

**Proyecto Sectorial
"Seguro Social de Salud
en países en vías de desarrollo"**



**Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)
GmbH**

Informe Evaluación Seguro de Salud Integral de Caazapá Metodología InfoSure

Gustavo Gini/Jens Holst

Eschborn 2004

**GTZ - Proyecto Sectorial "Creación e implementación de sistemas de seguro social de salud en los países en vías de desarrollo y en transición"
Departamento de Estudio del Ministerio de Salud de Chile**

Lista de contenidos:

1. Creación del seguro	3
2. Afiliación	4
3. Financiación	6
4. Beneficios otorgados por el sistema de seguro	8
5. Gestión del riesgo	12
6. Servicios	12
7. Cuestiones legales, constitución	13
8. Administración	14
9. Provisión de servicios de salud	16
10. Pago a los prestadores	Fehler! Textmarke nicht definiert.
11. Perfil financiero	17
12. Perfil estadístico	18
13. Objetivos futuros:	22
14. Resumen	24
14.1. Observaciones principales:	24
14.2. Principales logros	26
14.3. Impactos negativos	26
15. Bibliografía adicional	27

InfoSure - Metodología de Evaluación para Seguros de Salud

InfoSure ofrece un amplio espectro de oportunidades para describir, evaluar, monitorear y comparar el funcionamiento de los sistemas de seguro de salud. La aplicación del banco multilingual de datos basado en internet...

Más información en: www.infoSure.org

**InfoSure**

Metodología de
evaluación de seguros
de salud y sistema de
información

1. Creación del seguro

La idea de implementar un seguro en Caazapá nació en enero del 2001, en abril del mismo año la OPS se empezó a interesar por el concepto del seguro iniciando el diseño técnico con consultores nacionales e internacionales. El inicio de la encuesta y carnetización fue el día 11 de junio de 2002, la otorgación de las prestaciones se hizo efectiva a partir del 1 de julio del mismo año.

Las principales inquietudes que motivaron la creación del seguro fueron los siguientes: población sin acceso a servicios de salud, alta tasa de población no asegurada, sistema ineficiente, inequitativo, ni sustentable ni solidario y sin participación comunitaria.

La motivación inicial se derivó de las altas tasas de mortalidad materna e infantil en el Paraguay. Se detectó que una parte importante de los partos se realizaron de forma no-institucional, además la tasa alarmante de mortalidad infantil se debió principalmente a patologías prevenibles.

En total, la cobertura prestada por el sector público era muy limitada, mucha gente no tenía acceso por barreras geográficas y, sobre todo, económicas y dependían en gran parte de la exoneración de los costes, decisión basada principalmente en criterios subjetivos y muchas veces políticas, o sea de forma arbitraria.

La iniciativa de implementar un seguro de cobertura amplio en la región de Caazapá surgió en el ministerio nacional de salud. Personas y prestadores del nivel local tomaron la iniciativa y trabajaron en la preparación de las condiciones para lanzar el seguro.

Desde un principio, la OPS dio apoyo técnico y parcialmente financiero a la iniciativa. Otros dos actores fundamentales fueron la Gobernación y la Municipalidad quienes apoyaron en la sustentabilidad financiera y la factibilidad política. El proyecto recibió apoyo bilateral por parte de la GTZ y del gobierno de Taiwán.

El apoyo técnico otorgado al SI estaba focalizado en la capacitación del personal núcleo en aspectos generales del diseño de sistemas de seguro de salud (OPS, Ministerio de salud), y en la gestión administrativa y financiera de las unidades coordinadora, aseguradora y prestadora.

El SI recibió y se sigue recibiendo apoyo financiero de las siguientes fuentes: Ministerio de Salud (co-financiación continua por el pago de la mano de obra tanto del grupo coordinador del SI como del personal prestador, pago no en efectivo), Gobernación y Municipalidad (pago per cápita según afiliación, en efectivo), OPS, Gobierno de Taiwán, GTZ (aportes para la implementación del SI e insumos, pago en efectivo). Además, tanto la OPS como la GTZ están otorgando apoyo logístico-administrativo en varios aspectos de la implementación y del funcionamiento de un seguro de salud.

En la toma de decisiones participaron los tres financiadores públicos (autoridades nacional, departamental y local) y la OPS, además del único prestador con el cual el SI está colaborando en la fase inicial, el Hospital Regional de Caazapá (HRC). No se han involucrado a los usuarios en la toma de decisión.

Durante la fase preliminar a la implementación del SI, se llevó a cabo un estudio de la situación socio-económica en la región objetivo (vea Depósito de documentos: Cálculo de cotizaciones y escenarios) que abarcaba el recuento de las familias y personas que

viven en el departamento y una estimación de la capacidad de pago promedia en las distintas colonias. Sin embargo, en el mencionado archivo se encuentra una diferencia de 1041 familias y 10000 personas entre la suma de las poblaciones locales y la cifra total.

Además se evaluaron datos epidemiológicos acerca de la morbilidad (prevalencias y partos previstos), las prestaciones otorgadas, los recursos humanos etc. En base a las encuestas realizadas a la población objetivo para evaluar la necesidad subjetiva de prestaciones se reveló su interés primordial en la desparatización que se incorporó en el paquete de prestaciones cubiertas.

Se analizó la existencia de redes, cooperativas, agrupaciones, gremios etc. en la región para ver su capacidad incorporación el sistema asegurador. Falta resumir e interpretar los resultados obtenidos para diseñar una estrategia de ampliación de la red de prestadores.

Datos disponibles en el momento de la implementación del SI:

1. Indicadores demográficos de la Dirección general de Encuestas y Censos.
2. Indicadores sanitarios: Nivel país año 1999 del MSPyBS; nivel departamento año 2000 de VI. Región Sanitaria.
3. Variables económicas de los entes financiadores.
4. Entrevistas al personal sanitario acerca de la disponibilidad y demanda de las prestaciones.
5. Estimación de las tasas de uso del HRC.
6. Proyecciones epidemiológicas.
7. Documentos de proyectos y experiencias de otros países.

2. Afiliación

En su diseño técnico, el SI tiene carácter universal en el Departamento de Caazapá y está abierto para todos los ciudadanos del distrito. Durante la fase inicial, la población objetivo se limita al grupo materno infantil en el Distrito de Caazapá (MEF (planificación familiar+PAP), mujeres embarazadas y niños menores de 5 años).

La única exclusión prevista en el diseño actual del SI se limita a un criterio geográfico dado que el seguro no está abierto sino para los habitantes del distrito de Caazapá, quedando excluido en este momento los residentes de las otras comarcas. Sin embargo, en la práctica el SI no ha negado la afiliación a las personas que llegaron a atenderse en el único prestador, el HRC, aunque pertenecían a otros distritos vecinos de Caazapá.

A pesar de la limitación inicial del SI a la población de Caazapá, desde un principio se afiliaron personas procedentes de otros distritos fuera del distrito. Esto se debe a razones geográficas y de costumbre en cuanto al uso del HRC como prestador por parte de las personas de todo el departamento. No se aceptó la afiliación de habitantes de otros departamentos. Más allá del criterio geográfico, el SI no está estableciendo condición

alguna a la afiliación de sus beneficiarios e incluso procedió a afiliar los asegurados del IPS en cuanto se presentaban en el SI.

La actividad económica del grupo objetivo del SI es principalmente agrícola y ganadera, en menor escala industrial (artesanal y procesamiento de productos básicos) y de servicios. Un gran número de la población caazapeña está trabajando parcialmente en tierras propias, un 30 % trabaja en tierra de otro (sistema de mitad), otros tienen el estatus de jornaleros. Además, hay un gran porcentaje de mujeres amas de casa.

Hasta ahora, el grupo de afiliados presenta características bastante uniformes en cuanto a su identidad cultural, étnica y probablemente religiosa. La gran mayoría tienen un bajo nivel educativo, entre la educación primaria incompleta y un promedio entre el 3º y 4º grado. En tres de los diez distritos hay comunidades indígenas, pero hasta la fecha no se ha afiliado muchos indígenas en el SI (unas 30 familias en el último mes).

La afiliación de los usuarios del SI es completamente voluntaria y se realiza mediante un proceso de carnetización en la oficina del SI dentro del HRC. Para este efecto, se les hace una encuesta socioeconómica que abarca todos los datos personales del grupo familiar más la evaluación de la educación y una estimación de la situación y solvencia económicas (vea depósito de documentos: Formato encuesta).

Los usuarios del SI se captan en su gran mayoría en el momento de recurrir al único prestador del seguro, el HRC, por presentar un problema de salud. Ello conlleva posiblemente a una selección adversa de los afiliados porque se están captando principalmente las familias cuyos miembros presentan una patología o un problema de salud.

Desde 1 de junio, día en que se inició el funcionamiento del SI, hay una campaña de difusión radial y de materiales educativos que se distribuían mayoritariamente en los servicios sanitarios, iglesias etc. Sigue siendo importante la difusión boca a boca, la propagación por los promotores de salud y por las comunidades religiosas. No existe contrato explícito entre el seguro y los usuarios. El usuario recibe un carnet de afiliación a unos días después de la inscripción que le da derecho a recibir las prestaciones del SI. A partir de la entrega del carnet y en el futuro a partir de los 30 días después de la afiliación, el SI se compromete a otorgar los beneficios cubiertos por el seguro.

La unidad asegurada del SI es el grupo familiar definido como el conjunto de personas que conviven bajo el mismo techo y 'comen de la misma olla', es decir que dependen de la misma sustentación económica. Las personas a cargo están incluidas sin necesidad de cotizar dado que el seguro cubre a toda una familia más otras cargas que conviven bajo el mismo techo. Hasta la fecha, la cobertura no se hace efectiva sino para las mujeres embarazadas y para los niños menores de 5 años.

Una vez funcionando plenamente, el seguro dará cobertura al jefe de hogar con su esposa o compañera, hijos sin límite de edad o condición, abuelos, suegros, otros parientes cercanos, empleadas domésticas. En la fase inicial, el SI no está otorgando sus prestaciones sino a las mujeres en edad fértil (sólo planificación familiar y PAP) embarazadas y los niños en edad fértil lo que define una diferencia entre los distintos miembros de las familias aseguradas. No habrá diferencia de cobertura prestacional entre los diferentes miembros de un clan asegurado.

La identificación de los afiliados se realiza mediante la presentación del carnet de afiliación al SI y de un documento válido que puede ser o la cédula de identidad o, en el caso de los niños menores de un año, el certificado de nacimiento. Además de los dos documentos mencionados, el SI va a controlar el comprobante del pago de la cotización con el cual el asegurado y sus cargas demuestran haber cotizado regularmente.

En la actualidad, los usuarios del SI habitan en el distrito de Caazapá compuesto por la cabecera y 10 comunas rurales relativamente dispersas y accesibles por carreteras de tierra. La locomoción pública desde las distintas "compañías" sale a primera hora de la mañana y suele regresar sobre las diez de la mañana.

3. Financiación

A esta altura, el SI ha recibido un apoyo financiero directo en efectivo de la Gobernación (100 mill. de Gs.) y de la Municipalidad (1 mill. de Gs) en base al concepto de pago per cápita según afiliación.

Concepto básico de financiamiento del SI: Objetivo: 300.000 US-\$ por todo el departamento por año por cápita.

- Gobierno Departamental: 1 US-\$ por año y cápita considerando la totalidad de los habitantes = 145.000 US-\$
- Gobierno Municipal: 1 US-\$ por año y cápita considerando la totalidad de los habitantes = 27.000 US-\$
- Ministerio de Salud Nacional: Salarios, mano de obra, gastos fijos, insumos (total 70 % del presupuesto).
- Donaciones: OPS: 5.000 \$ para gastos e insumos de oficina, Gobierno de Taiwán: 10.000 \$ en insumos y medicamentos por gestión de la gobernación, GTZ: 8 Mill. Gs. = 1.500 \$ por insumos necesarias para la implementación del SI.

Las autoridades departamental y municipal interpretan su participación financiera de otra forma: están dispuestos a cofinanciar el SI sólo en base a la afiliación real pagando un US-\$ por cada usuario. El Ministerio de Salud otorga un importante subsidio cruzado en forma de los recursos humanos y de infraestructura dado que el SI está basando su oferta prestadora en los establecimientos públicos financiados por el gobierno nacional. A partir del 1 de enero de 2003 se pretende cobrar las cotizaciones las cuales en el futuro deberían cubrir el 50% de los gastos del seguro.

Para el año 2003, la intendencia de Caazapá está programando hasta 25.000 US-\$ para el presupuesto anual y los va a entregar en la medida en que la afiliación progrese y en que los jefes de los hogares afiliados paguen una determinada cuota de afiliación (previstos son 3000 Gs.) y coticen de forma regular. En la primera fase entregará 25 mill. Gs. lo que representaría un 4,17 % del presupuesto total (=600 mill. Gs.). El aporte se ampliará en la medida en que el SI logre afiliar un mayor número de beneficiarios y evitar la desafiliación de los asegurados (por ejemplo por discontinuación de la cotización mensual).

Todavía no se cobran cotizaciones a los usuarios, y la afiliación también se está ofreciendo sin costo alguno. En un principio, el SI fue implementado con los puros aportes

de la Gobernación y de la Municipalidad (suma tentativa de 895.794.600 G cada una, de hecho la Gobernación ha aportado 100 mill. y la Intendencia apenas 1 mill. G.), del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en concepto de vacunas y colectivas (2.793.755.823 Gs.) y por la VI. Región Sanitaria (FF10) (4.169.431.349 Gs.).

En el futuro (fecha tentativa a partir de enero del 2003) se va a cobrar una cuota de afiliación global de supuestamente 3.000 Gs. por familia. A partir de la misma fecha, se iniciará el proceso de cobranza de las cotizaciones regulares que dependerán del estrato socio-económico de los afiliados y se cobrarán por hogar. La cotización se iniciará en enero del 2003 con cuotas de 10.000, 20.000 ó 30.000 Gs. según la capacidad económica de los afiliados. Se estima que la mayoría de los afiliados se ubicará en el grupo B que tiene que abonar 20.000 Gs. lo que equivaldría a un 4 % del ingreso imponible, en el caso del grupo más pobre (A) los 10.000 Gs. representarían un 5 % y en el grupo C de los más favorecidos sólo alcanza el 3 % del ingreso.

No se han estudiado modalidades que faciliten el pago regular por los usuarios en un entorno rural pobre que funciona en gran medida sin dinero y a base del autoabastecimiento y parcialmente a base del trueque y donde los ingresos pecuniarios de los hogares están sumisos a fluctuaciones estacionales (mayor capacidad de pago en épocas de cosecha y venta, escasez de dinero en efectivo en otros meses). Tampoco se han investigado los métodos que faciliten la cotización regular, como puede ser la rebaja por pago adelantado en época de cosecha, la vinculación con un sistema de lotería u otras.)

En la actualidad no hay control alguno porque se está en la fase de captación de afiliados en la cual no se cobra a ningún usuario del hospital prestador que tenga un carnet del SI. Una vez iniciado la fase de recaudación de cotizaciones, el fraude por parte del usuario no asegurado se intentará reducir pidiendo a los usuarios un documento de identidad, el carnet de afiliación y el último recibo comprobante del pago de la cotización antes de otorgarles las prestaciones cubiertas por el SI. El acceso a los beneficios cubiertos se limitará a las personas que pueden comprobar el pago de la prima, pero en la actualidad no hay mayor control de los usuarios.

Para la segunda fase del SI se plantea en principio una recaudación mensual de las primas. Todavía no se han definido los detalles, pero hasta la fecha la adaptación de la recaudación al ritmo de cosecha e ingresos líquidos no se ha discutido, tampoco otros métodos para facilitarles a los usuarios el pago adecuado de las cotizaciones. En principio el seguro no prevé exenciones del pago de las cotizaciones. Sin embargo, no se descartan reducciones de la prima para los extremadamente pobres, como por ejemplo los indígenas. La diferenciación de las cotizaciones según grupos de ingreso mensual representa una especie de exención parcial.

Según la concepción del SI, no hay copago alguno para los beneficios otorgados, con la única excepción de los medicamentos que no están incluidos en ninguna prestación, lo que puede interpretarse como una especie de copago en la medida en que las prestaciones se entienden como atención integral de una determinada patología. En la práctica, no obstante, el HRC está solicitando un determinado copago en forma de jeringas u otros insumos menores. A pesar de que los respectivos gastos no representan sino una mínima parte del coste total del tratamiento, tienen un impacto variable en los bolsillos de los usuarios y, sobre todo, ponen fuertemente en riesgo la aceptación del mismo

seguro por parte de los afiliados, impresión que parece ser extremadamente peligrosa poco antes de la implementación de un sistema de cobranza.

El aporte oficial que se pide a los usuarios del SI en forma de los medicamentos se puede considerar como copago oficial. Pero últimamente, el HRC ha cobrado copagos menores a los usuarios del hospital lo que no está previsto en los estatutos del SI y se debe considerar como acto extraoficial.

El volumen de los copagos por medicamentos depende de los precios de los productos en el mercado farmacéutico, los copagos extraoficiales dependen de las necesidades coyunturales del HRC y varían según los insumos utilizados. No hay limitación alguna de los copagos por medicamentos, y desde luego menos para los copagos extraoficiales.

El SI no prevé exención del coste de los medicamentos para ninguno de sus beneficiarios. Sin embargo, los usuarios del SI tienen el derecho a utilizar la farmacia social que ofrece precios más económicos que se ubican más o menos en el 60 % del precio del mercado libre. El copago por medicamentos se paga o en la farmacia social del SI o en una farmacia cualquiera.

El SI recibe un apoyo financiero directo en efectivo de la Gobernación (100 mill. de Gs.) y de la Municipalidad (1 mill. de Gs) en forma de pago per cápita según afiliación. Además, el SI recibió una donación de 10000 US-\$ del gobierno de Taiwán así como unos 5000 US-\$ de la OPS y aportes financieros menores de la GTZ (para algunos insumos necesarios para la implementación del SI).

No fue posible conseguir un préstamo a nivel nacional para cubrir los gastos de la implementación así que el SI se implementó sin capital prestado. Los iniciadores del SI no optaron por financiar el sistema asegurador en base a un préstamo del Banco Mundial o de un Banco de Desarrollo dado que desde un principio pretendían implementar un esquema autofinanciado y, por consiguiente, sustentable evitando la dependencia de la financiación del proyecto de afuera.

4. Beneficios otorgados por el sistema de seguro

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 menos de 0 a 4 años de edad. En la primera etapa, se definieron un total de 23 prestaciones para el conjunto materno infantil:

- 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

Están específicamente cubiertos el parto normal, la cesárea y el legrado en las embarazadas y 'otras cirugías' en los menores de 5 años. A partir del 2003, se está pensando ampliar a un total de 43 prestaciones disponibles para todos los grupos etáreos en principio.

Por una parte, debido a una cierta confusión conceptual y la falta directrices claros y accesibles, los prestadores médicos han otorgado servicios que no estaban cubiertos por el seguro despertando de este modo expectativas. Por otra parte, particularmente en la fase inicial, no todas las prestaciones estaban siempre accesibles por falta de insumos, escasez de mano de obra y otros problemas de suministro debidos principalmente al sistema de entrega de insumos por parte del ministerio. Este problema se va superando y se espera ya no tener problemas de disponibilidad de las prestaciones cubiertas por el seguro en la medida que se haga efectivo el cobro de cotizaciones por parte de los usuarios.

Sin embargo, últimamente el problema de la escasez de determinados insumos ha llevado al personal del prestador (HRC) a hacer a los usuarios del SI conseguir algunos materiales (jeringas etc.) fuera del hospital y a costo del bolsillo propio lo que sistemáticamente está limitando la disponibilidad de las prestaciones.

En lo que se refiere a la parte del financiamiento basada en las cotizaciones de los usuarios, el seguro funciona según las reglas de juego del seguro clásico en forma de pool de riesgo donde la totalidad de los afiliados cubre los costos de los que se enferman (principio rector).

Hasta la fecha, el único prestador del SI es el Hospital Regional de Caazapá (HRC), hospital de segundo nivel y de referencia para el Departamento de Caazapá. Como hospital público, el HRC está enmarcado dentro de la política central del ministerio y se dirige según las normas del ministerio. No existe la libertad de seleccionar el paquete de prestaciones.

Las inmunizaciones suelen ser las prestaciones más cabal y eficazmente cumplidas por el Ministerio de Salud. En total, el SI cubre las siguientes atenciones preventivas, usando las instalaciones del Hospital Regional de Caazapá:

- Vacunación toxoide tetánico en mujeres en edad fértil.
- Detección oportuna del cáncer genital en mujeres en edad fértil.
- Otra dosis de vacunación anti-tetánica y control prenatal en mujeres embarazadas (incluye control odontológico, sin odontología curativa).
- Inmunización (según programa nacional de vacunación), control de crecimiento y desarrollo y odontología preventiva en menores de 5 años.

- Mujeres en edad fértil: Gineco-obstetricia en planificación familiar, control prenatal, detección del cáncer genital, odontología preventiva.
- Niños menores de 5 años: Neonatología, pediatría, traumatología, neumología, cardiología, urología, odontología preventiva.

La atención y los diagnósticos se realizan en base a protocolos normatizados previamente por los propios especialistas según procedimiento (vea archivos en depósito de documentos). El SI cubre prestaciones laboratorias sin poner límite a la cantidad de exámenes que se realicen. Existe una lista normatizada que define el conjunto de prestaciones de laboratorio cubiertos por el SI. Además, está cubriendo los siguientes beneficios diagnósticos: Ecografía, monitoreo fetal, radiología (y laboratorio).

Las hospitalizaciones en pediatría y maternidad se realizan en el Hospital Regional de Caazapá, prestador hospitalario público de segundo nivel y de escasos recursos. La infraestructura muestra un alto grado de desgaste y descuido, las habitaciones cuentan con modestas instalaciones. La atención hospitalaria incluye alojamiento y alimentación y supuestamente todos los insumos necesarios. Se realiza actualmente en los departamentos de maternidad y pediatría. El HRC cuenta con los cuatro departamentos básicos (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría).

Los beneficios otorgados por el SI en maternidad abarcan la atención integral del embarazo y del parto así como los servicios peripartales, concretamente la consulta ambulatoria (control prenatal incluyendo vacunación toxoide tetánico, 6 consultas (hasta 12 consultas en embarazos de alto riesgo), visitas a domicilio (auxiliares), ecografía obstétrica, consulta odontológica y laboratorio. En detalle, el SI presta los siguientes beneficios:

Bajo riesgo: hemograma, orina simple

- V.D.R.L.
- Tipificación sanguínea
- Glicemia
- Ácido úrico

Alto riesgo: Monitoreo fetal, hemograma, orina simple

- V.D.R.L.
- Tipificación sanguínea
- Glicemia
- Coagulograma
- Ácido úrico

Están excluidas por el momento todas las prestaciones que no están definidas explícitamente como beneficios del seguro. Como todavía no existe un sistema de referencia y contrarreferencia, tampoco no está cubierto el transporte en ambulancia u otro vehículo. De la misma manera, no están incluidos los medicamentos. Todos los procedimientos cubiertos por el SI carecen de la parte del tratamiento farmacológico lo que puede significar en la percepción de los usuarios una limitación bastante relevante de la protección y cobertura otorgadas por el seguro porque el paciente afiliado tendrá que pagar sus medicamentos aparte. En su farmacia social del seguro, el SI ofrece ex-

clusivamente a sus afiliados el acceso a medicamentos por un precio más económico (rebaja equivalente al 30 - 50 %). Para estimar el posible efecto, hay que tener en cuenta que en el Paraguay el 70 % del gasto promedio de bolsillo en salud se dedica a la adquisición de remedios.

No es el concepto de SI de complementar el paquete de prestaciones de otros seguros. Sin embargo, en la práctica lo está haciendo, en primer lugar frente al IPS cuyas beneficiarios ya empiezan a afiliarse al SI. Este servicios complementario a la oferta que el IPS se está ofreciendo al reducido grupo de sus afiliados/as, hecho que se debe más que nada al incumplimiento de las tareas de tratamiento de sus asegurados en la región de Caazapá; por ejemplo, el hospital del IPS en este lugar no dispone de servicio de neonatología.

La coyuntura política local compite en cierta manera con el SI dado que existe un destacado clientelismo política que incluye el aprovechamiento de las instituciones públicas y, en especial, del sector salud. Los candidatos suelen luchar por los votos mediante el financiamiento de medicamentos e insumos, lo que va acompañado de un aumento en el índice de las exoneraciones de los pacientes, situación que corrompe la demanda y debilita la oferta.

Hasta la fecha, las prestaciones se financian exclusivamente con los aportes provenientes de las siguientes fuentes: MSPyBS, Gobernación, Municipalidad. En menor escala, son cofinanciadas por una parte las donaciones externas (OPS en medicamentos, Rep. de China medicamentos e insumos). En este momento, no hay cotizaciones y, por consiguiente, los usuarios todavía no participan en el financiamiento de las prestaciones y no existen ni prepago ni reembolso. En la actualidad, el SI no ofrece suficiente capacidad resolutoria por falta de recursos humanos e insumos. Así no se había detectado la extensión arbitraria del paquete supuestamente asegurado por los profesionales médicos. Además, no se descarta de forma efectiva la indebida utilización del carnet de afiliación que se presta a otras personas.

En principio, el paquete de prestaciones inicialmente otorgadas corresponde a los tratamientos de las patologías más frecuentes entre la población objetivo. En cuanto a la composición del paquete hay lugar de dudas acerca del método elegido de vacunación con toxoide tetánico (no hay evidencias que demuestren la efectividad del esquema aplicado), además no abarca la vacunación contra la rubeola en las embarazadas.

La definición del paquete actual de prestaciones se debe más que nada a una decisión política del ministerio en base a la presión de los indicadores de mortalidad: Había un alto grado de mortalidad infantil debido a enfermedades prevenibles por medidas básicas e inmunización: neumonía, sarampión, diarrea etc. Para solucionar los problemas básicos de la población en cuestión, el esquema asegurador tenía que enfrentar el alto indicador de mortalidad materna (600/100.000) y los traumatismos obstétricos. No se logra detectar una razón que explicara de forma razonable la exclusión del paquete de prestaciones toda clase de medicamentos salvo los usados durante los procedimientos de cirugía dentro del hospital.

5. Gestión del riesgo

El SI no tiene carácter obligatorio, la afiliación es voluntaria y se realiza hasta ahora exclusivamente en la sede del único prestador del seguro, el Hospital Regional. Ello significa, el método de afiliación aplicado por el SI está fomentando en principio la selección adversa que surge del mayor interés natural que tiene las personas que presentan problemas de salud para inscribirse en un esquema asegurador. Actualmente, el SI inscribe principalmente a personas que se acercan al prestador lo que implica la presencia de una enfermedad y posiblemente de patologías más complejas. Por otra parte, la afiliación por grupo familiar significa a la vez la incorporación de un número importante de beneficiarios que no cotizan, pero que aumentan el ingreso del SI por medio de los aportes del estado, del departamento y del municipio mientras que ellos basen su aporte en el número de personas afiliadas.

El seguro no puede rechazar a ninguna persona del departamento que solicite afiliarse, sólo se rechazan las personas que viven fuera del área de funcionamiento del seguro. Más allá de la selección adversa descrita arriba, el SI no está aplicando la práctica de exclusión afiliando incluso a personas que están asegurados en el IPS y otros sistemas aseguradores. En términos teóricos, el seguro está disminuyendo sus riesgos limitando la cobertura a un paquete reducido de prestaciones. En la medida en que se vaya ampliando ese paquete, el riesgo financiero del SI va crecer.

El SI no cubre las patologías catastróficas y de alto coste o de alta complejidad que no tienen solución en el prestador que es el Hospital Regional de Caazapá. De hecho, no cubre todas las patologías que requieren transferencia a un centro de tercer o cuarto nivel de atención. En la segunda fase, para prevenir la asociación exclusiva de personas enfermas, se va a aplicar un período de latencia de un mes para todas las prestaciones y para todos los beneficiarios.

No existe reaseguradora que se haga cargo del riesgo financiero del SI. En principio, serán el Estado a través del ministerio de salud, la gobernación y el municipio en el cual recae la responsabilidad de mantener la oferta del seguro en pie, y por último son los mismos usuarios que enfrentan el riesgo del quiebre financiero del SI en el momento en que se deje de prestar los servicios cubiertos por él.

6. Servicios

Como servicio adicional, pero estrechamente relacionado con la atención de salud y motivado por la no-cobertura de los medicamentos, se puede considerar la rebaja del precio de los fármacos en la farmacia social del mismo hospital como servicio adicional otorgado por el SI.

La información al usuario es bastante débil, funciona en gran parte en base a la propaganda boca a boca. Se distribuyeron folletines y trípticos, además se emitieron algunos programas radiales. Entre junio y agosto había una funcionaria del hospital regional actuando como comunicadora social del seguro. No se ha desarrollado una estrategia de comunicar la idea del seguro en las visitas a domicilio o en las charlas comunitarias sobre temas relacionados a la salud; más de 200 charlas comunitarias anuales en el

distrito. Causas posibles: Falta de directivas claras de incluir el seguro en las charlas, falta de capacitación sobre el seguro, temor del personal de aumentar la demanda y, por consecuente, el trabajo para ellos.

Parcialmente el seguro está sacando provecho de una estrategia de la dirección general de programas del ministerio de salud de nombre COPE: Cliente orientado - prestador eficiente. La presencia del seguro se limita hasta la fecha al Hospital Regional, único prestador, y a una oficina dentro del mismo.

7. Cuestiones legales, constitución

El SI es un seguro público sin fines de lucro. Tiene carácter formal aunque todavía falte implementar efectivamente la formalización de los distintos aspectos como las relaciones contractuales en el financiamiento, los reguladores, los prestadores y los usuarios. No existe estatuario específico respecto del SI sino el funcionamiento de cualquier sistema de seguro de salud está reglamentado por el código de salud y las leyes generales que regulan el sector salud en su conjunto.

El SI está legalmente registrado en la municipalidad de Caazapá como Seguro de Salud Integral del Distrito según el acuerdo contractual de gestión rubricado por el ministro de salud, el gobernador y el intendente y refrendado por el representante de la OPS en Paraguay así como por un representante del Consejo Local de Salud.

El SI está registrado en la municipalidad de Caazapá. Una vez implementado, el seguro debería inscribirse a la Superintendencia de Salud como sistema de asegurador de salud. El SI no tiene personería jurídica y perdería incluso el derecho de recibir el financiamiento por parte del ministerio en el momento de conseguir personería. No se requirió licencia alguna para que el seguro pudiera entrar en función. En la fase piloto no se establece ningún reglamento acerca de que un seguro público tenga que tener un estatuario escrito. El SI no ha desarrollado estatutos propios que regulen su funcionamiento, ni existen regulaciones de parte del Estado o del ministerio que normaticen o ordenen los seguros de salud paralelos al IPS

En la actualidad no hay una supervisión efectiva del SI, pero en teoría lo deberían supervisar los siguientes organismos: Superintendencia de Salud, Consejo Local de Salud y la Dirección de Servicios de Salud de ministerio de salud. La Superintendencia es actualmente un ente integrante del ministerio de salud y cumple una función controladora del sistema de medicina prepaga y los establecimientos prestadores privados; en teoría tendría que supervisar los sectores asegurador y prestador públicos.

La implementación del SI se basa fundamentalmente en la Ley 1032/96 sobre la creación del sistema nacional de salud y de un seguro nacional de salud, implementado con la idea de unificar los distintos subsectores (IPS, Sanidad militar y policial, MSPyBS, sector privado, ONG), el Código Sanitario del año 1980 y otras disposiciones aplicables al seguro: Código sanitario vigente, Ley de administración financiera del estado. Actualmente, el SI como tal no está sujeto a impuestos dado que los ingresos son exclusivamente públicos y como organismo sin fines de lucro está exento de pagar impuestos. El único impuesto que se paga es el IVA por concepto del consumo aplicable principalmente en insumos y medicamentos.

Un problema general para todos los esquemas de seguro de salud en el Paraguay se deriva de la exclusividad del IPS en cuanto a la facultad de descontar las contribuciones del sueldo imponible y de los impuestos que tanto los patrones como los empleados y obreros tiene que pagar.¹

El coordinador del SI fue designado por decisión ministerial. Existe un consejo administrativo compuesto por el director regional, coordinador del seguro, secretario de salud de la gobernación, representante municipal. El consejo local de salud ejerce el rol de supervisión. En estos momentos, el SI está integrado en gran medida en la vida institucional del HRC, el único prestador.

8. Administración

El registro de los afiliados se lleva a cabo en el despacho del SI en el Hospital Regional. La recaudación de cotizaciones no se ha hecho efectiva dado que hasta la fecha no se reciben aportaciones por parte de los usuarios.² Al momento de la afiliación se toman los datos personales de todos los miembros del grupo familiar incluido en la cobertura del SI, con nombre y fecha de nacimiento. Adicionalmente se incorpora una serie de datos socioeconómicos tomados mediante la encuesta inicial obligatoria en un archivo Access que permite un análisis de muchos factores respecto de los usuarios. Paralelamente se prepara un carnet para cada grupo familiar que se entrega dentro de pocos días y que sirve como un elemento necesario para probar el estado de derechohabiente.

La cobranza de las cotizaciones está prevista a partir de enero del 2003, pero no existe idea concreta acerca de los mecanismos que se aplicarán. Es más, la infraestructura establecida, los datos existentes y la poca presencia del seguro en las áreas fuera de la cabeza del distrito parecen ser insuficientes para enfrentar el reto de implementar un sistema efectivo de recaudación de cotizaciones. Existen las siguientes opciones y obstáculos:

1. Cobrar mensualmente a los usuarios independientemente de su afluencia al/a los prestador(es) de salud mediante visitas regulares a las comunidades: falta de recursos humanos, financieros y de transporte.
2. Limitar el cobro de las cotizaciones a los beneficiarios que se acerquen al/a los prestador/es para atenderse por un problema de salud: 'castigo' relativo de los enfermos y mantención de la relación directa entre el pago y el problema de salud lo que dificultará desvincular el gasto del evento y la implementación de una cultura de prepago y de aseguramiento previo.

¹ Hasta la fecha, la única excepción de esta regulación rige en la zona de influencia de las colonias menonitas en el Gran Chaco paraguayo. Los afiliados de las cooperativas menonitas están exentos de cotizar al IPS siempre cuando contribuyan al sistema de seguridad social de las colonias para mayor detalle vea Holst, Jens (2003): Sistemas de seguridad social de las colonias menonitas en el Chaco paraguayo. Bonn/Eschborn y Holst, Jens (2003): Esquemas de financiamiento de salud en el Paraguay (ambas accesibles en la página web: www.health-insurances.org).

² El 17 de febrero de 2004 se inició la Etapa II del proyecto asegurador de Caazapá con la recaudación de las primas familiares mensuales y la entrega de la totalidad de las prestaciones físicamente disponibles.

3. Ampliar la red de instituciones recaudadoras de las cotizaciones, incluyendo las municipalidades y otros prestadores en la medida en que se amplie la red prestadora: necesidad de un banco de datos actual en todas las instalaciones que participen y de una comunicación continua que asegure tener los datos necesarios en todos los establecimientos para garantizar el tratamiento de todos los asegurados en todo el distrito; por tal efecto es imprescindible un estricto sistema de control, revisión y transferencias financieras confiables, capacitación del personal.

No hay un sistema definido para el pago a prestadores ni en gestión administrativa ni en forma de auditoría. Tampoco no existen ni se han preparado formularios estandarizados ni manuales, directrices o guías al respecto. Actualmente no se ve la posibilidad de disponer de computadores o un software adecuado fuera del hospital, y el intercambio electrónico de datos no es posible por falta de la infraestructura requerida.

No existen contratos con el hasta ahora único prestador porque se ha establecido un mecanismo de atención al cliente del SI, el tratamiento de los usuarios no se distingue de la de los no afiliados.

Están a disposición del SI el hardware para aprovecharse del sistema WinSIG (Sistema de Información Gerencial) del hospital regional para gestión contable, gestión administrativa y estadísticas vitales. En un futuro va a estar a disposición de los hospitales que conformen la red, mientras que los datos de los puestos y centros llegarán en papel y tendrán que digitarse en la oficina del SI. Hasta la fecha existe un concepto de los formularios e instrumentos de recolección de datos, pero no se han diseñado los respectivos documentos ni manuales y directrices.

El SI maneja planillas de servicios prestados usadas desde el primer día y basadas en los registros del hospital. Sin embargo, en el inicio el hospital no estaba notificando la afiliación de los pacientes tratados. En el entretanto, se ha logrado incorporar en el registro del hospital una columna donde el personal del hospital anota si el paciente es asegurado o no. Al no haber norma escrita, el personal no se ve obligado a anotar ese dato.

A partir de septiembre se empezó a implementar un sistema de recolección de datos a partir de la perceptoría establecido en la oficina de cobranza y basado en una planilla donde aparecen datos de procedencia, afiliación y prestación otorgada. Esta información se digitaliza a una planilla computarizada y se cruza con los requisitos necesarios de los derechohabientes en cuanto a edad, género etc.

Problema de la documentación del hospital: mala calidad, incompleta, no recolecta los todos los datos requeridos, repetición incontrolable de los datos recopilados, insuficiente provisión de formularios - falta de datos por ciertos períodos, sin CIE-10 (ni el CIE-9), falta de capacitación y motivación del personal que rellena los formularios. La inspección se hace a través de la observación directa de las planillas oficiales de recolección de datos. El SI no tiene un manual de recolección de datos, pero lo está desarrollando y por mientras se basa parcialmente en los respectivos manuales del ministerio.

No se ha establecido un método de contabilidad hasta la fecha y aún los mismos conceptos no están desarrollados. Hay computadores, pero faltan el software, la capacitación específica y los conocimientos respecto de la contabilidad de un seguro de salud.

Actualmente, hay tres funcionarios del ministerio de salud que trabajan en un 100 % para el SI, además de un voluntario. El SI dispone de dos oficinas propias en el Hospital Regional de Caazapá cedidas por el ministerio de salud. El SI se está aprovechando de los vehículos propios de los colaboradores y de la gasolina más los viáticos que estos aportan. El equipo técnico del SI se limita a un total de 3 computadores, 2 impresoras, una línea telefónica y un fax. No hay ni correo electrónico ni acceso a internet por el momento. El sistema de salud departamental está equipado de un sistema de radio-comunicación que interconecta todos los niveles de atención y que está indirectamente al servicio del SI. Generalmente existen problemas en el acceso a repuestos y accesorios por la escasez de recursos. La impresión de los formularios y carnets se hace de forma bastante artesanal usando las impresoras existentes o recurriendo al apoyo por la gobernación u otros para fotocopiar los formularios.

Existe autonomía limitada en la gestión financiera, administrativa y técnica. Tanto el ente regulador como el financiador del SI (ministerio, gobernación) participan activamente en el diseño y la implementación de SI. Además, el prestador está limitando la autonomía según su capacidad resolutive que afecta la parte de las prestaciones que se pueden otorgar. Las principales barreras que enfrenta el seguro son el entorno geográfico con una infraestructura vial deficiente con muy pocos caminos asfaltados y la mayoría de tierra, mala red de comunicaciones telefónicas, insuficiencias del transporte público, dependencia de los cambios climáticos e inaccesibilidad de muchos lugares en época de lluvia.

9. Provisión de servicios de salud

Hasta este momento, las prestaciones se están otorgando de forma exclusiva en el hospital regional de la capital del departamento de Caazapá. Único prestador es el Hospital Regional de Caazapá, establecimiento público del segundo nivel de atención que ofrece las cuatro ramas básicas de la medicina y una calidad regular respecto de las instalaciones y equipos. No hay otro prestador que esté incorporado en la red de prestadores con la cual colabora el SI. El hospital regional es un establecimiento de 2o nivel ubicado en la misma ciudad y fácilmente accesible por los habitantes de la misma y por las personas que viven en las afueras. Ofrece servicios en las cuatro especialidades básicas (medicina, cirugía, gineco-obstetricia y pediatría).

Las prestaciones otorgadas por el seguro no se pueden otorgar sino en la red pública que abarca actualmente el hospital regional de Caazapá y se ampliará en una segunda etapa a los centros y puestos públicos del distrito. El siguiente paso es el análisis de la extensión de la red prestadora del seguro a los puestos de salud del distrito de Caazapá, quedando la elección por parte de los usuarios limitada a los otros prestadores públicos que se incorporen. En el futuro, las prestaciones se van a otorgar en toda la red prestadora del sector público que abarca además del hospital nueve centros y puestos de salud.

Hasta la fecha se ha hecho efectiva ni está prevista la incorporación de otros prestadores en la red del SI. Pero en el futuro, está pensado establecer una colaboración con el establecimiento del Instituto Paraguayo de Seguridad Social (IPS) en función de la adquisición de servicios que el prestador (o los futuros prestadores) no logren resolver.

En esta fase, el SI no está efectuando reembolsos a ningún prestador. El financiamiento de los beneficios otorgados se basa exclusivamente en los presupuestos históricos y en el pago de la mano de obra por el ministerio de salud.

10. Pago a los prestadores

Hasta la fecha no se ha establecido el pago del seguro al prestador. Sin embargo, se está compensando al hospital regional por los servicios prestados a los afiliados mediante la entrega de insumos básicos (alcohol, desinfectantes, jeringas, guantes, leucoplast, sueros, gazas algodón etc.) más donaciones a la farmacia de los asegurados. Ello se efectúa a base una decisión arbitraria por parte del SI basada en el consumo histórico de los insumos. No se diferencia entre los distintos tipos y niveles de atención. La única excepción son los programas nacionales, v.gr. tuberculosis y malaria, programas verticales para toda la población, donde el ministerio aporta los medicamentos necesarios para el tratamiento. Es otra forma de subsidio cruzado del sector público al SI, sin embargo, el hecho de haberse afiliado al SI permite a los usuarios conseguir los medicamentos por un precio rebajado en la farmacia social.

11. Perfil financiero

Los ingresos del SI provienen de distintas fuentes, pero debido a las características del concepto y del estrecho vínculo con el HRC no se pueden desagregar todos los aportes en detalle:

- Ministerio: Co-financiación continua por el pago de la mano de obra tanto del grupo coordinador del SI como del personal prestador, pago no en efectivo, corresponde a un 70 % del presupuesto total.
- Gobernación: 100.000.000 Gs. (suma prevista 27.000 US-\$).
- Municipio: 1.000.000 Gs. (suma prevista: 145.000 US-\$).
- OPS: 5.000 \$ para gastos e insumos de oficina
- Gobierno de Taiwán: 10.000 \$ en insumos y medicamentos por gestión de la gobernación.
- GTZ: 8 Mill. Gs. = 1.500 \$ por insumos necesarias para la implementación del SI.

Actualmente, los gastos del SI no se dejan especificar dado que no se están realizando pagos al prestador ni otros egresos continuos o irregulares excepto algunos pagos efectuados para instalar el equipo del seguro: computadores, impresoras, máquina de tickets, aparato de telefax y material como folletines, tríptico, afiches, programas radiales. En este momento, el SI no dispone de activo alguno ni de pasivos.

12. Perfil estadístico

El programa de carnetización aplicado hasta este momento no permite acceso a todas las informaciones estadísticas deseables.

1. No se entra el dato de la fecha de nacimiento de los beneficiarios de manera que no se puede hacer una diferenciación exacta y fehaciente de los grupos etáreos; es más, en este momento se están usando dos planilla de encuesta diferentes en las cuales se pone o Año de nacimiento o Años cumplidos lo que da margen de diferencia de hasta 2 años de edad.
2. La informática usada no da automáticamente la diferenciación por género ni por edad de los afiliados ni de los beneficiarios.
3. Tampoco no deja usar datos referentes al nivel educativo, cultural y social para análisis posteriores.

Al momento de realizar la evaluación no había afiliados cotizantes. El número de los beneficiarios titulares estaba en 3177, pero no se puede evaluar la voluntad de pagar dado que no se está cobrando todavía.

El promedio del tiempo de hospitalización de los beneficiarios del SI se ubica en 4,3 días, mientras que en general está en 5,0 días. El promedio a nivel del hospital está en 4,7 días de hospitalización.

La zona objetivo del SI es el distrito de Caazapá, se consideran como población objetivo sólo los habitantes del mencionado distrito; pero debido a la concurrencia de personas residentes en los distritos vecinos se ha afiliado una cierta cantidad de asegurados que no viven en el distrito propiamente tal.

Los límites de los grupos etáreos difieren de los predefinidos de tal manera que el grupo presentado como de 15 a 24 años sólo abarca a las personas de entre 15 y 19 años, el grupo de 25 a 44 años corresponde al grupo de 20 a 39 años, el de 45 a 59 años es en realidad el grupo de 40 a 59 años y en el grupo de 60 a 74 se junta a todas las personas mayores de 60 años.³

No	Distritos	Ingreso mensual		
		por persona *	hombres	mujeres
5	Dr. M Bertoni	104.755	117116,1	83646,9
3	Gral Morinigio	107.806	120527,1	86083,1
2	Buena Vista	108.956	121812,8	87001,4
10	Avai	111.408	124554,1	88959,3
7	Yuty	114.312	127800,8	91278,1
6	SJ Nepomuceno	117.986	131908,3	94211,8
1	Maciel	125.918	140776,3	100545,5
9	Caazapa	137.324	153528,2	109653,2
8	Yegros	145.184	162315,7	115929,4

³ Los datos se basan en las proyecciones de población para el año 2002 a base del censo de 1992.

Distrito	Ingresos		Pobreza	Analfabetismo (%)	
	hombre	mujer		hombres	mujeres
Tavai			53,6	10,3	15,8
Buena Vista	121.812,8	87.001,4	53	10,3	15,8
Gral Morinigio	120.527,1	86.083,1	50,2	10,3	15,8
Dr. M Bertoni	117.116,1	83.646,9	49,4	10,3	15,8
SJ Nepomuceno	131.908,3	94.211,8	49,4	10,3	15,8
Yuty	127.800,8	912.78,1	49,3	10,3	15,8
Avai	124.554,1	88.959,3	48	7,5	11,7
Caazapa	153.528,2	109.653,2	44	7,5	11,7
Maciel	140.776,3	100.545,5	40,6	10,3	15,8
Yegros	162.315,7	115.929,4	37,1	7,5	11,7

El tamaño promedio de los hogares está mínimamente por debajo del 5. En Paraguay, el PIB nacional se ubica en El ingreso medio del hogar en el departamento de Caazapá se ubica en 1.317.293 Gs.⁴ El PIB por habitante en Paraguay se ubica en 205.385 Gs. de 1982 o alrededor de 1.600 US-\$.⁵ El gasto medio del hogar en salud en el área rural está en 680.887 Gs. (en Guaraníes de Marzo del 2002).

	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Ingresos hospitalarios					
Menores de 5 años	31	28	37	25	38
Mujeres 15-19 años	108	116	109	147	154
Otras edades	49	67	52	47	44
Total	188	211	198	219	236

Asegurados	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Ingresos hospitalarios					
Menores de 5 años	26	21	35	16	35
Mujeres 15-19 años	59	48	44	50	47
Total	85	69	79	66	82

No Asegurados	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
---------------	-------	--------	-----------	---------	-----------

4

5 PAHO 2001, p. ; PNUD 2003, p. 39.

Ingresos hospitalarios					
Menores de 5 años	5	7	2	9	3
Mujeres 15-49 años	49	68	65	97	107
Total	54	75	67	106	110

Atención ambulatoria	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Pediatría menores 5 años					
Asegurados	172	174	176	209	153
No asegurados	234	137	152	98	152
Total	406	311	328	307	305

Atención ambulatoria	Julio	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre
Mujeres 15-49 Años					
Asegurados	370	416	340	425	454
No asegurados	486	303	303	389	292
Total	856	719	643	814	746

No existen datos del seguro sobre la utilización de prestaciones ambulatorias en el lapso del funcionamiento.

Datos de morbi-mortalidad:

Cifras relativas al departamento de Caazapá, año 1999:⁶

- Mortalidad materna: 193,2/100.000 nacidos vivos (1999): causa principal hemorragia
- Mortalidad infantil: 17,4/1000 nacidos vivos (1999): causa principal lesiones debidas al parto
- Mortalidad entre 1 y 5 años: 21,6/1000 nacidos vivos (1999): causa principal neumonía
- Causa principal de las muertes en MEF: tumores!
- Cifra absoluta de defunciones anuales: 5 madres, 101 niños.

Cifras a nivel nacional

- Tasa nacional de mortalidad materna: 193,2/100.000
- A nivel nacional, la tasa de reproducción en 1999 estaba en 4,08.

⁶ Departamento de Bioestadísticas del MSPyBS.

Principales causas de mortalidad infantil (Tasa registrada por 1.000 Nacidos Vivos)⁷

	1997	1998	1999
Causas			
Lesiones debidas al parto	3,9	3,3	3,6
Infecciones del RN	3,1	3,5	3,0
Neumonía e influenza	2,4	2,4	2,4
Anomalías Congénitas	2,2	1,8	1,8
Prematuridad	1,9	2,4	1,9
Diarrea	1,9	2,0	2,3
Meningitis	0,4	0,3	0,4
Desnutrición y anemia	0,1	0,4	0,2
Tétanos	0,2	0,1	0,1
Signos y síntomas mal definidos	0,9	0,7	0,8
Resto	2,8	2,6	2,9
Total General	19,7	19,6	19,4

No se pueden notar efectos directos en el acceso a los servicios por parte de los no-asegurados, sin embargo el crecimiento de las colas de espera les ha afectado también a ellos. En cuanto a la calidad de la atención no ha habido grandes cambios, tal vez haya que observar una mejora del suministro de medicamentos en base a la implementación de la farmacia social de SI, por otra parte la mayor afluencia al único prestador del SI ha aumentado el tiempo promedio de espera para la consulta.

Reingeniería en la prestación efectiva del servicio: en base a la implementación se han contratado un médico especialista de gineco-obstetricia, 4 enfermeras y una auxiliar de enfermería, redistribución física de los consultorios y salas de internado, apertura de servicios de consulta en la tarde (14-16 hrs) y mejoramiento del suministro de insumos (en base a las donaciones OPS) en el Hospital Regional de Caazapá. Indirectamente, la farmacia social de los asegurados ha mejorado el acceso a medicamentos esenciales (hasta el inicio de la campaña política que cubre hasta un 80 % de las recetas en los meses preelectorales).

En el país, no se ha establecido ningún tipo de costeo relacionado con los precios reales de las prestaciones. El sector público se está financiando en base a los presupuestos históricos y con muchos subsidios cruzados sobre todo el pago de la mano de obra y de la infraestructura por parte del ministerio. La implementación del SI no ha evidenciado efecto alguno en el nivel de precios del mercado de salud, ni el sector público ni en el privado.

⁷ MSPyBS. Indicadores Básicos de Mortalidad, 1997 y 1998.

El ente supervisor para todo el sector salud en el Paraguay es el ministerio de salud: Dirección General de Servicios de Salud. Ni la Gobernación (Secretaría de Salud) ni la Intendencia (Comisión de Higiene y Salubridad) han cumplido su rol supervisor. Consejo Local de Salud: Función contralora comunitaria sin capacidad punitiva. En el caso del SI, no hay regulación ni normatización legal u oficial en el Paraguay. El SI ha sido reconocido como programa piloto a través de un acuerdo interinstitucional. EL SI está inscripto en la Intendencia, la Gobernación y el ministerio. Existen muchas normas escritas, algunas desfazadas, otras muy vigentes.

A diferencia del sector público, en el sector privado si existe un ente regulador y supervisor, la Superintendencia de Salud, que pone condiciones en el caso de un seguro privado: capital mínimo (500 mil. G.), conformación de sociedad (anónima, responsabilidad limitada etc.), autorización ministerial de instalaciones, RRHH y prestaciones.

El ministerio de salud apoya firmemente el SI el cual depende del mismo, el ministerio de hacienda tiene una actitud indiferente (supuestamente por falta de información), y el ministerio de planificación ha mantenido una posición de apoyo. El primero tiene normas y procedimientos para el reclutamiento, evaluación y contratación del personal de salud, pero es muy débil y sujeto a coyunturas políticas y económicas. Se necesita la autorización ministerial para acceder al mercado prestador, pero no existe registro oficial en el SI para entrar en la red de prestadores. La supervisión recae en la responsabilidad del ministerio, pero se realiza de forma insuficiente. Queda pendiente la regulación del sistema de financiamiento del sector salud lo que incluye la normatización de los pagos a prestador.

13. Objetivos futuros:

Implementación del sistema de aseguramiento en salud:

Ampliación del paquete de prestaciones cubierto por el SI a otros grupos de los derechohabientes llegando a la cobertura de la población total del distrito (lo que significa un aumento de los 8285 potenciales beneficiarios actuales en otros 1308 beneficiarios equivalente al incremento en más del 150 %).

Preparar la base para implementar un sistema de reembolso:

- Perfeccionamiento del costeo
- Normatización del cálculo de costos y adaptación regular de las tarifas y primas

Inicio progresivo del proceso de descentralización:

Creación del Fondo Regional de Salud (FORASA) que funcione en base a los aportes del MSPyBS, Gobernación, municipios y usuarios.

Implementación de un marco regulatorio y normatizador efectivo, realista y ampliamente reconocido:

1. Reconocimiento oficial del ministerio mediante un decreto ley que reglamente y regule el SI
2. Inscripción en la Superintendencia de Salud

3. Obtención de la personería jurídica
4. Administración propia con reglas y criterios propios
5. Conformación y/o fortalecimiento de los consejos local y regional de salud
6. Mayor autonomía administrativa, financiera, contable y resolutive
7. Registro de prestadores a partir de un estudio de la red de servicios del seguro, excepto en el caso de Hospital Regional, este análisis se hizo en forma teórica en base a datos aportados por la VI. RS y sin visitar los puestos y centros de salud.

Ampliación de la red prestadora e inclusión de prestadores de 1er nivel:

1. Inicio de proceso de negociación con las autoridades locales y nacionales
2. Estudio exhaustivo de la factibilidad política y la viabilidad financiera
3. Análisis de las prestaciones disponibles en los prestadores
4. Capacitación integral de personal (gestión, administración, capacidad resolutive)
5. Diseño de guías y normas de atención
6. Definir sistema de referencia-contrarreferencia
7. Fortalecimiento de la gestión de los servicios de salud de los proveedores públicos y/o reestructuración de los mismos
8. Diseño de convenios y acuerdos entre el SI y los prestadores
9. Diseño de convenios y acuerdos entre el SI y los usuarios
10. Diseño de convenios y acuerdos entre los prestadores y los usuarios
11. Diseño de planillas y formatos de producción, rendición de cuentas y de facturación
12. Suministro regular y confiable de los insumos imprescindibles a todos los prestadores de la red del SI
13. Implementación de un sistema de control de los reclamos
14. Implementación de un sistema de control contable (sistema de visitas, supervisiones etc.)
15. Elaboración de manuales de procesos administrativos y de atención

Inicio de recaudación de cotizaciones: En cuanto al tipo de cotización que se está planteando a partir del 2003

1. Cotización mensual por grupo familiar/hogar
2. Cotización por grupo socioeconómico (A, B, C)
3. Definir estrategias de posibilitar y facilitar la cobranza de las cotizaciones
4. Estudiar las capacidades de pago, posibilidades de variabilidad estacional del pago de prima en áreas rurales, opción de descuentos por pago adelantado, de exoneración temporal etc.

Implementación del sistema de cobranza de cotizaciones:

1. Definición de las unidades de cobranza (hospital, centros, puestos de salud, municipios etc.)
2. Implementar una estrategia efectiva de publicidad acerca de los deberes y derechos de los beneficiarios
3. Fortalecimiento de la gestión administrativa local en cuanto a la capacidad cobradora
4. Establecimiento de un sistema transparente de transferencia: facturación y reembolso
5. Mayor autonomía administrativa y financiera de los prestadores
6. Análisis de potenciales mecanismos incentivadores para fomentar la cooperación, incrementar el compromiso y mejorar la calidad de administración y atención de los prestadores

Implementación de la estrategia COPE - Cliente orientado - proveedor eficiente.

Gestión y mejoramiento de calidad: Implementación del sistema de gestión total de calidad (ISO 9000) en un servicio o consultorio piloto.

14. Resumen

14.1. Observaciones principales:

Debilidad de la parte reguladora, normativa, legal y administrativa.

Escaso grado de autonomía institucional del SI.

Vinculación de la afiliación (y en un futuro de la cobranza de las cotizaciones) al prestador: Selección adversa y

Fomento innecesario de la utilización de un prestador de 2° nivel.

Falta de amplitud de la gama de prestadores, segundo nivel como puerta de entrada: Estrecha vinculación del SI con el prestador único/principal lo que fomenta claramente una selección adversa, la actitud tradicional de la gente de esperar hasta el último momento por el mero hecho de ofrecer las prestaciones exclusivamente en el prestador de segundo nivel y, por consiguiente, la sobrecarga de la demanda más costosa sobre un único prestador origina insatisfacción de la demanda

Insatisfacción de la mano de obra por recompensa financiera subjetivamente insuficiente de la labor adicional que está surgiendo para el personal profesional a base del SI.

En épocas de campaña política, el SI se ve confrontado con la actitud clientelista de los candidatos políticos de comprar votos mediante el pago de recetas y la obtención de tratamientos médicos sin que el paciente tenga que pagar. Esta estrategia establecida en el país representa una especie de competencia coyuntural para el SI y fomenta además una actitud pasiva-receptora de la gente que desmotiva posiblemente la adherencia al sistema.

Existe una cierta heterogeneidad en la definición de las prestaciones definidas en cuanto a la complejidad y la inclusión de sub-prestaciones.

Cobro de insumos que deberían estar incluidos en los paquetes de prestaciones: Insatisfacción por incumplimiento

El funcionamiento, la efectividad y, por ende, la sustentabilidad del SI dependerán de la implementación de una red más amplia y, sobre todo, más cercana a la gente.

Inequidad del futuro sistema de cotizaciones: El grupo B (20.000 Gs. mensuales) sólo pagará un 4 % del ingreso imponible, el grupo A (más pobre con una prima de 10000 Gs.) un 5 % y el grupo C de los más favorecidos (prima mensual 30000) sólo paga un 3 % del ingreso.

En el futuro se plantea cotizar de forma mensual en efectivo. No se han estudiado modalidades que faciliten el pago regular por los usuarios en un entorno rural pobre que funciona en gran medida sin dinero y a base del autoabastecimiento y parcialmente a base del trueque y donde los ingresos pecuniarios de los hogares están sumisos a fluctuaciones estacionales (mayor capacidad de pago en épocas de cosecha y venta, escasez de dinero en efectivo en otros meses). Tampoco se han estudiado otras modalidades que faciliten la cotización regular, como puede ser la rebaja por pago adelantado en época de cosecha, la vinculación con un sistema de lotería u otras.

No está decidido quién y quiénes se encargarán de recaudar las cotizaciones de los usuarios. Parece claro que el mismo seguro realizará la cobranza de las primas en su oficina dentro del HRC. No se ha tomado ninguna decisión sobre la inclusión de otros agentes como cobradores de las cotizaciones, sean las municipalidades o los puestos y centros de salud del sector pública en la medida en que se vayan incorporando en la red prestadora del SI.

Una vez iniciado la fase de recaudación de cotizaciones, el fraude por parte del usuario no asegurado se intentará reducir pidiendo a los usuarios un documento de identidad, el carnet de afiliación y el último recibo comprobante del pago de la cotización antes de otorgarles las prestaciones cubiertas por el SI.

En el futuro, el acceso a los beneficios cubiertos se limitará a las personas que pueden comprobar el pago de la prima.

Según la concepción del SI, no hay copago alguno para los beneficios otorgados por el SI, con la única excepción de los medicamentos que no están incluidos en ninguna prestación, lo que puede interpretarse como una especie de copago en la medida en que las prestaciones se entienden como atención integral de una determinada patología.

Sin embargo, en la práctica el HRC está solicitando un determinado copago en forma de algunas cosas como jeringas y otros insumos menores. A pesar de que los respectivos gastos no representan sino una mínima parte del coste total del tratamiento, tienen un impacto variable en los bolsillos de los usuarios y, sobre todo, ponen fuertemente en riesgo la aceptación del mismo seguro por parte de los afiliados, impresión que parece ser extremadamente peligrosa poco antes de la implementación de un sistema de cobranza.

Últimamente el HRC ha cobrado copagos menores a los usuarios del hospital lo que no está previsto en los estatutos del SI y se debe considerar como acto extraoficial.

14.2. Principales logros

Implementación de un sistema asegurador para la gran mayoría de los ciudadanos que no disponía de seguro alguno.

Menor dependencia de trámites burocráticos y del clientelismo político para los usuarios que tenían que ser exonerados.

Apoyo sostenido al desenvolvimiento institucional y al mejoramiento de elementos básicos de gestión del prestador (costeo, capacitación de personal en manejo administrativo y sanitario).

Incremento de la cantidad de controles del embarazo lo que en algún momento se puede traducir en un aumento de la conciencia social de los RRHH, tendencia a disminución de las altas tasas de complicaciones peripartales y del puerperio; esto queda por comprobarse, cosa no muy confiable dada la débil base de datos estadísticos existentes.

Uno de los principales logros es el inicio de la ruptura de las barreras de accesibilidad en especial la económica.

Además, el aumento de la conciencia social de los RRHH del HRC (volver a mojar la camiseta del ministerio) empezó a aumentar la calidad de las atenciones

Todo esto se tradujo en una mejora de ciertos indicadores de salud pública muy sensibles como por ejemplo:

- Aumento del parto institucional.
- Aumento del control prenatal, de alto y bajo riesgo, incluso el de antes del 4to. mes.
- Mejora del uso de los métodos de planificación familiar.
- mayor cobertura del consultorio de pediatría.

14.3. Impactos negativos

El personal del único prestador, del hospital regional, se siente explotado debido al aumento de la demanda de servicios a través del SI, y la respectiva sobrecarga de trabajo ha quedado sin recompensa económica u otro incentivo. Ello hace suponer un efecto notorio en la motivación de la mano de obra.

Desafío: Mejorar el manejo de los RRHH.

No se ha establecido ningún sistema de monitoreo y de auditoría.

15. Bibliografía adicional

Barrios Kuck, María Elizabeth (2003). Seguridad social. Algunas estadísticas relevantes para analizar el tema.... DGEEC/GTZ, Asunción/Eschborn (www.gtz.de/health-insurance).

Departamento de Bioestadística del MSP y BS (2001). Indicadores Básicos de Salud Paraguay. Asunción.

Dirección General de Estadísticas, Encuestas y Censos (DGEEC) (2003). Juventud en cifras: Paraguay. Asunción www.dgeec.org (Febrero – Junio 2003). Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos. Asunción.

Holst, Jens (2003): Sistemas de seguridad social de las colonias menonitas en el Chaco paraguayo. Bonn/Eschborn (<http://www2.gtz.de/health-insurance/download/esquemas-salud-paraguay.pdf>).

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998). Análisis del Sector Salud del Paraguay. Asunción.

Organización Panamericana de Salud (OPS) (2002). Desigualdades en Salud - Hoja de Resumen. División de Salud y Desarrollo Humano/Programa de Políticas Públicas y Salud. Washington.

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) (2003). Informe Nacional sobre Desarrollo Humano Paraguay 2003. Asunción.