

Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

ESTUDIO DE CASO

Seguro Comunitario de Solano Provincia de Cañar - Ecuador

*Elaborado por:
Myriam Buitrón*

*Quito, Ecuador
Agosto 1999*



**Programa OIT-STEP
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza
Departamento de la Seguridad Social**

Presentación

La Oficina Internacional del Trabajo (OIT), en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), llevan adelante una iniciativa para buscar alternativas de cobertura de salud de la población excluida en América Latina y el Caribe.

Dentro de esta iniciativa se realizará una reunión del 29 de noviembre al 01 de diciembre 1999 en México sobre “La extensión de la protección social en salud a los grupos excluidos de la población en América Latina y el Caribe”. Uno de los objetivos de la reunión es discutir experiencias emprendidas por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad, orientadas a promover el acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.

En el marco de esta iniciativa, el Programa “Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza” (STEP) del Departamento de Seguridad Social, Organización Internacional del Trabajo (OIT), ha realizado una serie de estudios de caso de sistemas de micro-seguros de salud. Dichos estudios de caso tienen como objetivo, entre otros, proveer material de base para el desarrollo de la reunión de México. Los mismos constituirán la base de un análisis de síntesis.

Los estudios de caso han sido realizados y estructurados en base a una Guía¹ Metodológica elaborada por el Departamento de Seguridad Social de la OIT y la OPS. Copias de esta Guía pueden obtenerse en la sede del Programa STEP en Ginebra.

El presente documento expone la experiencia del “Seguro Comunitario de SOLANO” en la parroquia Solano que ubicada en la provincia Cañar, la central de la región sierra en Ecuador.

El informe se elabora basándose en las pautas de una guía preparada para este fin por un equipo multidisciplinario de profesionales de OIT y OPS. El trabajo de campo en Azogues y Solano fue realizado del 02 al 05 de julio de 1999 y estuvo a cargo de Myriam Buitrón y el Punto Focal del Programa para el los países Andinos Philippe Vanhuynegem. El informe fue preparado por Myriam Buitrón, e incorporó los valiosos comentarios y observaciones de Philippe Vanhuynegem.

La ejecución de este estudio no hubiese sido posible sin la colaboración de todas las personas que de una u otra manera están relacionadas con el Seguro Comunitario de Solano.

Mi gratitud por el tiempo dedicado y la información proporcionada a todos los miembros del Comité de Salud: Sr. Humberto Arias, Sr. Roberto Granizo y Sr. Vicente Mendieta; a todo el personal del Subcentro de salud: Dr. Hernán Siavichiay, Lic. Lilian Romero y Srta. Rina Palomeque; al Dr. Luis Abad y Dr. Fausto Maldonado Jefe y Coordinador del Área 1

¹ OIT/OPS. 1999. *Guía para la Realización de Estudios de Caso de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros)*.

de Azogues respectivamente y a los asesores del proyecto APS: Dr. Pierre de Paepe y Dr. Francois Bredó que también nos concedieron su tiempo.

Índice

	Página
Presentación	i
Lista de cuadros	vi
Lista de siglas	vii
I. Introducción	1
II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud	3
III. Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud	8
1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS	8
2. Aspectos económicos	9
3. Aspectos sociales	11
4. Indicadores de salud	12
5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social	16
6. Oferta de atención médica	18
7. Protección social en materia de salud	19
IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud	22
1. Origen del SIS	22
2. Etapas de la puesta en marcha del SIS	24
2.1. Identificación de necesidades y definición de objetivos	24
2.2. Estudio de contexto y estudio de factibilidad financiera	25
2.3. Información del grupo destinatario	26
2.4. Inicio de las actividades	26
2.5. Liderazgo y toma de decisiones	26
3. Funcionamiento durante el primer ejercicio	27
3.1. Afiliados y otros beneficiarios	27
3.2. Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	28
3.3. Financiamiento	29
3.4. Prestadores de atención médica	30
3.5. Administración y gestión	30
4. Asistencia técnica y formación	32
V. Características del sistema de seguro de salud	34
1. Grupo destinatario y sus beneficiarios	34
1.1. Grupo destinatario	34
1.2. Diferentes categorías de beneficiarios	34
1.3. Número de beneficiarios y evolución	35
1.4. Causas de pérdida del estatus de afiliado	36

1.5.Penetración del grupo destinatario	36	
2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS		36
2.1.Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS	36	
2.2.Pago de las prestaciones		38
2.3.Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios	39	
3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS		40
3.1.Fuentes de financiamiento del SIS	40	
3.2.Costos	43	
3.3.Excedentes y distribución de los excedentes	43	
3.4.Fondos de reserva		43
4. Prestadores de atención médica		44
4.1.Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS		44
4.2.Relaciones entre los prestadores y el SIS		45
4.3.Pago a los prestadores	46	
5. Administración y gestión del SIS		46
5.1.Estatutos y reglamentos		46
5.2.Organización de la gestión del SIS	46	
5.3.Carácter democrático y participativo de la gestión	48	
5.4.Gestión de las disponibilidades		48
5.5.Sistema de información e instrumentos de gestión	48	
5.6.Función de Control	48	
5.7.Distribución de funciones		50
5.8.Equipamiento e infraestructura		52
6. Actores en relación con el SIS		53
6.1.Estructuras de reaseguro y fondos de garantía		53
6.2.Estructuras de asistencia técnica		53
6.3.Movimientos sociales y organizaciones de la economía social		53
6.4.Otros actores	53	
VI. Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud		54
1. Dinámica de afiliación		54
2. Utilización de servicios		55
3. Financiamiento y situación financiera		55
4. Participación de los afiliados		57
VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud		56
1. Procesos de evaluación		56
2. Punto de vista de los responsables		56
2.1. Puesta en marcha del SIS		56
2.2. Dinámica de afiliación		57
2.3. Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores		57
2.4. Pago de cotizaciones		58
2.5. Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios		58
2.6. Gestión de los riesgos vinculados con el seguro		58

2.7. Fraudes	59
2.8. Administración y gestión	59
2.9. Relaciones entre el estado y las colectividades locales	59
2.10. Funcionamiento global	60
3. Punto de vista de los beneficiarios (afiliados)	60
4. Punto de vista de los prestadores de atención médica	60
5. Punto de vista de otros actores	61
VIII. Conclusiones	63
Anexo	

Lista de documentos disponibles en el Centro de documentación de STEP

Protocolo de Investigación Operativa: Sistema de Seguro Solidario Comunitario en el SCS de Solano

Estudio de Factibilidad Financiera

Material informativo

Ficha de inscripción, tarjeta de identificación

Registro diario de prestaciones

Cuaderno de registro de cotizaciones

Cuaderno de registro contable

Ingresos y egresos

Recibo de pago a los prestadores (prepago)

Informe de visita del coordinador de área

Lista de cuadros

Cuadro n°1:	Población por edad y sexo. Solano 1997
Cuadro n°2:	Gasto de consumo de hogares en salud por quintiles
Cuadro n°3:	Ingreso promedio mensual (en sucres corrientes)
Cuadro n°4:	Población económicamente activa (PEA) y Tasa de desocupación, según quintiles
Cuadro n°5:	Ocupación según rama de actividad
Cuadro n°6:	Indicadores básicos de salud: País, Región Sierra y Cañar
Cuadro n°7:	Diez principales causas de mortalidad general. Ecuador, 1995
Cuadro n°8:	Diez principales causas de mortalidad general. Cañar, 1995
Cuadro n°9:	Diez principales causas de mortalidad infantil. Ecuador, 1995
Cuadro n°10:	Diez principales causas de morbilidad. Ecuador, 1995
Cuadro n°11:	Diez principales causas de morbilidad. Cañar, 1995
Cuadro n°12:	Indicadores de oferta de atención médica
Cuadro n°13:	Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
Cuadro n°14:	Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio
Cuadro n°15:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro n°16:	Asistencia técnica recibida
Cuadro n°17:	Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)
Cuadro n°18:	Número actual de afiliados del SIS
Cuadro n°19:	Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios
Cuadro n°20:	Beneficios ofrecidos por el SIS
Cuadro n°21:	Prestaciones otorgadas por el SIS
Cuadro n°22:	Monto total de las cotizaciones recibidas
Cuadro n°23:	Prestadores autorizados por el SIS
Cuadro n°24:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro n°25:	Otro personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro n°26:	Distribución real de funciones
Cuadro n°27:	Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

Lista de siglas

ACAP:	Agencia Colocadora del Ahorro Provisional
APS:	Atención Primaria de Salud
CIE-9:	Novena Clasificación Internacional de Enfermedades
CoSa:	Comité de Salud
DOC:	Detección Oportuna de Cáncer
FASBASE:	Fortalecimiento y Ampliación de Servicios Básicos de Salud
IESS:	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
INEC:	Instituto Nacional de Estadística y censos
MSP:	Ministerio de Salud Pública
MODERSA:	Modernización de Servicios de Salud
OIT:	Organización Internacional del Trabajo
OPS:	Organización Panamericana de la Salud
ORI:	Operación Rescate Infantil
PEA:	Población Económicamente Activa
SCS:	Subcentro de Salud
SINAB:	Sistema Nacional de Bibliotecas
SILOS:	Sistemas Locales de Salud
SIS:	Micro-seguro de Salud
SMV:	Salario Mínimo Vital
SSS:	Seguro Social Campesino
STEP:	Strategies and Tools against social Exclusion and Poverty (Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza)
UCA:	Unidad de Conducción de Área

I. Introducción

Para entender el contexto en el cual surge el Seguro Comunitario de Solano puede ser importante conocer algunos aspectos del país, del Ministerio de Salud Pública y la cooperación internacional.

El Ecuador se encuentra dividido política y administrativamente en 21 provincias, la capital es Quito. Cada provincia está conformada por varios cantones, las provincias tienen una capital provincial; en los cantones en cambio existen la cabecera cantonal y las parroquias urbanas y rurales; las parroquias rurales a su vez están divididas en la cabecera parroquial y las comunidades, anexos o recintos. Además tiene cuatro regiones naturales: costa, sierra, oriente o amazónica y región insular o galápagos.

La parroquia Solano, predominantemente rural, según la división político administrativa del Ecuador pertenece al Cantón Deleg, en la Provincia de Cañar y está localizada en la parte central de la región sierra.

El Seguro Comunitario de Solano surge en el marco de la descentralización del sector salud y el aporte de la cooperación internacional. La transformación de los servicios del Ministerio de Salud Pública se inició a principios de esta década cuando se conformaron las áreas de salud. El área de salud es una red de servicios que funciona en una forma integrada, en un área geográfico poblacional definida; tiene capacidad técnica, administrativa y financiera para resolver los problemas de salud más frecuentes.

El Proyecto Atención Primaria de Salud (APS) está operando en Cañar desde 1994, es financiado a través de un convenio de cooperación de Gobierno a Gobierno entre el Reino de Bélgica y la República del Ecuador. Su objetivo es el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y el mejoramiento de los servicios que ofrece, a través de la capacitación del personal del ministerio en sus distintos niveles y de la implementación de mejoras organizacionales con participación y cogestión de los usuarios.

Esta experiencia, conocida como “Prepago” por los responsables y afiliados, comenzó en marzo de 1998. El origen del SIS se fundamenta en el éxito de una experiencia anterior “cobro por episodio” propuesta por el proyecto APS y se inscribe en la lógica de recuperación de costos, mejoramiento de la calidad y extensión de cobertura de los servicios de salud del Estado. La cooperación internacional, proyecto APS, juega un papel fundamental en el área de salud y por ende en el funcionamiento del SIS, sin embargo no es exclusiva o particular del SIS.

El grupo destinatario está constituido por los habitantes del área geográfica que corresponde a la parroquia. Los beneficios que proporciona son: atención de salud de primer nivel incluyendo odontología en el subcentro de salud perteneciente al Ministerio de Salud y atención de segundo y tercer nivel, si es necesario, en las unidades de referencia de mayor complejidad también del Ministerio de Salud Pública.

El Seguro Comunitario de Solano proporciona elementos innovadores en la extensión de cobertura, calidad de servicios de salud y autosostenibilidad de los servicios públicos. El seguro cubre a 242 afiliados y se financia mediante las cotizaciones de los afiliados, con el apoyo técnico y financiero de la cooperación belga y la subvención del Estado, así como por el cobro por episodio.

Con este marco de referencia, este documento recoge en forma detallada diversos aspectos asociados a las características y el funcionamiento del Seguro Comunitario de Solano.

II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

1. Nombre del sistema de seguro: **Seguro Comunitario de Solano**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Comité de Salud del Subcentro de Salud de Solano**
3. Dirección de la sede social del SIS: **Solano, provincia de Cañar, Ecuador**
4. Fecha de creación del SIS (Concepción): **12-1997**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **03-1998**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS (si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): **01-1996**
7. Organización responsable del SIS:
 - asociación
 - organización mutualista
 - organización cooperativa
 - otro tipo de organización comunitaria
 - prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - sindicato
 - otros
8. Personería jurídica del SIS:
 - Posee
 - No posee
9. Otras actividades de la organización responsable del SIS:
 - ninguna
 - seguro de fallecimiento
 - prevención, educación para la salud
 - seguro de invalidez
 - ahorro y crédito
 - pensión
 - actividades de tipo sindical
 - educación/alfabetización
 - otras formas de seguro
 - otros servicios sociales
 - otras actividades

10. Tipo de afiliados:
 personas a título individual
 grupos
 otros: **afiliación personal y por familia, todos los miembros deben afiliarse**

11. Beneficiarios:
 familia
 otras personas a cargo
 personas indigentes
 otros: **idénticos a los afiliados**

12. Adquisición del carácter de afiliado:
 voluntario
 automático
 obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad (**Junio 1999**):

Edad/sexo	Hombres		Mujeres		IND		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Total	93	38.4	143	59.0	6	2.5	242

* IND: Información no disponible en las fichas.

14. Número actual de beneficiarios del SIS:

Edad/sexo	Hombres		Mujeres		IND		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Total	93	38.4	143	59.0	6	2.5	242

*IND: Información o disponible en las fichas.

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **Ninguno**

16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:
 zona rural, porcentaje aproximado: **100%**
 zona urbana,
 zona peri-urbana

17. Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):
 sin relación entre los afiliados
 miembros de una misma empresa
 miembros de un mismo sector ocupacional
 miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
 miembros de un mismo grupo étnico
 miembros de una misma cooperativa
 miembros de una misma mutual

- miembros de una misma organización sindical
- miembros de una misma asociación
- otros: precise

18. Situación económica de los afiliados: **No información disponible**

19. Restricciones a la posibilidad de afiliación:

- según edad
- según sexo
- según riesgos de enfermedad
- según lugar de residencia
- según religión
- según raza y/o grupo étnico
- según ingresos
- no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato etc.)
- otros

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Parroquia Solano, Provincia de Cañar, Ecuador**

21. Tipo de servicios de salud cubiertos por el SIS:

- servicios ambulatorios
- atención hospitalaria
- medicina especializada
- prevención y promoción de la salud
- farmacia
- atención del parto
- exámenes de laboratorio
- radiología
- vacunaciones
- otros: **odontológicos de primer nivel**

22. Costo total de prestaciones pagadas en el último ejercicio (último año en su defecto):

S/. 2,878,934 en moneda local por el período **enero-mayo 1999** equivalente en **US\$ 261.7 (tasa de cambio S/. 11,000 por US\$ 1)**

23. Modalidades de financiación del seguro de salud:

- cotizaciones de afiliados
- otras cotizaciones
- contribuciones del Estado (nacional, subnacional, local)
- transferencia de las utilidades (ganancias procedentes) de otras actividades desarrolladas por la organización responsable del SIS
- contribuciones y subvenciones de otros actores
- rendimiento financiero de las reservas
- otros

24. Tipo de cotizaciones:
- cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
 - cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
 - porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
 - en relación con los riesgos personales del afiliado
 - otros
25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año (1999):
Monto **S/. 41,734.69** equivalente US\$ **3.79**
26. Prestadores de servicios autorizados:
- sector público nivel: **1, 2 y 3** número: **1 de cada nivel**
 - sector privado con fines de lucro
 - sector privado sin fines de lucro
 - organización responsable del SIS
27. Nivel de participación de los afiliados en la administración:
- gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
 - gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados
 - gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados
28. Proceso de gestión del SIS:
- no asalariados únicamente
 - no asalariados y gestores asalariados
 - exclusivamente asalariados del SIS
 - gestión confiada a una institución pública
 - gestión confiada a una institución privada
 - participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones
29. Asistencia técnica:
- se beneficia de asistencia técnica continua desde: **1996**
 - se beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
 - se beneficia de asistencia técnica puntual
 - no se beneficia de asistencia técnica
30. Participación en un sistema de reaseguro:
- si
 - no
31. Participación en un fondo de garantía:
- si
 - no

32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:

Actores:

Area 1 Azogues

Proyecto APS

Papel:

Asesoría, capacitación, supervisión

Asistencia técnica

III. Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud

Este capítulo trata de presentar una visión fotográfica del contexto local en el que desarrolla sus actividades el SIS.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

En 1996, la población total estimada del Ecuador fue 11698496 habitantes, el 61.3% habitaban en la área urbana y el 38.7% en el área rural; con relación al sexo, el 50.2% eran hombres y 49.9% mujeres. La provincia de Cañar tenía 208079 habitantes, el 64.9% habitaban en el área urbana y el 35.1% en el área rural; con relación al sexo el 46.6% eran hombres y el 50.3% mujeres². Es decir que, en comparación al promedio nacional, en Cañar el porcentaje de habitantes en el área rural y el porcentaje de mujeres era mayor.

La parroquia de Solano contaba con 1316³ habitantes de los cuales el 59.87% eran mujeres. Con relación a la edad, el 27.3% eran menores de quince años; 44.4% de 16 a 64 años de edad y el 28.3% eran de 65 años y más. El 98% de habitantes era de raza mestiza y el 2% indígenas⁴. El número promedio por familia fue 3.2.

Cuadro n° 1: Población por edad y sexo. Solano 1997

	Hombres	Mujeres	Total
Menor 1 años	21	12	33
1 – 4 años	37	49	86
5 – 14 años	113	127	240
15 – 44 años	139	235	374
45 – 59 años	74	137	211
65 y más	144	228	372
Total	528	788	1316

Fuente: Censo poblacional realizado por el Subcentro de Salud de Solano

La densidad poblacional en Solano era de 50.6 personas por km² menor que la densidad en Cañar que era 66.6 personas por km² y a nivel nacional de 43.0 personas por km². La población de Solano era predominantemente rural.

Con relación a migración, no existen datos precisos para la provincia de Cañar o el cantón Deleg, en 1990 entre Azuay y Cañar existía un 33.5% de familias con miembros en el extranjero⁵. Las corrientes migratorias fueron: hacia Cuenca y Azogues; la costa

² MSP/OPS. Situación de la Salud en el Ecuador. Indicadores básicos por provincia. 1997.

³ Datos obtenidos en el censo realizado en 1997 previa la implementación del seguro comunitario

⁴ Zarauz y otros. Libro de Oro. Erección Canónica de la parroquia de “San Sebastián de Solano”. 1994

⁵ Encuesta realizada por el Centro de Población del IDIS. Citado en “El Amor en el Maíz” (Migración, sexualidad y VIH_SIDA en comunidades rurales del Azuay y Cañar 1996.

ecuatoriana, especialmente la ciudad de Guayaquil⁶ en forma periódica y hacia el exterior a los Estados Unidos y Venezuela.

2. Aspectos económicos

Los gastos de bolsillo de salud, según el coordinador del área del Ministerio de Salud, no son mayores al 10% del salario mínimo vital⁷. El gasto de consumo de los hogares, según quintiles⁸ en función del ingreso corriente se dividió en grupos: alimentos, vivienda, educación, salud, transporte y otros; para salud fue:

Cuadro n° 2 Gasto de consumo de hogares en salud por quintiles.

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Total nacional	11.20	11.64	9.90	10.77	10.14
Total urbano	10.42	10.71	10.42	9.94	9.89
Total rural	12.46	11.65	10.09	11.94	12.14

Fuente: INEC. Encuesta de condiciones de vida. Tomo III. Segunda ronda 1995

Los datos muestran que la población rural gastó más en salud que la urbana. El gasto a nivel urbano fue mayor en el quintil 2, mientras que en el quintil 5 el gasto fue menor, es decir el gasto en salud no se relaciona directamente con el nivel de ingresos. En cambio en el área rural el gasto no difirió sustancialmente entre el quintil 1 y 5 (12.46 y 12.14%) y la población del quintil 3 fue la que menos gastó en salud.

Los ingresos de la zona son difíciles de determinar y probablemente no se ajusten al promedio nacional del área rural. Esto se debe a que, por un lado la principal fuente de actividad es la agricultura en pequeña escala y por otro muchos de ellos reciben dólares de familiares que viven en otros países especialmente Estados Unidos, lo que constituye un fenómeno difícil de cuantificar.

El salario mínimo vital nacional es S./100000 sucres, está reglamentado y se aplica al sector formal tanto público como privado. La estructura salarial del país es muy compleja, existen varios rubros que se añaden al salario mínimo como: compensación por el incremento al costo de vida, bonificación complementaria, décimo quinto y décimo sexto sueldos, etc. Son los rubros que se han modificado en los últimos años por lo que el ingreso mensual básico es mucho mayor que el mencionado.

Además, la crisis económica que atraviesa el país es una de las más graves en la historia del Ecuador, en el último año la tasa de inflación es una de las más altas de América Latina; la tasa de cambio se ha incrementado desde S./5000 sucres por dólar en junio de 1998 hasta S./11000 en junio de 1999.

El cuadro 3 presente el ingreso promedio mensual en sucres corrientes en 1995.

⁶ Es la ciudad más habitada del Ecuador, más de 2 millones de habitantes.

⁷ El salario mínimo vital (SMV) es de S./100000 sucres mensuales equivalentes a 9\$US en junio 1999.

⁸ Quintil 1 corresponde al 20% de los hogares de más altos ingresos, quintil 5 es el de más altos ingresos.

Cuadro n°3: Ingreso promedio mensual (en sucres corrientes)

	Quintil 1	Quintil 2	Quintil 3	Quintil 4	Quintil 5
Total nacional	80420	215816	321773	512998	1242560
Total urbano	179808	339236	455916	683707	1518466
Total rural	30031	116804	193546	256431	587017

Fuente: INEC. Encuesta de condiciones de vida. Tomo III. Segunda ronda 1995

Por los datos expuestos podemos afirmar que el ingreso promedio rural del quintil⁹ 1 fue menor que el salario mínimo vital, lo cual podría estar asociado a subempleo. Además, las diferencias entre el ingreso total urbano y rural fueron marcadas en todos los quintiles.

La principal ocupación es la agricultura y la ganadería (cría de animales domésticos en número reducido), y en menor cuantía la confección de sombreros de paja toquilla. Los principales productos cultivados son el maíz y el fréjol.

En 1992 la tasa de subempleo bruta a nivel nacional fue 47,9 mientras que en la región sierra fue 45.7¹⁰. Información de desempleo y subempleo actualizada, no está disponible para la provincia. En 1995, la población económicamente activa y la tasa de desocupación según quintiles fue la siguiente:

Cuadro n°4: Población económicamente activa (PEA) y Tasa de desocupación, según quintiles

	Quintil 1		Quintil 2		Quintil 3		Quintil 4		Quintil 5	
	PEA	Tasa Deso.	PEA	Tasa Deso.	PEA	Tasa Deso.	PEA	Tasa Deso.	PEA	Tasa Deso.
Total nacional	854524	10.21	956618	7.82	1131025	8.40	1218043	6.64	1311500	5.38
Total urbano	430839	15.23	531042	8.84	660089	9.51	748820	6.98	795811	5.40
Total rural	348812	5.75	406702	7.49	429771	7.51	533784	5.54	586040	4.35

Fuente: INEC Encuesta de condiciones de vida Tomo III. Segunda ronda -1995

La tasa de desocupación fue mayor en el quintil 1 y en el área urbana alcanzó alrededor de cinco puntos porcentuales más que el promedio nacional; en los otros quintiles la tasa de desocupación del área urbana y rural fue menor al 10.21% del promedio nacional.

No hay una estimación del porcentaje de empleos en el sector informal y movilidad entre el sector formal y sector informal para la provincia o cantón. Como referencia a nivel nacional tenemos la ocupación según rama de actividad. En el área urbana la rama más importante de actividad fue el comercio, hoteles y restaurantes con un 34.15%, el segundo lugar los servicios personales y sociales con un 21.12% y en tercer lugar la manufactura con un 14.94%. En el área rural la rama de actividad más importante fue la agricultura, caza y

⁹ Quintil, se aplica la descripción anterior

¹⁰ INEM. Encuesta permanente de hogares. Nacional urbana. 1992

pesca (64.12%), en segundo lugar el comercio, hoteles y restaurantes con 11.84%, las otras actividades fueron menores al 10%.

La ocupación según rama de actividad fue:

Cuadro n°5: Ocupación según rama de actividad

Rama de actividad	Total Nacional Porcentaje PEA ocupada	Total Urbano Porcentaje PEA ocupada	Total Rural Porcentaje PEA ocupada
Agricultura, caza y pesca	31.36	6.84	64.12
Minas y canteras	0.61	0.52	0.74
Manufactura	12.02	14.94	8.12
Electricidad, gas y agua	0.32	0.47	0.11
Construcción	5.04	5.85	3.96
Comercio, hoteles y restaurantes	24.60	34.15	11.84
Transporte y comunicaciones	3.98	5.79	1.56
Servicios financieros	0.95	1.59	0.09
Servicios personales y sociales	21.12	29.84	9.46

Fuente: INEC Encuesta de condiciones de vida Tomo III. Segunda ronda –1995

No existe información sobre fuentes de creación de empleos o al menos su disponibilidad es dificultosa.

En 1994, el 40.3% de la población del Ecuador tenía necesidades básicas insatisfechas, en Cañar, éste porcentaje fue 51.2%¹¹.

3. Aspectos sociales

No hay datos específicos del nivel de educación de esta parroquia¹². En 1990¹³ el analfabetismo rural en hombres fue menor (14.2%) que en mujeres (21.0%); mientras en la provincia de Cañar el analfabetismo fue mayor, 15,2% y 27.2% hombres y mujeres respectivamente. El índice de deserción escolar en Cañar en el año lectivo 90 – 91 fue 6.7¹⁴. Actualmente, hay 8 escuelas primarias y un colegio en el centro parroquial con especialidad de Comercio y Administración, una biblioteca del programa SINAB que al momento está cerrada. No se encuentran Guarderías del Programa Operación Rescate Infantil (ORI)¹⁵. Existe servicio de teléfono y correo.

En Solano existen varias organizaciones de base en las que participa la población como: la Junta Diocesana perteneciente a la Curia, el Comité de Salud, Comité Promejoras de Borma, Club de madres, Club Social Nueva Juventud, Sociedad Unión Solanense, Sociedad

¹¹ MSP/OPS. Indicadores Op.Cit,

¹² Unidad político administrativa más pequeña del cantón

¹³ MSP/OPS Indicadores Op.Cit,

¹⁴ CREA. Indicadores básicos región centro sur. Enero de 1994.

¹⁵ Programa del Ministerio de Bienestar Social que se extiende en todo el país. Brinda alimentación, educación a niños menores de cinco años.

Fray Vicente Solano, Juntas de Agua. La más representativa y con mayor poder de convocatoria es la Junta Diocesana en la que participa la mayoría, (90%)¹⁶ de la población de la parroquia; su principal actividad es la preparación de fiestas religiosas y también en ocasiones brinda apoyo social. Las Juntas de Agua son organizaciones en cada comunidad, los pobladores se agrupan para acceder al apoyo estatal o privado de agua potable o segura y en ocasiones de su administración.

El acceso a Solano es difícil, se encuentra a aproximadamente 20 minutos por carretera de montaña. Dos buses al día van desde Cuenca y Azogues en la mañana y regresan al medio día.

4. Indicadores de salud

Algunos indicadores de salud son descritos en la tabla siguiente, se considera la región sierra que corresponde a la división natural del país:

Cuadro n°6: Indicadores básicos de salud: País, Región Sierra y Cañar

Indicadores	País	Región sierra	Cañar
Tasa anual de natalidad (1995 corregida por registro tardío) por 100000 habitantes	23.7	25.1	23.5
Tasa global de fecundidad (1990–1994)	3.6	.....	4.1
Esperanza de vida al nacer hombres (1995-2000)	67.3	.....	65.2
Esperanza de vida al nacer mujeres	72.5	....	73.0
Tasa de mortalidad general por 100000 habitantes	4.4	5.1	5.1
Tasa de mortalidad infantil (corregida por registro tardío de nacimientos)	20.4	23.8	13.4
Tasa de mortalidad materna por 100000 nacidos vivos registrados	62.7	89.2	124.1
Tasa de mortalidad por todas las causas total, por 100000 habitantes	443.9	....	513.6
Tasa de mortalidad por todas las causas rural, por 100000 habitantes	337.5	....	488.6

Fuente: MSP. Situación de la Salud en el Ecuador, Indicadores básicos por provincias. 1997

Los indicadores expuestos muestran que la tasa global de fecundidad en Cañar fue mayor que la tasa a nivel nacional. Con relación a la esperanza de vida vale la pena destacar que en hombres la esperanza de vida fue menor a la nacional, mientras que la esperanza de vida de las mujeres fue mayor.

Las tasas de mortalidad por todas las causas y materna fueron muy superiores a las tasas nacionales, especialmente la materna que se duplica, esto es muy importante debido a su relación con la disponibilidad y acceso a servicios de salud. La tasa de mortalidad infantil en área rural, en cambio, fue menor a la tasa nacional.

A continuación tenemos las principales causas de Morbi-mortalidad.

¹⁶ Con la información obtenida nos es posible precisar el número de miembros, ni su composición

Las diez principales causas de mortalidad fueron: enfermedades infecto-contagiosas, enfermedades no transmisibles y además muertes por accidentes y violencias. Lo que demuestra que las causas de muerte llamadas enfermedades de la pobreza como neumonía y tuberculosis coexistían con las enfermedades de la modernidad como enfermedad cerebro vascular, accidentes de tráfico de vehículos de motor, etc. Las diez principales causas de mortalidad general en el país se detallan a continuación:

Cuadro n° 7: Diez principales causas de mortalidad general. Ecuador, 1995*

N°	Causas	Tasa**
1	Neumonía	27.2
2	Enfermedad cerebro vascular	23.1
3	Enfermedad hipertensiva	19.4
4	Accidentes de tráfico vehículos de motor	15.8
5	Diabetes miellitus	15.4
6	Homicidio y lesiones inflingidas intencionalmente	13.4
7	Tumor maligno de estómago	12.7
8	Enfermedad isquémica del corazón	12.6
9	Enfermedades infecciosas intestinales	12.2
10	Tuberculosis	10.2

*Según lista abreviada de 50 grupos de la CIE-9

** tasas por 100000 habitantes

Fuente: INEC. Anuario de Estadísticas Vitales.1995

Las causas de mortalidad en Cañar fueron diferentes respecto al perfil del país. Los accidentes de vehículo de motor, neumonía, enfermedades infecciosas intestinales y suicidio y lesiones autoinflingidas se mantuvieron entre las diez primeras causas de muerte. Existieron otras causas de mortalidad como: la senilidad sin mención de psicosis que se ubicó en primer lugar, otras enfermedades de la circulación pulmonar, cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado, otras enfermedades hipertensivas, trastornos mentales e infarto agudo de miocardio se presentaron con la misma frecuencia.

Cuadro n°8: Diez principales causas de mortalidad general. Cañar, 1995

N°	Causas	Número
1	Senilidad sin mención de psicosis	76
2	Accidentes de tráfico de vehículos de motor	61
3	Neumonía	54
4	Otras enfermedades de la circulación pulmonar y demás formas de enfermedad del corazón	46
5	Los demás accidentes incluso los efectos tardíos	36
6	Suicidio y lesiones autoinflingidas	29
7	Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	27
8	Otras enfermedades hipertensivas	26
9	Infección intestinal mal definida	25
10	Otros trastornos mentales	24
	Total	1057

*Según lista básica de 307 grupos de la CIE-9

Fuente: CEPAR: base de datos INEC.1995

El cuadro n°8 muestra las diez principales causas de mortalidad general en Cañar por 1995

Con relación a las causas de mortalidad infantil, tenemos: en primer lugar se encuentra la hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto y del recién nacido. Es importante señalar que como segunda causa de mortalidad infantil se encuentra el crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal; en séptimo lugar se encuentra otra desnutrición proteínocalórica, causas que están relacionadas con el estado de la madre durante el embarazo y las condiciones socioeconómicas. Las principales causas de mortalidad infantil fueron:

Cuadro n°9: Diez principales causas de mortalidad infantil. Ecuador, 1995*

N°	Causas	Tasa**
1	Hipoxia, asfixia y otras afecciones respiratorias del feto o del recién nacido	42.2
2	Crecimiento fetal lento, desnutrición e inmadurez fetal	24.9
3	Neumonía	23.0
4	Infección intestinal mal definida	15.7
5	Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	8.9
6	Anomalías congénitas del corazón y del aparato circulatorio	5.6
7	Otra desnutrición proteínocalórica ¹	4.9
8	Bronquitis y bronquiolitis aguda	4.1
9	Complicaciones obstétricas que afectan al feto o al recién nacido	2.9
10	Septicemia	2.1

*Según lista abreviada de 50 grupos de la CIE-9

** tasas por 10000 nacidos vivos registrados

¹ El kwashiorkor y marasmo nutricional presentan tasas menores a 1x10000 nacidos vivos registrados

Fuente: INEC: Anuario de Estadísticas Vitales.1995

Con relación al perfil de morbilidad, es importante señalar que las estadísticas se basan solamente en los egresos hospitalarios, por lo tanto existe un importante subregistro.

Las diez principales causas de morbilidad fueron:

Cuadro n°10: Diez principales causas de morbilidad. Ecuador, 1995*

N°	Causas	Tasa**
1	Afecciones obstétricas directas	67.7
2	Enfermedades infecciosas intestinales	27.5
3	Aborto	19.4
4	Fracturas	17.8
5	Enfermedades del aparato urinario	13.2
6	Hernia de la cavidad abdominal	10.9
7	Neumonía	10.1
8	Apéndice	9.5
9	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	8.9
10	Trastornos mentales	7.0

*Según lista abreviada de 50 grupos de la CIE-9

** tasas por 10000 habitantes

Fuente: INEC: Anuario de Estadísticas Vitales.1995

Las afecciones obstétricas y el aborto ocupan el primero y tercer lugar respectivamente, enfermedades infecciosas intestinales el segundo lugar que son enfermedades que denotan las condiciones socioeconómicas de la población rural.

Las causas de morbilidad en el Cañar son similares a las del resto del país. Vale la pena destacar que en el Cañar el aborto es la sexta causa de morbilidad y los trastornos mentales que ocupan el cuarto lugar, mientras en el país es la segunda y décima causa de morbilidad respectivamente.

Cuadro n°11: Diez principales causas de morbilidad. Cañar, 1995

N°	Causas	Número
1	Afecciones obstétricas directas	1016
2	Enfermedades infecciosas intestinales	820
3	Neumonía	427
4	Trastornos mentales	330
5	Fracturas	325
6	Aborto	307
7	Hernia de la cavidad abdominal	264
8	Enfermedades del aparato urinario	198
9	Apendicitis	134
10	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	128

*Según lista abreviada de 50 grupos de la CIE-9

Fuente: INEC: Anuario de Estadísticas Vitales.1995

En cuanto a indicadores de saneamiento y acceso a agua potable tenemos: en 1996¹⁷, el 69.7% de la población del país tenía cobertura de agua potable, en el área rural el 50.9%. En el área rural de la provincia de Cañar la cobertura de agua potable fue de 77.3%; es decir la disponibilidad de agua potable en la región era mayor que para el promedio del área rural del país.

El porcentaje de población con servicios de letrinas en el área rural del país fue de 26.3% y en área rural de Cañar fue 26.2%.

La cabecera parroquial de Solano, dispone de agua potable, alcantarillado, servicios higiénicos al interior de la vivienda y luz eléctrica, mientras que las comunidades cuentan con agua entubada, la mayoría tiene letrinas y luz eléctrica. No hay servicio de recolección de basura lo cual es un problema especialmente los días de feria; la basura es quemada o la botan en quebradas o espacios baldíos.

En 1996¹⁸ la cobertura de consulta por morbilidad (primeras y subsecuentes) en el país fue de 1.0 consultas por habitante año. En el subcentro de salud de Solano la tasa de cobertura de primera consulta de morbilidad por habitante/ año se incrementó de 0.14 consultas por habitante año en 1992 a 0.93 consultas /Hab./año en 1998. Este incremento se relaciona con

¹⁷ MSP/OPS Indicadores Op. Cit.,

¹⁸ INEC. Anuario de recursos y actividades en salud. 1996.

el mejoramiento de la calidad de atención que se produjo con la implementación el cobro por episodio.

5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social

El Seguro de Solano surge en el marco de la descentralización y modernización del sector salud y la cooperación internacional. La transformación de los servicios del Ministerio de Salud Pública se inició a principios de esta década cuando se conformaron las áreas de salud. El área de salud es una red de servicios que funciona en una forma integrada, en un área geográfico poblacional definida; tiene capacidad técnica, administrativa y financiera para resolver los problemas de salud más frecuentes. La red de servicios está constituida por: un primer nivel con capacidad de resolución mínima que son los subcentros de salud rurales y urbanos, el segundo nivel corresponde al hospital cantonal y el tercer nivel es los hospitales de referencia provincial o nacional.

Las áreas constituyen la instancia técnico normativa del Ministerio de Salud Pública responsable de impulsar y conducir el proceso de descentralización. Las áreas se apoyan en la participación social a través de comités interinstitucionales conformados a nivel provincial y del comité de salud en la unidad operativa¹⁹. Además, en el área se coordinan acciones del proyecto de fortalecimiento y ampliación de los servicios básicos de salud (FASBASE)²⁰, uso racional de medicamentos, entre otros.

Las áreas de salud son dirigidas por la Unidad de Conducción de Área (UCA), están conformadas por un equipo multidisciplinario responsable de la programación, ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades que se desarrollan en las unidades operativas. En Cañar hay 3 áreas de salud con 64 unidades operativas, el subcentro de Solano junto con otros subcentros forma parte del área 1 de Azogues.

La estructura orgánica y funcional del Ministerio de Salud Pública es: el nivel central constituido por el nivel ejecutivo que dirige, orienta y formula las políticas y estrategias de acción del Ministerio de Salud; el nivel asesor que es el órgano de consulta y apoyo técnico especializado y el nivel de apoyo administrativo. El nivel operativo, de prestación de servicios, es responsable de la ejecución de los planes y proyectos de acuerdo con las políticas de salud y está conformado por la Dirección General de Salud y la Subsecretaría Regional de Salud; en este nivel existen varias direcciones: Áreas de Salud, Epidemiología, Fomento y Protección, Nutrición, Salud Ambiental, Servicios Hospitalarios, Atención Farmacológica, Estomatología, Salud Mental y las Direcciones Provinciales en cada provincia del país.

Posteriormente en el marco de modernización del Ministerio de Salud Pública surge el Proyecto de Modernización de Servicios de Salud (MODERSA)²¹ que comprende un

¹⁹ Las unidades operativas son de diferente complejidad: puestos, subcentros y centros de salud que se distribuyen en el área urbana y rural del país.

²⁰ Proyecto que tiene como propósito fortalecer los servicios básicos de salud, nutrición y saneamiento ambiental para los grupos más pobres, es financiado a través de un préstamo al banco mundial.

²¹ Es una segunda operación con préstamo del Banco Mundial sobre la experiencia del FASBASE.

conjunto de actividades orientadas a modernizar la gestión y subsidiar la demanda. Tiene tres componentes: organización de sistemas descentralizados de provisión universal de servicios de salud, modernización hospitalaria y política sectorial. Los objetivos son: incrementar el acceso a servicios de salud, mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ambulatorios y de los hospitales.

Con relación a la cooperación internacional, el Proyecto Atención Primaria de Salud (APS) está operando en Cañar desde 1994, es financiado a través de un convenio de cooperación de Gobierno a Gobierno entre el Reino de Bélgica y la República del Ecuador²². Su objetivo es el fortalecimiento del Ministerio de Salud Pública y el mejoramiento de los servicios que ofrece, a través de la capacitación del personal del ministerio en sus distintos niveles y de la implementación de mejoras organizacionales con participación y cogestión de los usuarios. El modelo está basado en la estrategia de atención primaria de salud, con su aplicación a través de los SILOS (Sistemas Locales de Salud); busca lograr una atención continua, integrada y global a los pacientes.

Para la ejecución del proyecto APS, existe el Comité de Gestión Interinstitucional y el Comité Técnico integrado por dos codirectores uno nacional y otro belga, a nivel provincial cuentan con un asesor belga. Las estrategias básicas que éste proyecto desarrolla son: consolidación de las unidades de conducción de área, equipamiento básico de las unidades operativas, supervisión sistemática a todos los subcentros de salud, desarrollo de investigaciones operativas, definición de paquete mínimo de atención, definición de indicadores para monitoreo y evaluación de actividades cumplidas por las unidades de conducción de área y los subcentros, apoyo a las direcciones provinciales, mejoramiento del funcionamiento de los hospitales, etc.

La presencia del proyecto APS permite un marco regulador particular, pues es un área demostrativa en la que se implementan investigaciones operativas que les permite tener cierta autonomía; al igual que otras actividades iniciadas en el Cañar como el cobro por episodio, no son extensivas al país. La asistencia técnica y financiera del proyecto APS fue muy importante en el seguro comunitario de Solano. El asesor del proyecto APS fue un puntal básico en la definición de las hipótesis de trabajo y en todo el diseño de la investigación operativa que dio origen al seguro como una experiencia que luego de ser evaluada podía ser replicada en otras áreas.

En la misma línea el Proyecto MODERSA ha incorporado en su concepción y ejecución una orientación del trabajo con énfasis en la planificación estratégica y participativa. En este marco se insertan varias experiencias demostrativas que incluso son financiadas por el Proyecto MODERSA, una de ellas “Colinas del Norte” que se ejecuta en El Comité del Pueblo, barrio de Quito, que al momento tiene 800 familias afiliadas a un sistema alternativo de prestación médica.

Respecto a la seguridad social, en la zona aledaña funcionan tres dispensarios del Seguro Social Campesino. No existe articulación con la política de seguridad social.

²² No existe un convenio en particular para la Provincia de Cañar. El Proyecto está trabajando en otras provincias y áreas del país como: Babahoyo, Quevedo, Tena e Ibarra

En el ámbito nacional la articulación de los dos prestadores de salud más importantes del país – Ministerio de Salud e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) no sido efectiva, una de las instancias en las que se ha tratado este tema es el Consejo Nacional de Salud, en el cual son miembros representantes del IESS, Ministerio, etc. En el ámbito local, inicialmente se ha tratado de establecer vínculos a través del Comité Interinstitucional a nivel provincial pero no ha sido posible hacerlo.

El control de la calidad de los servicios de salud del ministerio lo realiza el área de salud y la Dirección Provincial a la que pertenece, por medio de: supervisión continua, indicadores de calidad, participación y producción y auditorías médicas. La calidad de los servicios del subcentro de salud de Solano mejoró notoriamente luego del cobro por episodio.

6. Oferta de atención médica

En el país la oferta de atención médica es proporcionada por: el Ministerio de Salud Pública, el IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social), otros ministerios como Educación y Defensa (las Fuerzas Armadas tienen su propio seguro) e instituciones privadas con y sin fines de lucro.

Algunos indicadores relativos a la oferta de atención médica se presentan a continuación:

Cuadro n°12: *Indicadores de oferta de atención médica*

Recursos	País	Región sierra	Cañar
Médicos por 10000 habitantes	13.3	16.0	11.2
Enfermeras profesionales por 10000 habitantes	4.6	6.1	3.7
Odontólogos por 10000 habitantes	1.6	1.9	2.0
Farmacias y/o boticas	932	66	35
Establecimientos públicos con internación hospitalaria	177	78	2
Establecimientos privados con internación hospitalaria	297	152	5
Establecimientos privados sin internación hospitalaria	2833	1590	106
Establecimientos públicos sin internación hospitalaria	155	69	4
Camas hospitalarias por 1000 habitantes	1.6	1.7	1.0
Egresos hospitalarios por 1000 habitantes	50.9	53.9	37.3

Fuente: MSP/OPS. Situación de la salud en el Ecuador. Indicadores básicos por provincia. 1997

En los subcentros de salud la atención médica es gratuita, especialmente todas las actividades de prevención. El cobro en los hospitales del Estado está reglamentado desde abril de 1999, las tarifas son diferenciales según las condiciones socioeconómicas de los pacientes, los cuales son exonerados total o parcialmente. Existe un tarifario: 5000 sucres por consulta, 300000 sucres por parto y 1200000 sucres por cesárea.

En Solano hay un subcentro de salud con un médico, un odontólogo, una enfermera, una auxiliar de enfermería y una farmacia en el subcentro de salud. Pertenece al área 1 de Azogues, tiene una capacidad de resolución de primer nivel suficiente para la población, cuando requieren de mayor capacidad de resolución acuden a los servicios de Azogues o

Cuenca tanto al sector público como privado. También hay una partera que fue capacitada por el Ministerio de Salud.

El 36% de afiliados al seguro comunitario de Solano también están afiliados al Seguro Social Campesino; en la zona existen tres dispensarios. Además, hasta 1996 existía un médico privado.

7. Protección social en materia de salud.

Tradicionalmente la población realiza mingas²³ en las que se observa participación de la comunidad, mediante ellas han resuelto problemas prioritarios como: abastecimiento de agua, luz eléctrica, basura. Es una práctica común en el país que poco a poco está desapareciendo, una de las explicaciones es, que, ha sido utilizado por diversas instituciones tanto públicas como privadas para la obtención de mano de obra sin costo.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) surgió en 1928, administra los seguros de: enfermedad y maternidad; invalidez, vejez y muerte, riesgos del trabajo, cesantía, seguros adicionales como fondos de reserva, auxilio de funerales y el seguro social campesino.

El IESS es una “entidad autónoma, con personería jurídica y fondos propios distintos a los del fisco y exento de todo impuesto fiscal, provincial, municipal y especial, sus ingresos no pueden gravarse bajo ningún concepto ni pueden destinarse a otros fines que a los de su creación y funciones”²⁴.

La afiliación al seguro social es obligatoria para todos los trabajadores con relación de dependencia y el IESS está obligado a aceptar la afiliación voluntaria de toda persona mayor de edad que manifieste su voluntad de acogerse a este régimen haya o no tenido afiliación anterior, siempre que previamente se someta a un examen médico.

En 1995, según la Dirección de Asesoría Matemático Actuarial del IESS, había 1331863 protegidos por el seguro general y campesino lo que significaba un 18.3% de la población total estimada a 1993.

Para el área rural existe el Seguro Social Campesino (SSC) desde 1968 y las prestaciones otorgadas son: por enfermedad tiene derecho a asistencia médica y farmacéutica, de hospitalización y quirúrgica; por maternidad asistencia obstétrica, canastilla maternal y atención del niño; atención odontológica; jubilación por invalidez y vejez, auxilio para funerales.

²³ Término empleado para definir el trabajo comunitario “usado desde hace mucho tiempo especialmente por indígenas y campesinos para resolver problemas desde individuales hasta colectivos”, las personas salen a realizar un trabajo determinado considerado de importancia para todos, sin remuneración

²⁴ Registro Oficial n° 21 Codificación de la Ley del Seguro Social Obligatorio. 8 de septiembre de 1988.

En el SSC hay dos niveles de atención en salud: el nivel primario constituido por los dispensarios localizados en la comunidad que cuentan con un médico a tiempo parcial y una auxiliar de enfermería a tiempo completo. La auxiliar de enfermería, trabaja ocho horas diarias, el médico es itinerante, atiende 1, 2 y en ocasiones hasta 3 dispensarios dependiendo de la población afiliada; su horario de visita es dividido durante la semana. El odontólogo es itinerante, atiende a 4 o 5 dispensarios, sus visitas son divididas durante el año. Cada dispensario atiende un promedio de 4,2 comunidades.

Al segundo nivel acceden a través de un sistema de referencia. Los afiliados del seguro social campesino tienen acceso a atención de mayor complejidad como: consulta externa especializada, exámenes de laboratorio y hospitalización a los dispensarios y hospitales del IESS. La transferencia desde el dispensario es autorizada por el médico y por la auxiliar de enfermería, en casos de emergencia. Esta transferencia necesita aprobación del médico supervisor en cada provincia y la calificación de derecho por parte del personal de afiliación.

El financiamiento del seguro general es tripartito: empleador, trabajador y Estado; el seguro campesino, en cambio, se financia con un porcentaje del seguro general²⁵, aportes del Estado y el jefe de familia paga mensualmente el 1% de un salario mínimo vital, aproximadamente \$US 0.09²⁶.

El seguro social es obligatorio para todos los trabajadores con relación de dependencia y protege al afiliado; el seguro campesino en cambio es voluntario y la afiliación es por familia y comunidad, protege al afiliado y su familia.

La afiliación al SSC es por familia y a través de una organización. La recolección de los aportes mensuales es en gran parte responsabilidad de las mismas organizaciones comunitarias; el afiliado paga sus aportes al tesorero de su organización, el mismo que recoge los aportes de todos los afiliados de la comunidad y la totalidad remite al SSC.

El seguro social campesino cuenta con una red propia de dispensarios distribuida en todo el país, en 1996 existía 564 dispensarios. En 1994, existían 107 organizaciones comunales afiliadas al SSC en el Cañar, con un total de 33481 afiliados.

No están incluidos en el campo de la atención del sistema de seguridad social trabajadores asalariados debido a evasión, los familiares de los trabajadores asalariados, trabajadores informales y trabajadores autónomos. El seguro campesino protege a 14% de la población rural total, si bien el paquete ofrecido es amplio y la cotización es baja, la tasa de expansión de cobertura ha sido lenta, determinada principalmente por factores estructurales del IESS como desfinanciamiento, centralización y burocratización. Además, para el coordinador de área los dispensarios están localizados en comunidades distantes, la atención es de mala calidad y no hay medicamentos.

²⁵ Es el 1% de los sueldos de los afiliados al Seguro General prorrateados de la siguiente manera: 0.30% al Estado, el 0.35% a los asalariados afiliados al Seguro y el 0.35% a los empleadores.

²⁶ Tasa de cambio promedio 11000 sucres por dólar a junio 1999

Varios intentos de reforma de la Seguridad Social en el país no han podido concretarse, son precisamente los campesinos quienes se han opuesto a los cambios. El Congreso Nacional debate la reforma del Seguro Social Ecuatoriano, que, en resumen contempla: extensión de la protección a todos los individuos que perciben ingresos regulares con relación de dependencia o sin ella; extensión del seguro de salud a la familia del afiliado; el afiliado podrá elegir libremente al prestador; los prestadores serán acreditados por el IESS; habrá auditorías externas para los prestadores de salud; se introduce el principio del co-pago; el seguro de salud tendrá un fondo presupuestario que será administrado por una gerencia con autonomía de decisión.

En la organización y gestión la reforma discutida consiste en: creación de una superintendencia como organismo externo de control y división de la gestión del IESS en seguros de salud, pensiones y seguro social campesino. Cada uno de ellos tendría una gerencia y financiamiento propios; las prestaciones serán: invalidez, vejez y muerte; enfermedad y maternidad, riesgos del trabajo y cesantía.

En pensiones: el derecho a la prestación aumentará en 5 años (60 años de edad). Se creará un sistema básico solidario intergeneracional y un régimen de jubilación por ahorro individual obligatorio (capitalización individual) que será administrado por las ACAP (Agencia Colocadora del Ahorro Previsional).

En salud: otorgará prestaciones básicas que incluye medicina preventiva, odontológica preventiva curativa y maternidad. Las enfermedades crónico degenerativas deberán obligatoriamente contratar reaseguros. Los afiliados podrán elegir libremente el prestador médico. Las unidades médicas del IESS serán autogestionadas. Para recibir atención médica aportarán obligatoriamente 6 cotizaciones ininterrumpidas. El seguro de riesgos tendrá un régimen independiente para enfermedades profesionales y accidentes de trabajo.

Seguro Social Campesino: se creará una gerencia independiente. Las prestaciones de salud serán: promoción y prevención de salud, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no profesionales, recuperación y rehabilitación de la salud del individuo; embarazo, parto y puerperio; énfasis en programas de saneamiento ambiental y desarrollo comunitario. Los afiliados podrán elegir libremente al prestador. En financiamiento proponen el pago de una cotización equivalente al 1% del salario mínimo vital por cada uno de los miembros de la familia y además diferenciada de acuerdo a la edad, capacidad de aportación y perfil económico de la comunidad.

IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud

En el presente capítulo se realiza una descripción de las condiciones del contexto local e institucional que dieron origen al Seguro Comunitario de Solano. Se describen además las etapas de su puesta en marcha y el diseño técnico y de gestión del SIS en su primera fase.

1. Origen del SIS

La oferta de atención médica en Solano, antes de implementar el cobro por episodio, era un Subcentro de Salud (SCS) del Ministerio de Salud, con médico itinerante y rural, enfermera rural y auxiliar de enfermería y capacidad de resolución de primer nivel. Para acceder al segundo y tercer nivel tenían que acudir a servicios públicos o privados de las ciudades de Cuenca y Azogues ubicadas a 18 y 26 kilómetros de distancia respectivamente.

Al igual que otros subcentros del área rural, los principales problemas eran: inestabilidad del personal - el médico y enfermera realizaban el año rural - y falta de medicamentos e insumos.

Además existían tres dispensarios del Seguro Social Campesino ubicados en comunidades aledañas. Plan Internacional²⁷ capacitó a voluntarias de salud y les proporcionó botiquines, los cuales no funcionaron.

En materia de financiamiento cuando se creó el SIS, en el subcentro de salud de Solano se desarrollaba una investigación operativa “Cobro por episodio de enfermedad”²⁸ con la asistencia técnica del proyecto APS. El cobro por episodio de enfermedad se inició en enero de 1996, se basaba en la solidaridad entre enfermos; el resultado fue excelente, la tasa de cobertura de primera consulta por morbilidad se incrementó de 0.25/hab./año a 0.80/hab./año. El costo por episodio de enfermedad de S./9.500 sucres²⁹ les permitió acumular un beneficio de más de 1 millón de sucres con el que financiaron la atención médica de pacientes indigentes y gastos de funcionamiento del subcentro de salud.

A nivel nacional el financiamiento del seguro general, que incluía los servicios de salud que prestaba, era tripartito: empleador, trabajador y Estado. El seguro social campesino, en cambio, se financiaba con un porcentaje del seguro general³⁰, aportes del Estado y el jefe de familia pagaba mensualmente el 1% de un salario mínimo vital, 1000 sucres mensuales equivalentes a US\$ 0.2³¹.

El grupo destinatario fueron los habitantes de la parroquia Solano. Según el censo realizado en 1997, Solano contaba con 1316 habitantes de los cuales el 59.87% eran mujeres y 40.1%

²⁷ Organización no Gubernamental

²⁸ Se realiza un cobro por episodio de enfermedad de 8 días que incluye costo por consulta y medicamentos.

²⁹ Posteriormente se incrementó a 10000 sucres y en la actualidad es de 15000 sucres.

³⁰ Es el 1% de los sueldos de los afiliados al seguro general prorrateados de la siguiente manera: 0.30% al Estado, el 0.35% a los asalariados afiliados al IESS y el 0.35% a los empleadores.

³¹ La tasa de cambio promedio a junio de 1998 fue 5000 sucres por dólar.

hombres. Respecto a la edad el 27.3% eran menores de quince años, 44.45% de 16 a 64 años de edad y el 28.3% de 65 años y más.

En el centro parroquial habitaban 28 familias³², el resto se encontraban localizadas en las comunidades de Domay, Borma, Guabzhun, Animaspamba, Cristo Rey, Yolón, Yolón Raya, Sitincay, Zinín, La Dolorosa, demostrando un alto grado de dispersión geográfica.

Los miembros del grupo destinatario no estaban expuestos a condiciones sanitarias y o riesgos particulares.

Los principales sectores de actividad del grupo destinatario eran agricultura en pequeña escala, ganadería y artesanía (confección de sombreros de paja toquilla). Los ingresos reales en una comunidad agraria fueron difíciles de estimar, además recibían dólares de sus familiares emigrantes.

Los destinatarios del SIS residían en el mismo lugar, no se encontraban otros vínculos étnicos particulares o sociales de importancia.

Las características socioeconómicas del grupo destinatario eran similares a las de otras parroquias del cantón Deleg y de la provincia de Cañar.

Antes del inicio del cobro por episodio (1996), las principales dificultades a las que el grupo debía hacer frente para acceder a la atención médica eran: tiempo de espera prolongado, ausencia del médico y de falta de medicamentos e insumos, así como también alto costo de los medicamentos. Para atención del segundo y tercer nivel era difícil acceder por falta de transporte a Cuenca o Azogues y costo del transporte. Con la implementación del cobro por episodio estos problemas fueron superados: el médico y la enfermera ya no eran rurales, se los contrataba anualmente por lo que había mayor permanencia del personal de salud lo cual mejoró la calidad de atención. También mejoró la disponibilidad de medicamentos con la dotación de un fondo semilla para medicamentos.

El 36% del grupo destinatario estaba protegido por el seguro social campesino, además un porcentaje de población asalariada debía estar cubierta por el seguro general, en este grupo se encontraban por ejemplo maestros que eran afiliados obligatorios.

El seguro comunitario se creó como una alternativa que aumenta la equidad: el sano es solidario con el enfermo, la comunidad tiene accesibilidad económica, asegura la calidad de la atención y aumenta la participación de la comunidad pues co-administra los fondos y aumenta su autonomía frente a un estado que cada vez más se retira de su responsabilidad de hacer frente a la salud de sus ciudadanos.

La única experiencia anterior en materia de seguros con que contaba el grupo destinatario era la de la seguridad social. No conocían otras experiencias en materia de seguros de salud de la zona.

³² Datos preliminares del censo que están realizando a la fecha junio 1999, se asume que no hay cambios desde 1997.

El nivel de organización era de base, las más importantes eran: la Junta Parroquial que era la organización representativa del Municipio, la Junta Diocesana y las Juntas de Agua.

Además, existía el “Comité de Salud” que fue conformado cuando se puso en marcha el cobro por episodio, es decir en enero de 1996.

El Comité de Salud (CoSa) era una organización social cuyos miembros fueron elegidos democráticamente en asamblea general; representaba a la población del sector geográfico que corresponde al área de influencia del subcentro de salud. El objetivo general fue lograr la participación comunitaria en la gestión del subcentro para contribuir al desarrollo integral de la comunidad. La directiva estuvo conformada por: un presidente, un vicepresidente, un secretario, un tesorero y cuatro vocales.

El comité de salud tenía como actividades regulares el manejo del excedente del cobro por episodio, la decisión en la exoneración a los indigentes, la planificación de actividades en coordinación con el personal de salud, a decir del médico, por ejemplo: negociaron el horario de atención. Posteriormente en marzo de 1998 este comité de salud asumió la puesta en marcha del SIS y además continuó con las actividades mencionadas en el cobro por episodio.

Los miembros del grupo destinatario tenían implicación en la oferta de atención ya que el comité de salud colaboraba con el personal del subcentro y participaba en la toma de decisiones; en el cobro por episodio participó activamente en todas las fases de su implantación. En el seguro social campesino participaban en la administración a través de sus propias organizaciones de afiliados.

El asesor del proyecto (APS) Atención Primaria de Salud, luego del éxito alcanzado con el cobro por episodio, introdujo la idea de un seguro comunitario en noviembre de 1997, la experiencia previa del asesor era el cobro por episodio. El objetivo era ampliar la solidaridad entre pacientes, que era la base del cobro por episodio de enfermedad, a una solidaridad entre todos los miembros de Solano. Además era una alternativa que aumentaba la equidad: el sano era solidario con el enfermo, aseguraba la calidad de la atención y aumentaba la participación de la comunidad. Por lo tanto la base del SIS es el cobro por episodio, al iniciarse el SIS los dos sistemas – cobro por episodio y SIS- funcionaron simultáneamente en el subcentro de Solano.

2. Etapas de la puesta en marcha del SIS

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

No se llevó a cabo procesos de identificación de necesidades y de definición de objetivos del SIS. Al tratarse de una investigación operativa, se establecieron hipótesis de trabajo, el estudio fue preparado por el asesor del proyecto APS de agosto a diciembre de 1997, es decir antes del inicio del funcionamiento.

Los miembros del grupo destinatario no fueron consultados para la identificación de necesidades y la definición de objetivos. Previo al funcionamiento se investigó las principales expectativas y temores de los miembros del comité de salud, los líderes y la comunidad. Las expectativas del grupo destinatario manifestadas se relacionaban con el tipo de atención que recibirían, es decir los niveles que cubriría el seguro y la cobertura por accidentes de tránsito. El temor era que el SIS fracasara.

Las autoridades sanitarias del Ministerio de Salud: Jefatura de Área que es el nivel administrativo al que pertenece el subcentro, la Dirección Provincial de quien dependen todas las áreas de la provincia y la Dirección Nacional de Áreas que es el nivel de apoyo central, respaldaron la iniciativa al igual que el todo el personal del subcentro. Las actividades realizadas por la jefatura de área fueron: la aprobación del proyecto y contactos con la comunidad. Sus expectativas estuvieron centradas en el funcionamiento del proyecto piloto, de su éxito dependía que pueda ser implementado en otros subcentros de salud del área.

El asesor del proyecto APS fue un puntal importante en la definición de las hipótesis de trabajo y en todo el diseño de la investigación operativa. No hubo otros actores implicados en la identificación de necesidades y en la identificación de objetivos del SIS. Las necesidades no fueron determinadas pero sí los problemas; para el personal del subcentro los problemas más importantes eran: ausencia de solidaridad y falta de cobertura de los servicios de salud.

Las necesidades y objetivos no fueron determinados. Las hipótesis establecidas en la investigación operativa fueron: el seguro aumentaría más la tasa de cobertura de primeras consultas por morbilidad, indirectamente aumentaría las consultas preventivas y las subsecuentes de morbilidad en ambos niveles, además mejoraría la accesibilidad al segundo nivel de cuidado. Estas hipótesis se encuentran detalladas en el Anexo n°1: Protocolo de Investigación Operativa: Sistema de Seguro Solidario Comunitario en el SCS de Solano.

2.2 Estudio de contexto y estudio de factibilidad financiera

Previo la implementación del SIS no se realizó un estudio de contexto sino un censo poblacional, el cual fue elaborado por los estudiantes del Colegio de Solano el 6 de diciembre de 1997. Se investigó la población: sexo, edad, número de miembros por familia, investigaron si los pobladores estaban de acuerdo o no con el SIS.

El estudio de factibilidad financiera fue realizado por el asesor del proyecto APS. Para el cálculo de una cuota anual se consideró las siguientes variables: proporción de familias afiliadas, tasa de utilización del primer nivel, costo por episodio, frecuencia de enfermos crónicos, costo por enfermo crónico, proporción de indigentes, sueldo de tesorero, inflación anual en %, costo anual de odontología, número de internaciones en Azogues, costo promedio de internaciones, número de internaciones en Cuenca, costo promedio internación en Cuenca, número de exámenes complementarios, costo promedio por examen complementario. Estos puntos y los escenarios posibles se presentan en el Anexo n°2.

Los resultados obtenidos permitieron fijar la cotización en 30.000 sucres anuales por persona, equivalentes a \$US 6(S./5000 por dólar); el estudio no incluía los paquetes, los cuales se determinaron sobre la base de los servicios³³ que el Ministerio de Salud prestaba regularmente el subcentro de salud.

No se realizó una visita a otro SIS para facilitar su concepción.

2.3 Información del grupo destinatario

Las principales acciones emprendidas para informar al grupo destinatario sobre la creación del SIS fueron: reuniones informativas primero al comité de salud y luego a la comunidad. Se utilizaron otras formas de comunicación como: perifoneo, hojas volantes, carteles; además realizaron visitas casa a casa para que toda la comunidad esté informada. El material informativo utilizado consta en el Anexo n°3

Según el censo, el 60% del grupo destinatario estuvo de acuerdo con la creación del SIS. Existieron dos obstáculos importantes frente a la adhesión del SIS: el primero se relaciona con que la población espera que todo sea gratis. El segundo fue, que, al mantener en funcionamiento el sistema de cobro por episodio, la población acudía solamente cuando estaba enferma. Para superar estos obstáculos se realizó difusión del proyecto, educación a la comunidad y las voluntarias realizaron visitas a las casas para informar y educar a los posibles afiliados.

2.4 Inicio de las actividades

La constitución del SIS fue decidida en una reunión del asesor del proyecto APS y la Jefatura de Área. El comité de salud fue informado y aprobó su constitución en reunión ordinaria del 14 de Diciembre de 1997.

En marzo de 1998 se realizó la primera afiliación, pero es en abril del mismo año cuando se incrementó el número de afiliados, se inició el pago de cotizaciones y el pago de prestaciones.

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

La creación del SIS fue asumida por el comité de salud y por personal del subcentro de salud, el jefe y coordinador del área con la asistencia técnica del proyecto APS. El proceso de creación estuvo liderado por el personal del subcentro de salud –médico, enfermera y auxiliar de enfermería- con el apoyo y supervisión del coordinador y jefe de área de acuerdo a los niveles de jerarquía. El personal del subcentro de salud en coordinación con

³³ Consultas por morbilidad según el nivel de resolución, medicamentos, inmunizaciones, control prenatal y postnatal, control de niño sano y control escolar, educación para la salud, etc.

el comité de salud fue involucrado como responsable de las actividades, especialmente difusión del proyecto y censo poblacional.

Decisiones como del monto de las cotizaciones, condiciones de afiliación y los servicios cubiertos fueron propuestas por el asesor del proyecto APS y aprobadas por el jefe y el coordinador de área. A petición de la comunidad se incluyó en el paquete de beneficios la atención odontológica.

No se definieron estatutos ni organización interna, tampoco modalidades de administración, los prestadores de atención médica pasaron a ser el subcentro de salud y los niveles de referencia de la red de servicios del área.

Para apoyar la adopción de decisiones se recibió asistencia técnica del asesor del proyecto APS.

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

Al ser una experiencia que tiene poco tiempo el primer ejercicio ha sido definido desde el inicio hasta diciembre de 1998.

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

En el primer ejercicio el SIS permitió la afiliación por persona voluntariamente pero obligatoriamente a los demás miembros de su familia, por lo que no había otro tipo de beneficiarios. No existía una cuota de afiliación y se estableció como condición el lugar de residencia.

El comité de salud ejercía cierto tipo de arbitraje pues eran los que conocía más a la comunidad y sus habitantes, sus atribuciones no fueron tratadas en forma explícita.

Al comienzo los afiliados pertenecían a Solano, un requisito fue el lugar de residencia, los afiliados debían vivir en la zona geográfica, se aceptaba si no pertenecía en el caso de que vivan más cerca del subcentro de Solano que de otro del Ministerio de Salud Pública. Los afiliados por lo tanto fueron miembros de la parroquia Solano cuyos límites geográficos se establecen según la definición político administrativa de la parroquia.

Los primeros afiliados constituyeron un subgrupo con características específicas ya que las primeras afiliaciones fueron de personas que padecían enfermedades crónicas y los ancianos, por lo que desde el inicio se adoptó la modalidad de afiliación de la familia completa.

No existía otra categoría de beneficiarios de las prestaciones del SIS.

Al final del primer ejercicio había 290 afiliados y 111 familias de un total de 1316 afiliados y 406 familias, lo cual fue menor que el número previsto.

La meta propuesta fue afiliarse al menos al 60% de la población total, no fue posible alcanzar esta meta aún cuando realizaron grandes esfuerzos como: visitas casa a casa, se logró un 30% de la meta prevista.

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

Cuadro n°13: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de Espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas	A	NO	NO	0	S
Todas					
Atención del parto	A	NO	NO	0	S
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas	A	NO	NO	0	S
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas	A	NO	NO	0	S
Todas					
Atención ambulatoria programada	A	NO	NO	0	S
Todas					
Atención preventiva	A	NO	NO	0	S
Atención ambulatoria no programada	A	NO	NO	0	S
Todas					
Medicamentos	A	NO	NO	0	S*
Todos					
Transporte/evacuación	NO	NO	NO	0	N
Laboratorio/radiología	A	NO	NO	0	S
Otros odontología, ecosonograma y tomografía³⁴	A	NO	NO	0	S

A: servicio accesible a los afiliados, no hay otro tipo de beneficiarios.

S: derivación obligatoria

- En casos puntuales de pacientes que necesitan medicamentos de especialidad, el médico tiene la facultad de comprar medicamentos que no están en el stock del subcentro de salud.

El SIS ofrecía un paquete único de beneficios que consistía en: consulta con medicamentos y odontológica de primer nivel; consulta con medicamentos y exámenes de laboratorio de segundo nivel y hospitalización en el hospital Homero Castanier en Azogues y de tercer nivel hospitalización en el hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca.

El factor que determinó la elección del paquete fue la disponibilidad de los servicios de primer nivel en la localidad y los niveles de referencia de mayor complejidad del Ministerio

³⁴ Si los pacientes son derivados al tercer nivel (Cuenca), hospital dispone de estos servicios

de Salud (hospitales Homero Catanier y Vicente Corral Moscoso) que eran parte de la red de servicios del área de salud.

El subcentro de Solano era de primer nivel: brindaba atención médica curativa; preventiva como inmunizaciones, control prenatal y postnatal, control de niño sano, DOC (detección oportuna de cáncer), planificación familiar, control escolar, educación para la salud y farmacia con medicamentos esenciales. Las actividades preventivas eran gratuitas. Los pacientes no afiliados disponían del sistema de cobro por episodio de enfermedad, con el pago de 10000 sucres recibían consulta con medicamentos por episodio de enfermedad.

No había co-pago, ni período de espera y la derivación a otros niveles era obligatoria.

La fórmula que utilizó el SIS fue pago a cargo de terceros, es decir el prestador le cobraba directamente al seguro.

Desde el inicio se instauró un sistema de seguimiento de las prestaciones, las consultas a afiliados y los medicamentos prescritos por paciente se registraban cada día y era posible conocer el costo promedio de los medicamentos y el número total de casos.

3.3 Financiamiento

Cuadro n°14: *Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio*

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, Crédito, cotizaciones, etc.)
Proyecto APS	100*	Censo	Subvención
Proyecto APS	200*	Materiales de información	Subvención
Ministerio de Salud	**	Sueldos, insumos	Subvención
Proyecto APS	**	Asistencia técnica	Subvención

*son aproximados.

**No existen montos definidos específicamente

El Ministerio de Salud subvencionó el pago de sueldos e insumos de todo el personal del subcentro de salud así como también sueldos del jefe y coordinador de área. No existieron montos definidos porque las actividades que realizaron fueron consideradas parte del conjunto de actividades que normalmente debía desarrollar en el subcentro de salud. Lo mismo sucedió con la asistencia técnica del proyecto APS fueron parte de las actividades que desarrolla en toda el área. No se adquirió infraestructura o equipamiento.

Además, el funcionamiento se encontraba financiado por el cobro por episodio ya que de cada consulta de pacientes no afiliados que acuden al subcentro de salud por episodio de enfermedad pagaban 10000 sucres (\$US 2), 1000 sucres eran administrados por el comité de salud. Este dinero era utilizado para pago de agua y otros gastos de funcionamiento del subcentro de salud.

El monto anual de la cotización fue fijado en 30000 sucres (US\$6) por persona, el cálculo no estuvo vinculado a riesgos personales ni al ingreso de los afiliados. Una parte de la cotización era abonada en efectivo al momento de la afiliación y el resto debían hacerlo en los primeros seis meses.

Además de los afiliados nadie más contribuyó a financiar las cotizaciones.

El fondo inicial fue de S./ 279500 (US\$ 55.9) correspondiente a las cotizaciones recaudadas en los dos primeros meses de afiliación; el primer desembolso se efectuó en abril por 264968 sucres (US\$ 52.99), este monto fue por medicamentos prescritos a los afiliados y 5400 sucres (US\$1.08) por odontología.

3.4 Prestadores de atención médica

Al final del primer ejercicio, el único prestador médico de primer nivel en Solano fue el subcentro de salud perteneciente al sector público (MSP). Los prestadores de segundo y tercer nivel se encontraban ubicados en Azogues y Cuenca respectivamente y pertenecían al Ministerio de Salud.

El personal de la Unidad de Conducción de Área (UCA) y el asesor del proyecto APS eligieron como unidad piloto, para desarrollar la investigación operativa del seguro comunitario, al subcentro de Solano debido a la participación de la comunidad y a la motivación del personal del subcentro de salud.

El criterio que se estableció para elegir a los prestadores autorizados fue el nivel de referencia de la red de servicios del área de salud.

La modalidad de facturación utilizada fue cápita mensual por medicamentos y materiales de odontología.

No se establecieron convenios con los prestadores de segundo y tercer nivel, esa posibilidad fue considerada pero no se llegó a firmar ningún convenio, aunque existe el acuerdo verbal de que los pacientes de Solano referidos o por emergencia serán atendidos. En teoría los gastos de los afiliados atendidos en los hospitales de segundo y tercer nivel debían ser pagados por el SIS, lo que cubriría sería solamente los gastos de bolsillo y no los costos reales de internación. Hasta el momento ningún paciente ha sido derivado al nivel superior.

3.5 Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

El SIS no tuvo estatutos o reglamentos propios, ni personería jurídica.

b) Organización de la gestión

El comité de salud y el subcentro de salud estuvieron a cargo de la gestión global del SIS. Las responsabilidades del comité de salud fueron: difusión del proyecto, inscripción de afiliados y recaudación y administración de las cotizaciones, todas estas actividades se realizaban en coordinación con el personal de salud del subcentro. Los fondos recaudados por el tesorero del comité de salud no fueron depositados en cuentas bancarias sino que quedaron en su casa.

La unidad de conducción del área responsable de la programación, ejecución, supervisión, monitoreo y evaluación de las actividades que se desarrollan en el subcentro de salud participó en la organización: capacitó al personal del subcentro, los líderes de la comunidad y al comité de salud con la asistencia técnica del proyecto APS que además elaboró el proyecto.

Los órganos de gestión del SIS eran el comité de salud y el subcentro de salud, no era exclusivos pues participaban en la ejecución del cobro por episodio.

Los prestadores del primer nivel realizaban todas las actividades que el Ministerio de Salud debía ejecutar en un subcentro de salud y las derivadas del SIS, mientras que el comité participaba en el manejo de fondos recaudados por cotizaciones y por cobro por episodio que el tesorero del comité guardaba en su casa, además era informado de todas las actividades que se realizaban en el subcentro de salud.

El aseguramiento y la gestión de servicios tenían gestiones separadas, existía cuentas diferentes para el manejo de los fondos provenientes del SIS y para los recaudados por el cobro por episodio.

Los responsables no fueron elegidos sino más bien asumieron los roles previamente establecidos con el cobro por episodio; el rol de los prestadores, el personal del subcentro, y el comité no fue claramente definido en la administración.

Cuadro n°15: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Empleador	Porcentaje de tiempo dedicado al SIS
Médico – Director del SCS	1	MSP	50%*
Enfermera	1	MSP	50%*
Auxiliar	1	MSP	50%*
Odontólogo	1	MSP	50%*
Tesorero del Comité de salud	1	Voluntario	10%
Asesor del Proyecto APS	1	Proyecto APS	50%
Personal de área de salud	2	MSP	30%

MSP: Ministerio de Salud Pública

APS: Atención Primaria de Salud

*incluye la atención médica y odontológica.

No había órganos exclusivos del SIS ni personal que trabaje exclusivamente para el SIS en el comité, el subcentro de salud o la jefatura de área.

c) Sistema de información

Los documentos utilizados desde el comienzo de la gestión fueron:

- Registro de afiliados
- Tarjeta de identificación
- Registro de pago de cotizaciones
- Registro de seguimiento de prestaciones

Desde el inicio contaron con un cuaderno en donde se registraba los ingresos por cotizaciones y egresos por medicamentos, el odontólogo registraba las actividades de odontología³⁵.

No realizaron presupuestos.

4. Asistencia técnica y formación

El proyecto APS prestó asistencia técnica desde el inicio de cobro por episodio en 1996, fue muy importante en la fase de creación del SIS, que fue el asesor del proyecto APS quien introdujo la idea del SIS.

El área de salud de la cual depende el subcentro también proporcionó asistencia técnica al SIS mediante la capacitación y supervisión al personal del subcentro y capacitación el comité de salud.

Cuadro n°16: Asistencia técnica recibida

Organizaciones o personas que proporcionaron la AT	Propósito del apoyo realizado	Duración del apoyo (período)	Beneficiarios directos del apoyo
Proyecto APS	Elaboración del proyecto, seguimiento	Permanente	Personal de Área
Unidad de Conducción de área: jefe, coordinador y enfermera de área	Capacitación, Supervisión	Permanente	Personal de Subcentro, miembros del Comité

No hubo actividades de formación exclusivas durante la fase de creación del SIS y el primer ejercicio.

³⁵ No fue posible tener información porque el odontólogo estaba ausente, al parecer fue transferido a otro subcentro y no había sido nombrado su reemplazo.

Las actividades de formación que se realizaron fueron capacitación en servicio como: manejo de formularios, llenado de fichas, auditorías médicas, uso racional de medicamentos.

Estas actividades se realizaron durante la supervisión, mientras el personal prestaba servicios.

Cuadro n°17: Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)

Organizaciones o personas que proporcionaron la formación	Objetivo de la formación	Duración de la formación (período)	Beneficiarios directos de la formación
Unidad de Conducción de área	No es específico	Permanente	Personal de Subcentro, miembros del Comité

V. Características del sistema de seguro de salud

El presente capítulo tiene como objetivo el describir las características actuales del SIS las cuales corresponden al tiempo transcurrido en este año (enero a junio 1999), haciendo énfasis en aquellas que han sufrido variaciones o ajustes en relación a la etapa de arranque descrita en el anterior capítulo. Se describen en detalle las características del grupo destinatario, los paquetes de beneficios y los prestadores de atención médica, los aspectos financieros, de administración y gestión.

1. Grupo destinatario y sus beneficiarios

1.1 Grupo destinatario

El grupo destinatario no ha cambiado desde el inicio del SIS de Solano.

No hay categorías de personas excluidas, todos los habitantes de la parroquia pueden afiliarse al seguro comunitario.

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

Los afiliados (no existen beneficiarios) son los mismos que cuando inició el seguro.

La afiliación es voluntaria por persona y obligatoriamente los demás miembros de la familia, es un requisito residir en la zona geográfica. Se acepta la afiliación si no pertenecen al área geográfica en el caso de que vivan más cerca del subcentro de Solano que de otro subcentro del Ministerio.

El comité de salud ejerce cierto tipo de arbitraje pues son los que conocen más a la comunidad y sus habitantes, sus atribuciones no han sido tratadas en forma explícita.

Los afiliados al SIS son pobladores de la parroquia Solano cuyos límites geográficos se establecen según la definición político administrativa de la parroquia.

Los pasos para afiliarse son los siguientes: acudir al subcentro de salud o son visitados por las voluntarias en su casa y se completa la ficha de inscripción. En los primeros meses, las inscripciones fueron receptadas por el tesorero del comité, actualmente lo hace la auxiliar; se realiza un pago inicial del 50% de la cotización y el saldo en tres meses.

El afiliado no firma ningún contrato y renueva su afiliación cada año cuando se cumple el período de afiliación. Las condiciones de afiliación no han cambiado, las personas pueden afiliarse en cualquier momento que lo deseen.

La ficha de inscripción que utilizan contiene: nombre, sexo, cédula de identidad, domicilio, lugar y fecha de nacimiento, estado civil, profesión del jefe de familia y los nombres de los

integrantes, número de historia clínica, también registra la fecha de inscripción, pago y el saldo. La ficha de inscripción fue cambiada en mayo (1999), las modificaciones son: datos del jefe de familia no incluye lugar y fecha de nacimiento, número de historia clínica, etc. Los afiliados son reconocidos mediante la tarjeta de identificación que lleva el nombre y una fotografía de la familia. Anexo n°4

No hay otra categoría de beneficiarios.

Los afiliados deben presentar la tarjeta de identificación en el momento en que requieren atención médica.

No hay cambios de las condiciones de afiliación al SIS desde su puesta en marcha.

1.3 Número de beneficiarios y evolución

Cuadro n°18: Número actual de afiliados del SIS

Edad/sexo	Hombres		Mujeres		Ni*		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	N°
Total	93	38.4	143	59.0	6	2.5	242

*no hay información en las fichas.

El 59% de afiliados son mujeres, lo que se relaciona con el hecho de que el 60% de la población total de Solano son mujeres. No hay información disponible de la edad ya que no fue registrada en la mayoría de fichas.

Cuadro n°19: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios

Rubro/Año	Abril – diciembre 1998	Enero – junio 1999
Número total de afiliados	290	242
Número de familias	111	108

El número de afiliados en 1999 corresponde a los que renovaron su afiliación y nuevos afiliados y a los afiliados en 1998 que todavía están cubiertos.

El número de afiliados ha disminuido, según el personal de salud una de las razones para esta disminución es la cuota extra de S./20000 (US\$ 1.8) impuesta para “reflotar” el seguro. La cuota fue aplicada a los que se afiliaron a finales del 98 para ajustar la cotización a 50000, si no cancelaban perdían sus derechos; esta medida provocó incluso divergencias con el comité de salud. Otra razón es el incremento en el monto de la cotización anual, pues la mayoría es de escasos recursos económicos por lo que es un factor que influyó en la disminución de afiliaciones.

1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado

La única razón para la pérdida del estatus de afiliado es el incumplimiento en el pago de las cotizaciones, si no pagan el saldo en el tiempo estipulado pierden su estatus. Este factor no se ha modificado. El procedimiento aplicado en este caso es simple, el afiliado moroso es incentivado a pagar por el personal de salud o el comité, si no paga pierde sus derechos de afiliación.

No hay un dato exacto de afiliados excluidos, el coordinador del área de salud del ministerio menciona tres o cuatro familias. Esta decisión fue tomada por el comité de salud y el coordinador del área porque algunos afiliados no pagaban.

1.5 Penetración del grupo destinatario

En diciembre de 1998, la proporción del grupo de destinatarios con relación al número de familias afiliadas al SIS fue del 27.4%, en junio de 1999 es 26.6%. El objetivo inicial fue proteger al menos al 60% del grupo destinatario, para su cumplimiento han realizado varias actividades como son: campañas de información, visitas casa a casa y reuniones con los líderes y la población.

Las perspectivas del SIS no son alentadoras, si el número de afiliados no aumenta el sistema es inviable, por lo que se tomará una decisión al respecto en el corto plazo³⁶.

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

No se efectuó una selección de los paquetes que actualmente propone el SIS. El elemento tomado en cuenta fue la disponibilidad del servicio de primer nivel en la localidad que es subcentro de salud y el segundo (hospital Homero Castanier) y tercer niveles (hospital Vicente Corral Moscoso) de referencia del Ministerio de Salud. Son los mismos que cuando se inició el SIS.

Las principales decisiones al respecto fueron tomadas por el jefe de área quien aprobó la propuesta del asesor del proyecto APS.

El documento que existe es el protocolo de investigación operativa en donde se establece las prestaciones. Anexo n°1

³⁶ Está planificada una reunión en la que participarán los afiliados, los miembros del comité, el asesor del proyecto APS, el coordinador del área y el personal del subcentro de salud para decidir si el seguro comunitario continúa o no.

Cuadro n°20: Beneficios ofrecidos por el SIS

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Atención del parto	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no Programadas	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Atención ambulatoria programada	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Atención preventiva	A	NO	NO	NO	SI
Atención ambulatoria no programada	A	NO	NO	NO	SI
Todas					
Medicamentos	A	NO	NO	NO	SI*
Todos					
Transporte/evacuación	NO	NO	NO	NO	NO
Laboratorio/radiología	A	NO	NO	NO	SI
Otros: odontología, ecosonograma y tomografía³⁷	A	NO	NO	NO	SI

A: servicio accesible a los afiliados, no hay otro tipo de beneficiarios.

S: derivación obligatoria

- En casos puntuales de pacientes que necesitan medicamentos de especialidad, el médico tiene la facultad de comprar medicamentos que no están en el stock del subcentro de salud.

El SIS ofrece un paquete único y no hay cambios en el paquete de beneficios.

Los servicios cubiertos por el SIS son informados a los afiliados de manera verbal.

En el SIS de Solano no existe otro tipo de beneficiarios pues todos son afiliados. Mediante el pago de una cotización anual el afiliado tiene derecho a un paquete de beneficios único, que entra en vigencia inmediatamente después de su inscripción y por el que tiene derecho a recibir atención médica.

No se aplica co-pago ni tampoco periodo de espera.

³⁷ Si los pacientes son derivados al tercer nivel (Cuenca), el hospital dispone de ecosonograma y tomografía

Se utiliza un sistema de derivación. Para acceder al segundo nivel, hospital Homero Castanier en Azogues, por consulta de especialidad u hospitalización los afiliados deben ser referidos por el médico del subcentro de salud. Para el tercer nivel de atención, hospital Vicente Corral Moscoso en Cuenca, los pacientes deben ser referidos desde el hospital de Azogues. En casos de emergencia pueden acudir al nivel superior sin autorización. El SIS no participa en la decisión del médico y tiene que cubrir la consulta con medicamentos y los medicamentos en el caso de consulta u hospitalización en el segundo y tercer nivel; hasta el momento ningún paciente ha sido derivado al nivel superior, porque no se han presentado casos graves.

No existe cobertura para gastos no relacionados con los servicios médicos (transporte, alimentación, alojamiento, etc.). No existe autorización previa para el pago de algunas prestaciones.

Respecto al arbitraje para decidir la cobertura de los afiliados, hasta el momento no se han presentado casos, no existen normas explícitas al respecto, aunque manifiestan que es una responsabilidad conjunta – coordinador del área de salud, personal del subcentro de salud y miembros del comité de salud -.

Las únicas prestaciones otorgadas por el SIS son: consultas médicas con medicamentos y actividades odontológicas.

Cuadro n°21: Prestaciones otorgadas por el SIS

Prestaciones	Monto total			
	abril– diciembre 1998		Enero- junio 1999	
	N°	Monto	N°	Monto
Consulta médica con medicamentos	550	S./5228262	282	S./ 2878934
		US\$ 475.2		US\$ 261.7
Actividades odontológicas	48	92160	NI*	-

*No hay información disponible porque el odontólogo estaba ausente

El monto de consultas médicas con medicamentos corresponde solamente al gasto en medicamentos recetados a los pacientes, las actividades odontológicas en cambio se refieren al costo de materiales e insumos, ya que los sueldos de todo el personal del subcentro paga el Ministerio de Salud Pública. Tanto las consultas como actividades de odontología fueron realizadas en el subcentro de salud de Solano, los otros niveles de atención no han sido utilizados hasta el momento.

No hay cambios en el paquete ofrecido.

2.2 Pago de las prestaciones

Para proporcionar las prestaciones al afiliado, el SIS utiliza la modalidad de pago a cargo de terceros (el prestador le cobra directamente al seguro), esta fórmula no difiere según el

tipo de servicio cubierto (consulta con medicamentos y odontología) porque en ninguno de los casos se aplica co-pago.

En el caso de que no el afiliado no haya tenido autorización por ejemplo en emergencias, el pago se lo hace a través de la jefatura de área porque queda en la misma ciudad pero no se han presentado casos.

El afiliado no paga directamente al prestador.

El procedimiento a seguir para el procesamiento de las solicitudes de reembolso es el siguiente: mensualmente la auxiliar de enfermería informaba los gastos en medicamentos realizados en el mes en el subcentro de salud y el tesorero del comité realizaba los desembolsos correspondientes para la compra de medicamentos, no existe solicitudes de los otros niveles de atención porque no fueron utilizados. Desde marzo del 1999 la auxiliar compra los medicamentos sin informar al tesorero.

El prestador es supervisado por el nivel superior (área de salud), el coordinador del área verifica la información de medicamentos y materiales e insumos de odontología.

Cuando el afiliado no ha pagado el saldo en los tres meses estipulados, queda excluido de los beneficios del seguro, ésta medida fue implementada en abril de este año.

No existen solicitudes de reembolso rechazadas ni reembolso a los afiliados.

Existe un registro diario de los pacientes atendidos en el que consta el tipo y costo de los medicamentos recibidos por el afiliado, el mismo registro es utilizado por el SIS y el cobro por episodio (Anexo nº5). El registro de atención de actividades odontológicas se lo hace independientemente y está a cargo del odontólogo³⁸.

Las prestaciones solicitadas por pacientes crónicos son proporcionalmente más importantes que para los agudos. Existen 32 pacientes crónicos conocidos que acuden al subcentro de salud de Solano de los cuales 30 están afiliados al SIS desde abril 1998 a diciembre de 1998³⁹. En este periodo el costo promedio por consulta del paciente agudo es de 5327.7 (\$US 0.48), mientras que el costo promedio del paciente crónico es de 13841 (US\$ 1.25).

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

El SIS no pone a disposición del afiliado un sistema de crédito o ahorro para la salud, ni tampoco ha previsto ofrecer este tipo de servicios.

³⁸ No fue posible obtener los registros de odontología porque el odontólogo estaba ausente, por lo que no se dispone de esa información.

³⁹ Informe de pacientes crónicos del subcentro de salud.

b) Oferta de atención médica

El SIS no provee servicios médicos directamente. El único proveedor de servicios en Solano es el subcentro de salud perteneciente al Ministerio, el segundo y tercer nivel están ubicados en Cuenca y Azogues, dichos servicios existían antes del SIS.

Los servicios son para toda la población. Difieren las condiciones de pago, los no afiliados deben pagar por episodio de enfermedad S./ 15000. La atención que presta el subcentro de salud es la misma que en cualquier otro subcentro del país.

Para poner en marcha el SIS no fue necesario un financiamiento especial y actualmente los medicamentos y materiales e insumos odontológicos son financiados con las cotizaciones aportadas por los afiliados, para el resto de la población se financia con el cobro por episodio. Los sueldos del personal de salud son responsabilidad del MSP.

Hasta el momento no se ha constituido una entidad jurídicamente independiente para la actividad de oferta de atención médica.

c) Prevención y educación para la salud

El comité de salud promueve actividades de prevención y educación para la salud, están dirigidas a toda la población y son responsabilidad del subcentro de salud. No se reportan actividades específicas de prevención o educación para la salud desde el inicio del SIS, tampoco promueve actividades especiales para grupos en mayor desventaja como ancianos o minusválidos.

d) Otro tipo de servicios

El SIS no proporciona otro tipo de servicios aparte de la atención médica.

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS

a) Cotizaciones

La cotización es anual, hay un incremento y un cambio en la fórmula de cotización, desde mayo del 1999 se aplica un esquema diferencial por persona según el número de miembros de la familia y es el siguiente:

Familia: 1 miembro	S/. 90000 por persona US\$ 8.1
Familia: 2 miembros	S./ 80000 por persona US\$ 7.3
Familia: 3 miembros	S./ 70000 por persona US\$ 6.3

Familia: 4 miembros S./ 60000 por persona US\$ 5.5

Familia: 5 miembros o más S./ 50000 por persona US\$ 4.5

Deben abonar el 50% en efectivo al momento de la inscripción y el plazo para pagar el saldo es tres meses.

Adicionalmente en abril de 1999 se ajustó temporalmente la cotización a 50000 sucres. Los últimos afiliados en 1998 debían pagar 20000 sucres más para continuar recibiendo atención médica. Esta medida fue aplicada por el incremento en los precios de los medicamentos para reflotar el sistema. Responde a la elevación de la tasa de inflación provocada por las medidas económicas tomadas por el gobierno de turno.

El aumento en la cotización y los cambios en la fórmula de cotización por persona según el número de miembros por familia no implicaron variaciones en el paquete ofrecido.

No existen afiliados exentos del pago de cotizaciones, como funciona paralelamente el cobro por episodio las exoneraciones de dos indigentes en 1998, fueron financiadas con el excedente del cobro por episodio.

Además de los afiliados nadie aporta cotizaciones.

El monto actual de las cotizaciones fue determinado por el asesor del proyecto APS y recomendado al área de salud y responde a un ajuste por inflación en los precios de los medicamentos e insumos.

Las cotizaciones son abonadas en efectivo y se pagan a la auxiliar de enfermería, al inicio era al tesorero del comité de salud.

Para el pago de cotizaciones no hay periodicidad, es un pago anual fraccionado: una parte al momento de la afiliación y el saldo en tres meses. Las afiliaciones son renovadas al fin del año, 12 meses calendario, durante el mes, no se especifica el día exacto.

No se entrega un recibo a los afiliados en el momento del pago de la cotización, pero el pago se registra en la hoja de inscripción y en un cuaderno. En la hoja de inscripción consta la fecha de inscripción, la cantidad abonada, el saldo pendiente; cuando cancela se añade la fecha en la que se efectúa la cancelación. (Anexo n°6)

Sí los afiliados no abonan el saldo correspondiente el personal del subcentro de salud incentiva verbalmente el pago en el momento en que el afiliado acude a recibir atención médica, el comité de salud también estimula a los afiliados en forma verbal a que cumplan con la obligación adquirida, también la iglesia incentiva a los afiliados a que paguen. Sí los afiliados no pagan están excluidos.

Cuadro n°22: Monto total de las cotizaciones recibidas

Origen	Monto total	
	Abril – diciembre de 1998	Enero – junio 1999
Cotizaciones recibidas de los afiliados (ingresos)	S./ 7345000 \$US 667.7	S./ 4090000 \$US 371.8
egresos*(enero-mayo 1999)	S./ 5228262 US\$ 475.29	*2878934 US\$ 261.7

El monto de cotizaciones debía ser revisado periódicamente de acuerdo al modelo establecido, sin embargo, este procedimiento no se realizó, los cambios responden a un ajuste por inflación.

Los principales cambios en el cálculo y monto de las cotizaciones fueron importantes. Se incrementó de 30000 sucres anuales por persona a un promedio de 70000 sucres anuales por persona y además se estableció un esquema diferencial por persona según el número de miembros por familia. Estos cambios se efectuaron por el incremento en los precios de los medicamentos e insumos de odontología ya que no se ha utilizado los otros niveles porque no se han presentado caso. Los cambios fueron recomendados por el asesor del proyecto APS y decididos en la jefatura de área. No implicaron cambios en el paquete de beneficios ofrecidos por el SIS.

b) Cuota de afiliación, parte del capital social

Para ser considerado afiliado y tener derecho a las prestaciones no es necesario pagar una cuota de afiliación o derechos de admisión.

c) Contribuciones financieras del Estado (instituciones de derecho público, por ejemplo, regiones, provincias, municipalidades, etc.) y de las colectividades locales.

El Estado y la colectividad no realizan ningún aporte financiero al SIS. Implícitamente, desde el inicio, el Estado, a través del MSP subvenciona al SIS con el pago de sueldos de todo el personal de salud, insumos y la estructura física y equipamiento del subcentro.

d) Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes.

El proyecto APS apoya con asistencia técnica y financiera pero no es específica para el SIS, su aporte está previsto hasta marzo del 2001, fecha en la que terminará su intervención en el área. Además, el cobro por episodio que se mantiene paralelamente al SIS, de los 15000 sucres por paciente, S./1000 son destinados al comité de salud los cuales sirven para cubrir ciertos gastos de funcionamiento del subcentro de salud, lo que no sucede con el SIS.

e) Préstamos y Créditos

El SIS no solicitó, recibió préstamos o créditos.

f) Transferencia de fondos de parte de la organización responsable del SIS

En el financiamiento del SIS, la contabilidad está claramente separada del cobro por episodio y no se prevé cambios en este sentido. Hasta el momento no se reporta transferencias al SIS de ninguna clase.

g) Otros

No existen otras fuentes de financiamiento del SIS.

3.2 Costos

El monto pagado por prestaciones son: consulta médica con medicamentos y actividades odontológicas realizadas en el subcentro de Solano (I nivel), los otros niveles no han sido utilizados. El monto pagado en el primer ejercicio por consulta médica con medicamentos fue 5228262 sucres (US\$ 475.2) y por actividades odontológicas fue 92160 sucres (US\$ 18.4). En el último ejercicio solo se tiene datos de consulta médica con medicamentos y es 2878934 sucres (US\$ 261.7), no fue posible obtener información de las actividades odontológicas porque el odontólogo no estuvo presente.

No se realizó un cálculo de los costos de administración ni promoción, el subcentro asume como parte de sus actividades.

En promoción las hojas volantes, perifoneo, etc. fueron costeados por el proyecto APS en el primer ejercicio pero la información es aproximada pues son parte de la asistencia técnica y financiera a toda el área de salud.

3.3 Excedentes y distribución de los excedentes

El SIS no tiene estatus jurídico sin embargo implícitamente está definida como una organización sin fines de lucro, únicamente se realiza recuperación de costos. No hay acuerdos escritos con relación a las posibilidades de distribución de los excedentes del SIS únicamente el acuerdo de que lo recaudado servirá para financiar el SIS, con relación al cobro por episodio será utilizado para las cubrir las necesidades del subcentro de salud. El excedente en diciembre de 1998 fue 211678 (US\$ 423.3).

3.4 Fondos de reserva

El SIS no dispone de fondos de reserva, no se ha determinado obligaciones legales respecto a los meses de funcionamiento que cubre o referentes a la inversión de este fondo.

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

Los afiliados solo pueden recurrir a los prestadores autorizados. El primer nivel en el subcentro de Solano y para recibir atención en los otros niveles necesitan derivación, excepto en el caso de emergencia. Los otros niveles, en casos de emergencia o con la transferencia respectiva, son: Hospital Homero Castanier en Azogues y Vicente Corral Moscoso en Cuenca, los cuales pertenecen también al Ministerio de Salud Pública. Los afiliados son informados verbalmente sobre los prestadores a los que pueden recurrir para tener derecho a las prestaciones. No se han presentado casos hasta el momento.

Cuadro n°23: Prestadores autorizados por el SIS

Nombre /Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel	Tipo de servicios ofrecidos	Fecha de autorización
Subcentro de Salud	Solano	Estatal M.S.P.	I	Curativos*: medicina general, emergencias Preventivos: inmunizaciones, control escolar, niño sano, embarazo, etc.	Marzo 1998
Hospital Homero Castanier	Azogues	Estatal M.S.P.	II	Curativos* Especialidad: Cirugía, Medicina interna, pediatría, traumatología Laboratorio RX y ultrasonido	Acuerdo verbal
Hospital Vicente Corral Moscoso	Cuenca	Estatal M.S.P.	III	Todas las especialidades, TAC	Acuerdo verbal

M.S.P. Ministerio de Salud Pública

TAC: tomografía axial computarizada.

*Consulta médica con medicamentos.

El subcentro depende del Ministerio de Salud, técnica y administrativamente del área 1 de Azogues, su capacidad resolutoria es de primer nivel, la auxiliar de enfermería es

permanente, mientras el médico y la enfermera son contratados anualmente con fondos FONNIN⁴⁰.

Además existen tres dispensarios del seguro social campesino ubicados en las zonas aledañas.

En el primer nivel no existe otros prestadores, en el segundo nivel existen varios prestadores públicos y privados con fines de lucro.

El criterio adoptado para elegir a los prestadores autorizados fue la disponibilidad del subcentro de salud y los niveles de referencia del ministerio, no hubo elección. Todos los prestadores autorizados pertenecen al Ministerio de Salud Pública y no han convenido precios ni contratos con el SIS. Para el segundo nivel se pensó en convenir un precio fijo por paciente referido, independientemente de la atención recibida, este procedimiento no se ha concretado.

No existen problemas de disponibilidad de algunos servicios médicos cubiertos por el SIS. En 1998 tuvieron problemas con odontología, el problema fue solucionado mediante la contratación temporal de un odontólogo, el pago del salario del odontólogo se lo realizó con el excedente del cobro por episodio.

4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS

No existen convenios por escrito, pero si el acuerdo y compromiso de prestar atención médica, descrita en otros acápite, a los afiliados por un monto anual determinado. No conceden ventajas particulares para el SIS.

No hay acuerdos anulados con prestadores.

Los prestadores verifican el derecho a la prestación, solicitan la tarjeta de identificación previa a la atención médica.

Hasta el momento no se han realizado actividades particulares para recoger la opinión de los afiliados con relación a la calidad de atención proporcionada.

El comité de salud y el personal del subcentro mantienen reuniones mensuales, el objetivo fundamental es información de las actividades, problemas.

El comité de salud participaba en la planificación de actividades del subcentro de salud, en los últimos meses esta relación ha sido suspendida, está previsto realizar elecciones para renovar el comité de salud ya que fue nombrado en 1996.

⁴⁰ Fondo de nutrición para niños, aprobado mediante ley y destinado a alimentación y salud de los niños por lo que son ejecutados a través del Ministerio de Bienestar Social, Educación y Salud. El Ministerio de Salud ha utilizado estos fondos para contratación de personal temporal, en el último año los contratos de personal mediante este mecanismo han disminuido pues están son destinados al objetivo para el cual fue creado que es nutrición infantil.

No existen mecanismos a través de los cuales se ofrezca incentivos al personal médico.

4.3 Pago a los prestadores

La modalidad utilizada para el pago de prestadores (consulta con medicamentos y odontología) es cápita mensual para el nivel I, los otros niveles no han sido utilizados porque no han ocurrido enfermedades graves. Este modo de facturación no ha sufrido variaciones.

La pertinencia de las facturas es verificada por el coordinador de área y el tesorero del comité realiza el desembolso respectivo después de verificar la suma solicitada, este procedimiento fue realizado hasta marzo de 1999; desde entonces la auxiliar prescinde del tesorero y realiza la recaudación de las cotizaciones y con ese dinero compra los medicamentos en el área.

El pago a los prestadores es inmediato, se lo realiza cada mes.

5. Administración y gestión del SIS

5.1 Estatutos y reglamentos

El SIS no tiene personería jurídica ni estatutos hasta el momento, tampoco reglamentos.

5.2 Organización de la gestión del SIS

La gestión global del SIS está a cargo del comité de salud y el subcentro de salud. El subcentro de salud depende técnica y financieramente del área de salud por lo que en la práctica participan los dos niveles: subcentro y área de salud; sus responsabilidades según niveles son: atención médica, supervisión y asistencia técnica respectivamente. El comité tiene a cargo principalmente la contabilidad y el manejo de fondos recaudados por las cotizaciones. Los beneficiarios no participan en la gestión del SIS.

El aseguramiento y los servicios de atención médica tienen gestiones separadas desde el inicio de la experiencia.

El SIS no tiene unidades diferentes ni distintos órganos de gestión. El comité de salud y el subcentro de salud están localizados en Solano.

El personal del subcentro es contratado por el Ministerio de Salud, los miembros del comité fueron elegidos por la comunidad en 1996. La proporción de mujeres es 75% en el personal subcentro de salud y 25% en el comité de salud.

Cuadro n°24: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto	Asalariado benévolo	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
Tesorero del Comité	No asalariado	1996	Profesor de escuela primaria	Recaudación de* cotizaciones Manejo de fondos

* Hasta febrero 1999

Las principales tareas del tesorero del comité de salud fueron: recaudación de cotizaciones y manejo del dinero que era guardado por en su casa. Actualmente estas actividades realiza la auxiliar de enfermería, la recaudación de cotizaciones desde el año pasado y el manejo del dinero que es utilizado para compra de medicamentos desde marzo de 1999.

Cuadro n° 25: Otro personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje de tiempo consagrado al SIS	Principales tareas
Médico	1	MSP	50%	Atención médica
Enfermera	1	MSP	50%	Postconsulta Inmunizaciones Informes
Aux. enfermería	1	MSP	50%	Inscripción de afiliados Cobro de cotizaciones Manejo de medicamentos
Odontólogo	1	MSP	50%	Atención odontológica
Coordinador de Área	1	MSP	10%	Asesoría Supervisión Capacitación
Jefe de Área	1	MSP	5%	Seguimiento
Voluntarias ⁴¹	14	No	30%	Visitas

MSP: Ministerio de Salud Pública

Los miembros del Comité de Salud no son remunerados o indemnizados por sus actividades. Las voluntarias de salud tienen derecho a recibir atención en el subcentro de salud al igual que sus familiares (padres, esposo e hijos) como recompensa por sus actividades.

⁴¹ Son personas de la comunidad de Solano que reciben capacitación y realizan algunas actividades de apoyo en el subcentro de salud como son visitas domiciliarias, apoyo al médico y la enfermera en actividades de consulta, limpieza del subcentro etc. En el momento de la investigación realizaban el censo poblacional por el que reciben una bonificación.

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

Los afiliados son informados acerca de sus derechos, obligaciones y las prestaciones el momento de la inscripción, además las voluntarias de salud realizan visitas domiciliarias e informan acerca del seguro. El material informativo, al momento, se limita un cartel con el monto de las cotizaciones en la sala de espera del subcentro de salud.

No existen estatutos en los cuales se prevea el papel de los afiliados en la selección de los servicios, monto o modalidades de pago de las cotizaciones, selección de prestadores o responsables ni en la distribución de excedentes o la evaluación del funcionamiento del SIS.

No se han realizado asambleas pero el comité se reunía cada mes hasta diciembre de 1998. El comité fue electo como representante de la comunidad cuando se implementó el cobro por episodio, posteriormente asumió también el papel de representante de los afiliados, no por elección sino por continuidad, según el coordinador del área la participación de los miembros del comité de salud fue muy activa pero se ha debilitado en este año, debido principalmente a que están en funciones cuatro años, la renovación de los miembros del comité de salud es muy importante.

Pedidos de información o reclamos son canalizados a través del comité de salud, hasta el momento no se han presentado casos.

5.4 Gestión de las disponibilidades

Los únicos gastos que se realizan son por medicamentos. La auxiliar de enfermería informa de los gastos y solicita al tesorero el desembolso respectivo⁴²; todas las transacciones se hacen en efectivo.

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

a) Registro contable

El SIS dispone de una contabilidad independiente del cobro por episodio, en donde se registra los ingresos y egresos. (Anexo n°7).

Los responsables: auxiliar y tesorero del comité de salud no tienen formación especial en contabilidad, la primera es bachiller y el segundo profesor de escuela. No han recibido formación especial para desarrollar esta actividad.

⁴² Esta modalidad se mantuvo hasta marzo del presente año, en los últimos tres meses el tesorero no ha participado ni autorizado los desembolsos.

b) Información sobre afiliados, cotizaciones y prestaciones

Desde el inicio de las actividades el SIS cuenta con:

Ficha de afiliación
Carnet de identificación
Registro de afiliados
Registro de seguimiento de prestaciones

c) Instrumentos de gestión

Para la gestión del SIS no se estableció un presupuesto ni hay un balance de resultados. Los indicadores de funcionamiento se establecen mensualmente al igual que la contabilidad. Anexo n°8

El sistema de información es manual y posteriormente algunos datos como ingresos, egresos, consultas son procesados en la jefatura de área mediante procesos informáticos.

Es posible conocer: ingresos por cotizaciones 4090000 sucres (US\$ 371.8) 1999.

Los informes de actividad son elaborados mensualmente para todas las actividades del Subcentro de salud y no exclusivamente para el SIS.

d) Formalización de los procesos de gestión

Para el funcionamiento del SIS se utiliza:

Ficha de inscripción de afiliación
Lista de afiliados
Carnet de identificación
Recibo de pago de las prestaciones (prepago). Anexo n° 9

5.6 Función de Control

Los controles internos practicados son: control de contabilidad, control de pago de cotizaciones, control de afiliación y se efectúan con regularidad. El control de contabilidad lo efectúa el coordinador de área al igual que el control de la facturación por medicamentos e insumos de odontología; el control de pago de cotizaciones lo realiza el personal del subcentro de salud.

No se realiza auditoría externa del SIS.

5.7 Distribución de funciones

Cuadro n°26: Distribución real de funciones

	Organos del SIS Comité de Salud	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos	Área de Salud	NA*
Gestión de prestaciones							
¿Quién decide los paquetes de beneficios?			X	X		X	
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	X						
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?			X				
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)			X			X	
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones							
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?							X
¿Quién actualiza los registros de afiliados?			X				
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?			X				
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	X		X				
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?				X		X	
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?						X	
¿Quién recauda las cotizaciones?	X		X				
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?			X				
Gestión de relaciones con los prestadores							
¿Quién elige a los prestadores?							X
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?						X	
¿Quién retira la autorización a un prestador?							X
¿Quién decide el pago a los prestadores ?	X		X				
Contabilidad y gestión financiera							
¿Quién efectúa los registros contables?			X				

	Organos del SIS Comité de Salud	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos	Área de Salud	NA*
¿Quién prepara el presupuesto?							X
¿Quién elabora el sistema de administración contable?			X				
¿Quién elabora los estados de resultado?							X
¿Quién establece el balance?			X				
¿Quién calcula los indicadores financieros?							X
¿Quién propone la distribución del excedente?							X
¿Quién decide la distribución del excedente?							X
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	X					X	
¿Quién cobra los créditos?							X
¿Quién decide las inversiones financieras?							X
¿Quién autoriza los gastos?	X					X	
¿Quién administra la caja?	X		X				
Control							
¿Quién controla la caja?						X	
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?						X	
¿Quién controla a los beneficiarios?	X						
¿Quién controla el pago de cotizaciones?			X				
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?			X				
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	X						
¿Quién efectúa el control médico?						X	
¿Quién sanciona los fraudes?	X		X				
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?						X	
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario							
¿Quién decide convocar la asamblea general?							X
¿Quién organiza la asamblea general?							X
¿Quién designa a los responsables?							
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los	X		X				

	Organos del SIS Comité de Salud	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos	Área de Salud	NA*
paquetes de beneficios?							
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?			X				
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	X		X				

*NA: no aplicable

Con relación a la formación recibida por los responsables y el personal, no existen actividades de formación específicas, el personal del subcentro es supervisado regularmente por el personal del área de salud. Durante las supervisiones se realiza capacitación de acuerdo a las necesidades detectadas como: manejo de formularios, uso racional de medicamentos, etc.

Cuadro n°27: Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

Beneficiarios directos de la formación	Objetivo de la formación	Duración (período de las actividades de formación)	Organizaciones o personas que realizaron la formación	Financiamiento
Personal del Subcentro de Salud Miembros del Comité	No específico	Permanente, capacitación en servicio	Área de salud	Proyecto APS, MSP

5.8 Equipamiento e infraestructura

El comité no dispone de local propio. El local en donde funciona el subcentro es del Ministerio de Salud, dispone de un consultorio médico, un consultorio odontológico, sala de preparación, sala de postconsulta, farmacia, cocina, servicios higiénicos y un espacio de sala de espera que puede ser utilizado para varias actividades. El equipamiento corresponde al nivel de complejidad: instrumentos básicos como tensiómetro, esterilizador, cama ginecológica, escritorios, archiveros, estanterías, sillas, etc.

No tiene otro equipamiento como equipo informático, teléfono, fax, vehículos. Si es lo necesitan usan los equipos del área de salud disponibles en Azogues.

6 Actores en relación con el SIS

6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

El SIS no participa en un mecanismo de reaseguro o fondo de garantía

6.2 Estructuras de Asistencia Técnica

El proyecto APS es la organización que desde 1994 presta asistencia técnica al área 1 de Azogues y terminará su intervención en marzo del 2001. La asistencia técnica ha sido permanente pero no exclusiva para el SIS. El aporte del asesor fue muy importante desde el cobro por episodio y en la investigación operativa que originó el SIS, la transferencia de responsabilidades está orientada a que el personal del área de salud asuma directamente toda la asistencia técnica en lo referente al SIS y todas las actividades desempeñadas por los asesores del proyecto.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social.

El SIS no tiene ninguna relación con sindicatos, sin embargo el personal del Ministerio de Salud –médico, odontólogo, enfermera y auxiliar de enfermería- pertenece a los gremios respectivos.

El comité de salud no es miembro de estructuras federativas o de otro tipo, tampoco estableció o tiene previsto establecer relaciones con cooperativas, asociaciones o mutuales.

6.4 Otros actores

El SIS, según el coordinador, tiene una relación de competencia con el Seguro Social Campesino, el 36% de los afiliados al SIS son afiliados al Seguro Social Campesino. Con otros actores locales han tenido relaciones puntuales por ejemplo los alumnos del colegio realizaron el censo de 1997. La iglesia es importante en la vida de la comunidad por lo que han mantenido una estrecha relación con el párroco quién tiene un papel importante en la convocatoria a reuniones de los afiliados.

Con la junta parroquial que es la representante del gobierno local –Municipio de Deleg- en Solano, no han mantenido vínculos especiales. Actualmente el Teniente Político es también presidente del Comité.

VI. Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud

1. Dinámica de afiliación

1.1 Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario

	1998	1999
Afiliados / grupo destinatario	28.27%	23.59%

1.2 Tasa de crecimiento del número de afiliados

Tasa de crecimiento	-16.55%
---------------------	---------

1.3 Porcentaje de afiliados que permanecen en el sistema el año siguiente

Porcentaje de familias	48.21%
------------------------	--------

2. Utilización de servicios

2.1 Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios

Número promedio de consultas por beneficiario	189.65%
---	---------

2.2 Relación entre los números promedio de utilización de los servicios por los beneficiarios y los no beneficiarios

Relación entre los números promedio de utilización de los servicios por los afiliados y los no afiliados	257.08
--	--------

2.3 Relación entre el costo medio de servicios (medicamentos) por beneficiario y no beneficiario

Relación del costo por servicios del beneficiario y no beneficiario	0.94893
---	---------

3. Financiamiento y situación financiera

3.1 Excedente o déficit (ingresos y egresos)

Excedente /déficit	S./ 2116738
--------------------	-------------

3.2 Porcentaje de cotizaciones recaudadas

Cotizaciones	84.42%
--------------	--------

3.3 Relación de liquidez inmediata

Liquidez mayo 1999	S./ 3327804
--------------------	-------------

3.4 Relación cotizaciones devengadas/ egresos

Cotizaciones devengadas/egresos	1.66
---------------------------------	------

3.5 Relación prestaciones/cotizaciones

Prestaciones/cotizaciones	0.60
---------------------------	------

4. Participación de los afiliados

1. Frecuencia de reuniones del Comité de Salud

1 cada mes en 1998

VII. Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

En este capítulo se presente el punto de vista de los diferentes actores implicados en el funcionamiento del SIS.

1. Procesos de evaluación

La opinión de los beneficiarios no ha sido obtenida en encuestas o reuniones formales, según el coordinador de área, el comité de salud es el representante de la comunidad y a través de él se conoce la opinión de los afiliados.

Las evaluaciones internas son realizadas mensualmente, no son específicas para el SIS sino que incluyen todo el funcionamiento del subcentro de salud, los principales elementos evaluados son los indicadores de producción que son analizados por la directora provincial de salud, el coordinador y el jefe de área y comunicados al personal del subcentro de salud. Hasta el momento no se han realizado evaluaciones externas.

En enero se realizó una evaluación en la que se detectó un uso irracional de medicamentos, el comité fue informado pues se debía a una exigencia de los afiliados para recibir medicación, especialmente vitaminas, por el simple hecho de estar afiliados. Anexo n°10

Los afiliados no están asociados a las evaluaciones pero son informados. No se realizan esfuerzos particulares para informar de las evaluaciones a los afiliados, se informa al comité de salud.

2. Punto de vista de los responsables

2.1 Puesta en marcha del SIS

Los principales factores de éxito señalados son la participación comunitaria, racionalidad en la prescripción médica, gran aceptación del médico y confianza de toda la comunidad al personal de salud.

Las principales dificultades no son exclusivas del SIS sino que se desprenden del panorama macroeconómico del país, entre las principales tenemos: inflación, e incremento de los precios de medicamentos. Otra dificultad es la competencia con el Seguro Campesino que ofrece un paquete de beneficios amplio que incluye jubilación y que el SIS no podrá ofrecer, nunca se ha pensado en competir con el Seguro Social Campesino.

Una de las dificultades que pueden enfrentar con éxito es el abastecimiento oportuno de medicamentos, consiguen precios con descuentos que llegan al 75% del precio del mercado, al comprar en grandes volúmenes para toda el área les permite este descuento.

2.2 Dinámica de afiliación

La dinámica de afiliación ha sido comprendida por la mayoría de afiliados, conocen los beneficios que alcanzan mediante el pago de una cantidad preestablecida por todo el año.

Los principales factores que limitan la afiliación son: económico y la presencia del Seguro Social Campesino en la zona. Los principales temores son: que las cotizaciones se incrementen y que el médico salga del subcentro.

No se ha previsto cambiar el grupo destinatario. Los afiliados no renuevan su afiliación por el incremento de la cotización.

Según el personal del subcentro los principales motivos de satisfacción de los afiliados son la seguridad de que recibirán atención médica, buen trato y que los medicamentos están disponibles en el momento de la consulta. En cambio la insatisfacción se manifiesta por la ausencia de algunas especialidades en el segundo nivel, no pueden acceder directamente al tercer nivel y también porque odontología solo presta atención dos días por semana.

Las medidas adoptadas para reducir la insatisfacción son principalmente educación y en casos especiales el médico puede comprar medicamentos de especialidad directamente para entregar al afiliado.

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

El SIS permitió mejorar el acceso a atención médica, indicadores que así lo demuestran son incremento del número de primera consultas por habitante año y consultas subsecuentes.

El paquete de atención médica es completo por lo que corresponde a las necesidades prioritarias de salud de los afiliados.

En el primer ejercicio el incumplimiento en el pago de las cotizaciones constituyó un problema por lo que se adoptó como medida la exclusión del afiliado moroso.

Según el personal de salud, hay pocos afiliados interesados en actividades de prevención y educación, la mayoría desea únicamente los medicamentos.

La calidad de atención mejoró con el cobro por episodio y se expresa en el incremento del número de consultas subsecuentes.

No existen problemas de acceso a los servicios cubiertos, sin embargo llama la atención el hecho de que no hay casos derivados al segundo o tercer nivel cubiertos por el SIS.

El único prestador de primer nivel es el subcentro de salud, el origen del SIS está basado en mejorar la cobertura de los servicios de salud del Ministerio no se ha pensado en otros prestadores.

Las facturas no son cuestionadas por el SIS, en los últimos meses el subcentro cobra cotizaciones y realiza la compra de los medicamentos directamente en el área de salud. No se ha pensado en adoptar otro tipo de facturación. Sin embargo se espera renovar el comité de salud para que nuevamente participe en las actividades del SIS.

2.4 Pago de cotizaciones

El atraso en el pago de cotizaciones se presentó al inicio cuando el tesorero realizaba las inscripciones, esa es una razón esgrimida por el personal del subcentro de salud para que, en la actualidad, la auxiliar de enfermería realice la inscripción y el cobro de cotizaciones. Según el personal del subcentro el tesorero realizaba muchas actividades y no era posible localizarlo en su casa la mayor parte del tiempo, esto impedía que se realicen los pagos cuando el afiliado quería hacerlo.

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

El nivel de cotización y paquete de beneficios está sustentado para el gasto de medicamentos, el SIS recibe una importante subvención del Estado por pago de sueldos y salarios al personal del subcentro y dotación de suministros. Al elevarse el precio de los medicamentos tuvieron dificultades por lo que incrementaron también el monto de la cotización.

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

Desde el principio se consideró necesario establecer como requisito la afiliación de toda la familia para disminuir la selección adversa. La selección adversa existe, el número de pacientes crónicos afiliados al sistema es el mismo a final del primer ejercicio y en la actualidad. Se conoce que existen 32 crónicos conocidos en el subcentro de salud de los cuales el 93.75% están afiliados lo cual corresponde al 11% del total de afiliados en el primer ejercicio. Otra medida aplicada es el establecimiento de cotizaciones diferenciales según el número de miembros por familia. No se prevé otras medidas.

El control social a través del comité de salud desempeña un importante papel en la vigilancia del riesgo moral, es una comunidad pequeña en la que todos se conocen. No es un problema serio para el funcionamiento del SIS por lo que no se consideran otras medidas.

No existen modalidades de gestión. Para limitar el aumento de los costos, se menciona que se educa a la población ya que se detectó que el costo en el SIS se incrementó por uso irracional de medicamentos. No se considera otras medidas.

El SIS no cuenta con otro soporte, como toda investigación operativa financiada por el proyecto APS cuenta con su respaldo técnico y económico.

No participa en un fondo de reaseguro o garantía y no está previsto hacerlo.

2.7 Fraudes

Los fraudes detectados hasta el momento son pocos y se refieren a la inscripción de una persona cuando en realidad existen otros miembros en la familia y también algunos casos en los que no pagaron toda la cotización. El comité de salud ejerce cierto control social ya que conocen a toda la comunidad, sin embargo en los últimos meses este papel ha decrecido. Por otro lado se adoptaron medidas en las cotizaciones ya descritas. No se conoce la existencia de fraudes a nivel de prestadores, los miembros del comité de salud tienen confianza en el personal de salud.

2.8 Administración y gestión

La legislación y el marco regulador pertinente no se aplican ya que al ser un proyecto de investigación auspiciado por el Convenio de Cooperación Ecuador y el Reino de Bélgica tienen cierta autonomía. El SIS no posee estatuto jurídico.

La compra de medicamentos y materiales de odontología es realizada en el área de salud, el proceso es más ágil y los precios son mejores.

El nivel participación del comité de salud, hasta hace unos meses, fue satisfactorio.

Al inicio de las actividades, la enfermera y la auxiliar no querían asumir las responsabilidades asignadas porque representaba mayor trabajo. En la actualidad este problema ha sido superado; tanto el médico como el coordinador conversaron con ellas y las convencieron de la importancia de su trabajo para el éxito del SIS.

El sistema de información utilizado responde a las necesidades del SIS, una mejora importante sería disponer de una computadora.

Hasta el momento no han cambiado los responsables, está previsto reactivar al comité de salud en un futuro inmediato.

2.9 Relaciones con el Estado (nacional, subnacional y local)

A nivel nacional o local, el Estado no ha interferido con el funcionamiento del SIS. El apoyo del Estado que recibe el SIS es muy importante (pago de sueldos del personal de salud, insumos, infraestructura y equipamiento) por lo que es muy importante para la propia existencia del SIS. El área de salud y proyecto son considerados modelos por la Dirección Provincial de Salud.

2.10 Funcionamiento global

No se ha previsto introducir nuevos servicios pero consideran necesario analizar con el comité de salud el funcionamiento del SIS y encontrar alternativas que les permita incrementar el número de afiliados, si no se incrementa, el SIS está en peligro de subsistir por el incremento exagerado en los precios de los medicamentos.

Los puntos fuertes son la participación de la comunidad, eje en el cual está asentado el proyecto. Para mejorar el funcionamiento se considera a la educación y promoción del SIS.

3 Punto de vista de los beneficiarios (afiliados)

El SIS no ha recogido de manera sistemática la opinión de los afiliados, para tener un acercamiento de este punto se recurrió a una reunión en horas de la mañana en la que participaron alrededor de 20 afiliados, la mayoría mujeres. Además se entrevistó a cuatro familias que esperaban ser atendidas el momento en que se realizó el estudio, por lo tanto no constituye una muestra representativa.

De las opiniones recogidas se desprende que para el grupo entrevistado, el SIS si ha mejorado el acceso a atención médica y el paquete ofrecido cubre sus expectativas, se califican de pobres que no tienen acceso a otro tipo de atención médica.

Unos conocen normas mínimas de funcionamiento pero consideran que hasta el momento ha sido bien administrado y resaltan la confianza al personal de salud sin embargo desconocen el papel del comité en el funcionamiento global; algunos desconocen que tienen derecho a atención en el segundo y tercer nivel. Todos expresan estar satisfechos con respecto a la calidad de atención médica.

Con relación al financiamiento saben que hay una institución extranjera que apoya el SIS. En todo caso están conscientes que el beneficio que obtienen –atención médica y medicamentos- es mayor en comparación con el pago que realizan; el nivel de las cotizaciones es caro pero resulta más barato que pagar por episodio de enfermedad y ventajoso pues no siempre tienen dinero cuando están enfermos.

Uno de los problemas es la cotización que deben pagar, pues el incremento les afecta aunque algunos estarían dispuestos a pagar más.

Uno de los problemas manifestados y que afecta al SIS es que no hay unión de los moradores, muchos no quieren participar.

4 Punto de vista de los prestadores de atención médica

Para los prestadores el SIS ha mejorado la salud de los afiliados, se incrementó el número de consultas, hay mayor demanda y exigencia de medicamentos como vitaminas con

relación a los no afiliados. No se observa cambios de comportamiento sobre la percepción que tienen los afiliados con respecto a su salud.

En términos de ejercicio profesional por lo tanto el volumen de consultas se incrementó pero no representa un aporte efectivo a su ejercicio profesional ya que mantienen una relación de dependencia con el Ministerio de Salud.

Como inconveniente señalan que el incremento de las cotizaciones y la cuota de S./20000 provocó divergencias con el comité de salud.

Respecto al comité de salud también expresan que es necesario renovarlo pues están en funciones desde que comenzó el cobro por episodio por lo que los miembros están cansados. Su renovación permitiría una mayor participación en el proyecto, consideran que es importante que el tesorero se mantenga en el comité de salud porque es una de las personas más activas de la comunidad, además tiene gran aceptación por todos los pobladores.

5 Punto de vista de otros actores

En el funcionamiento del SIS, el proyecto APS y la jefatura de área juegan un papel muy importante.

Para el jefe de área, la eficacia del funcionamiento del SIS no es la prevista ya que no se afilió el porcentaje de población esperada. La razón más importante es que el cobro por episodio se mantiene por lo que, en general, el joven lo prefiere mientras los pacientes crónicos y viejos se afilian al SIS. A pesar de ello sostiene que el SIS es una alternativa válida en la búsqueda de autosostenimiento de las unidades de salud del ministerio, se ha demostrado que se puede mejorar la atención con un pago único anual.

El mayor aporte del SIS es que la comunidad tiene mayor participación en las decisiones de la unidad operativa a pesar de que también han surgido problemas pues hay una exigencia, a veces irracional de medicamentos, lo que incrementa el costo. Además ha fortalecido la organización de la comunidad, que se ha concientizado y se involucra más en las acciones de la unidad operativa así como también adopta formas de autocuidado de la salud.

Hay interés en replicar en otro subcentro de salud, en donde se espera implementar el Prepago (SIS) siempre y cuando el 80% de la comunidad esté de acuerdo, no ofrecerían el cobro por episodio lo cual podría ser un inconveniente, pues llevaría a una afiliación obligatoria o a una exclusión del porcentaje de población que no esté de acuerdo.

La presencia del Seguro Social Campesino es uno de los problemas que han tenido que enfrentar. La implementación del SIS fue considerado, por algunos dirigentes ligados a partidos políticos, como una forma de privatización de los servicios de salud, a pesar de ello se afiliaron incluso personas que ya estaban afiliadas al Seguro Social Campesino. Resalta que en ningún momento se ha tratado de competir sino más bien ofrecer otra

alternativa de atención de salud, ya que el paquete de beneficios ofrecido por la seguridad social es amplio y no están en capacidad de ofrecerlo.

Para los asesores de la Cooperación Belga, la contribución del SIS al estado de salud de la población y en general a la vida de la comunidad será a largo plazo. Coinciden que el funcionamiento no ha sido eficaz ya que el porcentaje de afiliados es bajo, debido principalmente a que mucha gente está conforme con el cobro por episodio.

Los actores involucrados consideran que la calidad de la atención médica y la accesibilidad han mejorado notablemente de acuerdo a los indicadores obtenidos. En cuanto a la contribución del SIS al estado de salud de la población y en general a la vida de la comunidad consideran que no es posible conocer al momento, su impacto será a largo plazo, criterio que es compartido también por el jefe de área.

Hay interés en rescatar la experiencia, la alternativa que están estudiando es: mantener el cobro por episodio, un seguro exclusivo para el nivel hospitalario; para mantener el seguro actual se pensaría en incluir un co-pago y disminuir la cotización anual.

VIII. Conclusiones

El Seguro Comunitario de Solano se lleva a cabo una parroquia rural del mismo nombre ubicada en el cantón Deleg en la provincia de Cañar.

La provincia de Cañar, área en donde opera el SIS, cuenta con 208079 habitantes, con relación a ciertos indicadores ésta provincia está por debajo de la media nacional. En 1990, en la provincia de Cañar el analfabetismo fue 15,2% y 27.2% hombres y mujeres respectivamente mientras a nivel del país el analfabetismo rural en hombres fue 14.2% y en mujeres 21.0%.

Las tasas de mortalidad por todas las causas y materna de la provincia de Cañar fueron muy superiores a las tasas nacionales, especialmente la materna que se duplica, esto es muy importante debido a su relación con la disponibilidad y acceso a servicios de salud.

La parroquia Solano en donde opera el SIS, cuenta con 1326 habitantes, la principal ocupación es la agricultura y la ganadería (cría de animales domésticos en número reducido), y en menor cuantía la confección de sombreros de paja toquilla.

Antes de la puesta en marcha del SIS, la oferta de servicios médicos era un subcentro de salud con capacidad de resolución de primer nivel suficiente para la población; si requerían de mayor capacidad de resolución acudían a los servicios de Azogues o Cuenca tanto del sector público como privado. El seguro social atendía con ciertas dificultades a un porcentaje de la población, especialmente a través del Seguro Social Campesino.

En el subcentro de salud del Ministerio de Salud Pública funcionaba el sistema cobro por episodio, el cual recibía la asistencia técnica del proyecto APS. El subcentro de salud y los niveles de referencia del área son la infraestructura que constituye la base operativa del seguro comunitario. Contaba con la infraestructura y el personal del subcentro de salud que recibe su salario del Ministerio de Salud.

La asistencia técnica del proyecto APS conjuntamente con las autoridades del área de salud decidieron promover una investigación operativa luego del éxito alcanzado con el cobro por episodio. El seguro comunitario se creó como una alternativa que aumenta la equidad: el sano es solidario con el enfermo, la comunidad tiene accesibilidad económica, asegura la calidad de la atención y aumenta la participación de la comunidad pues co-administra los fondos y aumenta su autonomía frente a un estado que cada vez más se retira de su responsabilidad de hacer frente a la salud de sus ciudadanos.

Este seguro de salud consiste en el cobro de una cotización anual por persona de todos los miembros de la familia, sin restricciones de edad, sexo o condición de salud que le permite recibir atención inmediata en el subcentro de salud y en los hospitales de referencia (hasta el momento el segundo y tercer nivel de referencia no ha sido utilizado porque no han existido enfermedades graves que requieran de ellos). Estos servicios están disponibles también para los no afiliados.

El diseño y funcionamiento del SIS analizado a la luz de las características comunes de los sistemas de seguro identificadas por la OIT, permite precisar su naturaleza y función. Para el propósito se cita a continuación dichas características:

1. Los sistemas poseen un seguro de salud, es decir un instrumento financiero por el cual los afiliados, a cambio de una cotización, obtienen una garantía de compensación financiera (o de atención) en caso de enfermedad. Los afiliados renuncian a la propiedad de las cotizaciones pagadas, las que son utilizadas para el pago de las prestaciones.

El caso que aquí se analiza, si bien exige el pago de una cotización (cuota única y de vigencia anual), no está concebida como una garantía de compensación financiera, en la medida en que su valor no corresponde ni cercanamente al valor de los servicios prestados (cobertura). La diferencia, que si bien no ha sido calculada por el propio sistema, es cubierta fundamentalmente por fuentes externas (el Estado -Ministerio de Salud Pública- el sistema cobro por episodio y la cooperación Belga) que soportan financieramente al SIS.

2. Los afiliados del sistema de seguro garantizan, al menos parcialmente, la financiación de las cotizaciones y de otros aportes necesarios para la cobertura de las prestaciones.

Es más, en el caso estudiado no fija las cotizaciones a partir de criterios técnicos como el porcentaje de ingreso, valoración de riesgos personales u otros y tampoco ofrece diversos paquetes de prestaciones en función a dichos criterios. Su sostenibilidad financiera no se basa en el valor de las cotizaciones y no asume los riesgos de terceros, sobre una base financieramente sólida, ya sea constituyendo un fondo de reserva, un sistema de reaseguro, y/o procedimientos diseñados para evaluar y minimizar el riesgo. Tampoco han sido efectivas las medidas adoptadas para evitar la selección adversa, el subgrupo de crónicos es un elemento limitante en su sostenibilidad, pues el costo por paciente crónico es mucho mayor que el costo por paciente agudo.

Analizado el SIS bajo estas características propuestas por la OIT, nos permite descubrir su verdadera naturaleza. Ha sido concebido y diseñado para ofrecer acceso de muy bajo costo a los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública a la población del área de influencia del servicio de primer nivel y a la red de servicios del área de la que forma parte. El origen del SIS se fundamenta en una experiencia anterior “cobro por episodio” y se inscribe en la lógica de recuperación de costos, mejoramiento de la calidad y extensión de cobertura de los servicios de salud del Estado. La cooperación internacional, proyecto APS, juega un papel fundamental en el área de salud y por ende en el funcionamiento del SIS, sin embargo no es exclusiva o particular del SIS. No se ha tomado en cuenta la viabilidad financiera y la sostenibilidad a futuro de un sistema de como tal; ello está garantizado, a partir de la subvención que recibe de varias fuentes: el Estado a través del Ministerio de Salud Pública, del proyecto APS y otras fuentes externas de financiamiento (cobro por episodio). Para el funcionamiento del SIS, la participación del Estado es imprescindible ya que los recursos necesarios como: personal, infraestructura, equipamiento, etc., son subvencionados por el Ministerio de

Salud Pública, las cotizaciones en realidad solamente cubren costos de medicamentos y materiales e insumos de odontología.

3. Los afiliados del sistema son asegurados con carácter voluntario o automático y no de modo obligatorio.

Esta es una característica que se cumple en el caso estudiado, al menos parcialmente. La afiliación es voluntaria del jefe de familia pero obligatoria a los demás miembros de la familia. Por el pago de una reducida cotización permite la afiliación de todas las personas que residen en la parroquia Solano, se acepta si no residen en el lugar, solamente en el caso de que vivan más cerca del subcentro de salud de Solano que de otro del Ministerio de Salud Pública.

4. Los beneficiarios del sistema son, al menos en parte, personas excluidas de todos los sistemas de seguridad social existentes y/o cuentan con ingresos inferiores al umbral de pobreza definido a escala nacional.

En el caso estudiado, el 36% de afiliados al SIS están afiliados también al Seguro Social Campesino. Con relación a ingreso, la información disponible no permite asegurar que todos los afiliados cuenten con ingresos inferiores al umbral de pobreza, sin embargo el hecho de que el SIS se asienta en una provincia en la cual el 50.1% tienen necesidades básicas insatisfechas, me permite afirmar que al menos en parte esta condición se cumple.

5. Los afiliados se asocian para –o participan en- la gestión del sistema de seguro, o al menos, en la elección de los servicios de salud pertinentes.

En el caso analizado la participación es considerada muy importante por los gestores del SIS. Existe el comité de salud del subcentro de Solano como responsable del SIS, su participación, a pesar de lo que manifiestan el personal del subcentro y del área, ha sido pasiva, asisten a reuniones cuando son convocados y más que consultados, en ocasiones, son informados de las decisiones que deben tomarse, por lo que no se reconocen como gestores o propietarios del SIS.

La intervención del comité de salud en la administración es muy restringida y se limitan a ejecutar ciertas tareas con escaso poder de decisión. El subcentro de salud y el área de salud tienen el control de la gestión, el papel de prestador ha sido fusionado con el responsable sobre la base de que se trata de una investigación operativa y en el hecho de que los beneficios otorgados son los que presta el Ministerio de Salud Pública en sus unidades operativas.

No se encuentran arraigados en los afiliados conceptos esenciales en aseguramiento como son previsión o solidaridad, su comportamiento podría decirse que más bien está orientado a los beneficios individuales que pueden obtener con el pago de un monto determinado, tampoco se identifican como los propietarios del SIS por lo que no manifiestan interés en el funcionamiento global sino en la prestación de servicios de

salud. No hay evidencia de la legitimidad social del comité de salud, en el sentido que los afiliados reconozcan a los miembros como sus representantes.

Por lo señalado el seguro comunitario de Solano no cumple con varias de las características mencionadas, por lo que puede considerarse que el sistema descrito en este documento constituye más bien un sistema que aumenta la cobertura facilitando el acceso de la población a los servicios del Ministerio de Salud Pública.

El seguro comunitario es una experiencia que tiene muy poco tiempo de funcionamiento y se trata de una investigación operativa. Es muy valorado tanto por el grupo destinatario como por las autoridades locales; hay conciencia de que no puede ser sostenible sin la participación del Estado. Fue concebido y diseñado como un sistema de la atención de la salud de la población de Solano y resulta novedosa en búsqueda de equidad y acceso a servicios de calidad del Ministerio de Salud, pues explora modalidades diferentes a las tradicionalmente propuestas para lograr estos objetivos. Constituye una experiencia de protección de la salud a grupos marginados cuyos ingresos al parecer son limitados que tienen acceso a los servicios del Ministerio de Salud Pública en forma casi gratuita.

Anexos

(Los anexos del 1 al 10 están disponibles en el Centro de documentación del Programa STEP)