,2 % del ingreso.

Manejo de riesgo

La viabilidad financiera del seguro médico de las cooperativas mennonitas en el Chaco Central se garantiza por una parte mediante la formación de un pool de riesgo relativamente grande afiliando la mayor parte posible de los socios. Por otra parte, se excluye la cobertura de toda clase de material médico e insumos aunque en la práctica el seguro ofrece una cobertura de hasta el 30 % de los respectivos costos. Además se prevé un copago equivalente al 30 % de los costos de las atenciones, pero sólo hasta un determinado tope de manera que los gastos importantes vuelven a recaer en el SVCh.

No se prevén períodos de carencia para los afiliados y sus dependientes, no se aplica ninguna clase de selección de riesgo dado el carácter mandatario del SVCh. En la práctica las asociaciones civiles de las colonias mennonitas están cumpliendo el rol de reaseguro implícito dado que en primer lugar sus instalaciones hospitalarias tienden a solucionar los problemas de salud de sus socios y en segundo lugar las estructuras solidarias de las colonias mennonitas contribuirían a resolver los problemas financieros de sus afiliados.

Prestaciones/servicios

El paquete de prestaciones del seguro médico del SVCh incluye la totalidad de las atenciones ambulatorias y hospitalarias disponibles en los establecimientos de las colonias mennonitas y, en caso de necesidad, en las clínicas privadas de Asunción. Se entiende que cubre toda clase de atención preventiva, promocional y curativa para so-



lucionar los problemas de salud de los asociados según las necesidades que se presenten. La cobertura del seguro de salud se limita en principio a los costos de hospitalización y atención médico-enfermera, mientras que no incluye los gastos de material médico y de insumos que se utilizan en los tratamientos indicados (lentes oculares, válvulas cardíacas etc.). Existe la posibilidad de entregar las respectivas facturas al SVCh, el cual podrá reembolsar hasta un 30 % del gasto total.

En general, se prevé un copago de los afiliados en un valor del 30 % de los costos, hasta un tope anual máximo correspondiente a 2,5 salarios mínimos (a fines del 2002 de 2.190.000 Gs. ó 340 €) por beneficiario y año, encargándose el SVCh de los gastos adicionales. Las personas mayores de 70 años están exentas de toda clase de copago.

Hoy en día, el SVCh ofrece no sólo un seguro médico sino también un seguro de pensiones, de desempleo y de cuidado ambulatorio de enfermería

Cuestiones legales, regulación

El SVCh tiene reconocimiento tanto legal como formal en el Paraguay y alcanzó el reconocimiento de la calidad de seguro social amplio para los colonos mennonitas quienes quedan liberados de la obligatoriedad de cotizar al IPS en el momento que comprueban su afiliación al SVCh.

El funcionamiento de este sistema de seguridad social está regulado por estatutos escritos generales de las cooperativas y específicas respecto del SVCh. En casos de disenso, un consejo electo con representantes de las cajas de seguro, de los prestadores y de los asegurados revisa el caso toma una decisión consensuada.

Prestadores: selección, contratación, pago

Los prestadores principales del SVCh son los establecimientos hospitalarios de las mismas colonias mennonitas en el Chaco los cuales están cubriendo las atenciones de primer y segundo nivel. En caso de necesidad e indicación médica, el SVCh cubre también el tratamiento médico-hospitalario en una serie de clínicas privadas en Asunción.

Los hospitales de las colonias se mantienen a base de un presupuesto global el cual viene del fondo de la asociación civil y va destinado al mantenimiento y los servicios de los establecimientos. En el caso de las clínicas privadas existen contratos escritos a base de los cuales se está aplicando un sistema de reembolso de las facturas que ellas presentan al SVCh siempre cuando exista una orden de referencia y las respectivas indicaciones por parte de un médico del hospital mennonita tratante.

19. Servicio de solidaridad de la cooperativa Ycua Bolaños de Caazapá

Sistema mutual de salud cooperativo

Creación y antecedentes

Frente a la vasta desprotección de la mayoría de los socios ante cualquier caso de enfermedad grave surgió la inquietud de implementar una mínima cobertura de tales eventos. En este momento, existe el interés dentro de la cooperativa de ampliar los servicios que otorga el servicio de solidaridad de la cooperativa. Los asociados tienen acceso a una serie de actividades educativas de prevención, concientización y capacitación que va dirigido en especial al grupo juvenil a través del consejo de salud.



Afiliación

El acceso a los servicios de solidaridad se limitan a los socios de la cooperativa Ycua Bolaños y su grupo familiar. Pueden afiliarse las personas a partir de los 18 años. Actualmente la cooperativa cuenta con unos 2.500 socios titulares y un total de entre 10 y 12 mil beneficiarios. El 53 % son agricultores que residen en zonas rurales, el 40 % son jóvenes entre 18 y 29 años; el 52 % son hombres y el 48 % mujeres.

Financiamiento

El servicio de solidaridad se financia a base del aporte de solidaridad del 1.500 Gs. mensuales por parte de los socios que cancelan una matrícula inicial de 20.000 Gs. y un aporte social mínimo de 4.000 Gs. por mes. Para el uso de los servicios de solidaridad, la cooperativa no permite morosidad alguna en el pago del aporte social y de solidaridad, pero es menos estricto en el acceso al arancel preferencial ofrecido a sus socios; en este caso el plazo de pago se extiende por todo el mes.

Manejo de riesgo

El servicio de solidaridad de la cooperativa limita el tipo, el número y sobre todo la complejidad de las prestaciones cubiertas y establece un gran número de exclusiones para solventar económicamente el financiamiento de los servicios y bajar el riesgo financiero.

No existe reaseguro explícito, el riesgo de los costos del servicio médico recae en la misma cooperativa.

Prestaciones/servicios

Premios:

- Nacimiento de hijo: 150.000 Gs.
- Enlace matrimonial: 100.000 Gs.
- Promoción estudiantil: 70.000 Gs.

Subsidios:

- Intervención quirúrgica: 250.000 Gs.
- Incapacidad física temporal: 150.000 Gs.
- Incapacidad física permanente: 900.000 Gs.
- Fallecimiento del socio: 400.000 Gs.
- Fallecimiento de familiares del socio: 150.000 Gs.
- Calamidad doméstica: 250.000 Gs.

Consultas médicas:

Tarifa preferencial por 1 consulta al mes por grupo familiar del socio, en caso de baja utilización aumento del número de consultas a base de valets que hay que solicitar de antemano en la misma cooperativa: 10.000 Gs. en medicina general consultorio normal, 20.000 Gs. en clínica mejor equipada, 15.000 en oftalmología (tarifa de mercado en Caazapá: 30.000 Gs. por consulta).

A partir de julio 2003 se va a implementar un seguro de sepelio: obligatorio, aporte adicional mensual 2.000 Gs., carencia hasta enero del 2004: 2,5 millones Gs. en caso de muerte del socio titular.

Cuestiones legales, regulación

El seguro funciona al interior de la cooperativa y se regulará por las respectivas disposiciones legales de los actos entre cooperativistas. Por el momento no existe vínculo



alguno con el sistema de salud y los reglamentos del sector sólo interfieren en la medida en que determinan la labor de los profesionales médicos.

Prestadores: selección, contratación, pago

La red prestadora abarca un número de profesionales que ejercen en Caazapá. El pago se efectúa en forma de reembolso a base de los valets que el paciente afiliado tiene que solicitar en la cooperativa antes de acudir al médico. Los médicos residentes en Caazapá cobran sus valets acumulados una vez al mes, el oftalmólogo al término del día en que atiende en el lugar.

Dr. Jens Holst
Proyecto PLANDES/
Proyecto Sectorial
“Seguros sociales de Salud”
Cooperación Técnica Alemana (GTZ)