



**World Health
Organization**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

**Evaluación Institucional
del
Sistema de Financiamiento de Salud Nicaragüense
y
Propuestas
para Mejorar y Fortalecerlo**

Una trayectoria hacia la cobertura universal

Febrero 2009

Inke Mathauer ¹
Eleonora Cavagnero ¹
Gabriel Vivas ²
Guy Carrin ¹
Angélica Gomez ³

¹ Organización Mundial de la Salud, Sede Ginebra

² Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS Guatemala

³ Organización Panamericana de la Salud - OPS/OMS Nicaragua

Contenido

AGRADECIMIENTOS	4
SIGLAS Y ABREVIATURAS.....	5
RESUMEN EJECUTIVO.....	6
CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. <i>Objetivos del informe</i>	8
1.2. <i>Metodología</i>	9
1.2.1. <i>Enfoque conceptual: Análisis institucional</i>	9
1.2.2. <i>Procedimientos</i>	11
CAPÍTULO 2: ANÁLISIS INSTITUCIONAL Y ORGANIZATIVO DEL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE SALUD NICARAGÜENSE	13
2.1. <i>Visión general del sistema de financiamiento de salud</i>	13
2.2. <i>Política y objetivos del financiamiento de salud</i>	14
2.3. <i>Rectoría del MINSA</i>	17
2.4. <i>Mobilización de Recursos</i>	17
2.4.1. <i>Financiamiento público de los servicios de salud provistos por el estado</i>	19
2.4.2. <i>Mobilización de recursos a través del SEM de INSS</i>	20
2.4.3. <i>Mobilización de recursos en mutuales</i>	24
2.4.4. <i>Seguro de salud privado</i>	25
2.5. <i>Mancomunación versus segmentación y subsidios cruzados</i>	26
2.5.1. <i>Ausencia de mancomunación en los planes de financiamiento de salud</i>	26
2.5.2. <i>Subsidio cruzado no propicio</i>	28
2.5.3. <i>Fragmentación y composición del riesgo dentro de los planes de financiamiento de salud</i>	30
2.6. <i>Compra, estructura de provisión y mecanismos de pago</i>	32
2.6.1. <i>Compra y mecanismos de pago a proveedores del MINSA</i>	34
2.6.2. <i>Compra y mecanismos de pago a proveedores del INSS</i>	35
2.6.3. <i>Compra y mecanismos de pago a proveedores en las Mutuales</i>	38
2.6.4. <i>Compra y mecanismos de pago a proveedores en los Seguros Privados de Salud</i>	38
2.7. <i>Provisión de servicios y conjunto de prestaciones</i>	39
2.7.1. <i>MINSA: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos</i>	40
2.7.2. <i>INSS: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos</i>	41
2.7.3. <i>Mutuales: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos</i>	43
2.7.4. <i>SPS: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos</i>	44
2.8. <i>Evaluación del sistema de financiamiento de salud a través de los indicadores de desempeño</i> ..	45
2.8.1. <i>Cobertura poblacional</i>	45
2.8.2. <i>Protección contra el riesgo financiero</i>	47
2.8.3. <i>Solidaridad y Progresividad en el financiamiento de salud</i>	49
2.8.4. <i>Gestión eficiente de los fondos</i>	52
CAPÍTULO 3: PROPUESTAS PARA MEJORAR Y FORTALECER EL SISTEMA DE FINANCIAMIENTO DE SALUD ACTUAL.....	54
3.1. <i>Fortalecer la función de rectoría del MINSA</i>	54
3.2. <i>Mejorar la movilización de recursos</i>	55
3.3. <i>Reducir y eliminar la segmentación en el sistema de salud</i>	60
3.4. <i>Desarrollar la compra estratégica y mecanismos de pago más eficientes</i>	64
3.5. <i>Mejorar el conjunto de prestaciones</i>	69

CAPÍTULO 4: IMPLICACIONES DE LOS MODELOS ALTERNATIVOS DE FINANCIAMIENTO DE SALUD	71
4.1. Seguro universal de salud.....	71
4.2. Sistema único	74
4.3. Aspectos relacionados con la viabilidad.....	75
CAPÍTULO 5: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
5.1. Resumen.....	77
5.2. Próximos pasos propuestos.....	79
REFERENCIAS	81
ANEXO	83

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento especial a diversos funcionarios del Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa) y del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) por su apoyo constante durante la preparación del estudio.

Se expresa también agradecimiento a las diversas personas cuyos comentarios y sugerencias enriquecieron el documento y el análisis:

Dr. Alejandro Solís (Director de la División General de Planificación y Desarrollo), Lic. Jaime González (Director Administrativo y Financiero), Sergio Guerrero Solórzano (Director Financiero), Lic. Dina Soza, Dr. Carlos Cruz Lesage, Lic. Maritza Cáceres del MINSa, y Guillermo Martínez (Director de las IPSS públicas). Extendemos nuestro agradecimiento a Víctor Solís Díaz (Director General de Estudios Económicos del INSS). También agradecemos a los directores de los centros de salud, hospitales, SILAIS, clínicas privadas y organizaciones que fueron visitadas y que colaboraron con sus informaciones e ideas valiosas para el desarrollo del estudio.

Los autores también dan un reconocimiento especial a la Dra. Socorro Gross, Representante de OPM/OMS en Nicaragua y a todo su equipo en la oficina de país por todo su apoyo y colaboración. También queremos agradecer especialmente al Dr. Dorian Sevilla Zelaya por su valiosa participación y contribución en la reflexión y desarrollo de este estudio.

Finalmente, extendemos nuestra gratitud a todos los participantes del taller de trabajo realizado por MINSa y OPS/OMS el 18 de Diciembre de 2007 en la ciudad de Managua, de quienes se recibió los comentarios finales que permitieron la culminación del estudio.

Los puntos de vista expresados en este documento son de exclusiva responsabilidad de sus autores y no comprometen a las instituciones involucradas, ni significan posición oficial del Ministerio de Salud de Nicaragua.

Siglas y Abreviaturas

BCN	Banco Central de Nicaragua
BM	Banco Mundial
C\$	Córdobas (moneda Nicaragüense)
CNS	Cuentas Nacionales de Salud
EMP	Empresa Médica Previsional
EMNV	Encuesta de Medición de Nivel de Vida
FNT	Frente Nacional de los Trabajadores
FS	Financiamiento en Salud
GTS	Gasto Total en Salud
Ibíd.	igual que la referencia anterior
IDM	Indicadores del Desarrollo Mundial (Banco Mundial)
INSS	Instituto Nicaragüense de Seguridad Social
IPSS	Institución Proveedora de Servicios de Salud
IVM-RP	Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y Riesgos Profesionales
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MINSA	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organizaciones No Gubernamentales
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto Interno Bruto
p.c.	per capita
SEM	Seguro de Enfermedad y Maternidad (INSS)
SF	Sistema de Financiamiento
SILAIS	Sistema Local de Atención Integral de Salud
SimIns	WHO-GTZ Health Insurance Simulation Model
SPS	Seguro Privado de Salud
SSS	Seguro Social de Salud
TC	Tipo de cambio
TI	Tecnología Informática
USD	US Dólares Estadounidenses

Resumen Ejecutivo

El gobierno actual, el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, ha empezado a discutir y analizar el diseño de un sistema de financiamiento de la salud que tenga como objetivo la cobertura universal¹. Dentro de las opciones se plantean alternativas como la de un Sistema de Seguro Universal, un Sistema Unificado, o un Sistema Mixto (híbrido), como existe hoy, donde convivan los subsistemas actuales (MINSAs e INSS), pero con una mayor coordinación entre ellos, además de un claro rol de los actores involucrados (sobre todo el MINSA en su rol rector y regulador) y con una mayor equidad en el financiamiento de la salud (esto incluye no sólo el pago en salud de los hogares sino también la distribución de los recursos de todo el sector).

La definición del modelo de financiamiento (y de prestación de servicios) es de suma importancia, ya que la misma va a permitir delinear los próximos pasos en la reorganización del sector. De todas maneras, con cualquiera de las alternativas elegida, el sistema de financiamiento de salud en Nicaragua deberá enfrentar varios desafíos para lograr que éste sea menos segmentado y más equitativo. Entre todos los desafíos planteados, este reporte discute la necesidad de fortalecer la rectoría del MINSA, aumentar los recursos financieros del sector, reducir la segmentación y la fragmentación, armonizar el conjunto de prestaciones entre los distintos subsistemas y desarrollar la compra estratégica y mecanismos de pago más eficientes, entre otros.

El sistema de financiamiento de la salud nicaragüense necesita aumentar la protección social y con ello su prepago ya que casi la mitad de su gasto en salud es a través de los gastos de bolsillo, los cuales constituyen la manera más regresiva de financiar los gastos en salud. Esto es especialmente relevante para los gastos en medicamentos que constituyen una proporción importante del gasto de los hogares en salud, sobre todo para aquellos de menores ingresos. Una significativa porción del presupuesto nacional y más específicamente del sector salud, está financiada con fondos externos que en general tienden a ser inciertos y volátiles. Por ello, una de las alternativas discutidas para generar fondos de origen interno fue la imposición de una tasa a los seguros de automóviles, un aumento de las tasas al alcohol, el tabaco y los casinos. Lo recaudado iría directamente al presupuesto del sector salud. Por otro lado, otra opción para incrementar los recursos del sector salud sería aumentando la cobertura del INSS mediante el aumento de la penalidad a los empleadores que no afilian a sus trabajadores y el incremento de las inspecciones y control de las empresas utilizando inspectores pagados en base a su desempeño. Otra propuesta sugerida es la de modificar los reglamentos para que todos los asegurados participen en el Régimen Integral, aunque esto signifique extender la oferta hacia donde hoy no hay suficientes prestadores. Por último, otra de las propuestas sería

¹ Se define "cobertura universal" como el acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo que en la práctica equivale a hacer realidad el acceso equitativo (Resolución 58.33)

aumentar o abolir el techo máximo de contribución para que los empleados que ganen más de 37,000 C\$ aporten proporcionalmente por el total de sus ingresos.

Para reducir el grado de segmentación/fragmentación se discutió la implementación de mecanismos de recuperación de los subsidios indirectos del MINSA hacia el INSS. Para ello, es también fundamental que exista una igualación del conjunto de prestaciones del MINSA con el resto de los subsistemas.

Respecto a los mecanismos de pagos, se recomienda desarrollar mecanismos que sean más eficientes así como la incorporación de procesos conjunto como son las compras estratégicas. Es necesario que en el corto/mediano plazo, el MINSA introduzca mecanismos de distribución de los ingresos desde el MINSA hacia los SILAIS con criterios de eficiencia y equidad. Es decir, que la asignación de recursos hacia los SILAIS debería ser igualada teniendo en cuenta no sólo la población cubierta sino también las características de la población. Algunos de los criterios que se podrían tener en cuenta, entre otros, son: edad y estructura de población de la población cubierta, distribución de género, perfil epidemiológico y variables socioeconómicas (como pobreza, indigencia, etc.). Por otra parte, los SILAIS así como también los hospitales, deberían tener más autonomía y flexibilidad para mejor asignación de recursos de acuerdo a sus necesidades. Por último, el mecanismo de pago actual del INSS, es decir la capitación en base de (parte de familia), podría ser diferenciada.

Además, se discute la posibilidad de crear un fondo para enfermedades catastróficas. Este fondo no incrementaría en sí mismo el presupuesto total del sector salud, ya que un porcentaje de los fondos recaudados por cada uno de subsistemas iría a este fondo. Sin embargo, su constitución ayudaría a una distribución más equitativa de estos fondos. En este momento el MINSA y el sector privado (en menor proporción) son los que brindan atención de tercer nivel (y de alta complejidad) y es, en el caso del MINSA, el que tiene los recursos per cápita más bajos de los tres principales subsistemas. De esta manera, este fondo bien administrado, contribuiría a la reducción de la segmentación, al aumento de la equidad y podría ampliar y/o mejorar los servicios de atención ofrecidos ya que se contaría con mayores recursos para la atención de este nivel de atención.

Para que todo esto sea posible es necesario que el MINSA juegue un rol claro y catalizador respecto a las otras instituciones del sistema. El diálogo y la coordinación de los actores que lo conforman es fundamental. Es por ello que sería importante que se institucionalizaran las relaciones, sobre todo entre el MINSA y el INSS (que concentran la mayoría de la población), y que estas no dependan solamente de las buenas relaciones del momento. Para ello es necesario un diálogo continuo y constructivo con una planificación a largo plazo de lo que se quiere para el sector salud. En este sentido, la Comisión Mixta, compuesta por el MINSA e INSS, entre otros, fue un primer intento para cubrir ese vacío y es por ello que uno de los próximos pasos sería restablecer esta Comisión y con ello las discusiones sobre el sistema de salud y su financiamiento para los próximos años

Capítulo 1: Introducción

1.1. Objetivos del informe

El sistema de financiamiento de salud Nicaragüense enfrenta varios desafíos. Primero, la protección del riesgo financiero es insuficiente, particularmente para los grupos de más bajos ingresos. El sistema de financiamiento de salud es largamente segmentado lo que implica conjuntos de beneficios desiguales entre diferentes grupos poblacionales y resulta en inequidades de acceso y financiamiento de salud. Otros problemas, reconocidos por el propio MINSA, incluyen una deficiente rectoría del mismo en materia de financiamiento de salud, como así también brechas de eficiencia en los procesos de asignación de recursos y en los mecanismos de compra y pago a proveedores.

El gobierno actual ha empezado a discutir y analizar el diseño de un sistema de financiamiento de la salud que tenga como objetivo la cobertura universal². Dentro de las opciones se plantean alternativas como la de un Sistema de Seguro Universal, un Sistema Unificado, o un Sistema Mixto (híbrido), como existe hoy, donde convivan los subsistemas actuales (MINSA e INSS), pero con una mayor coordinación entre ellos, además de un claro rol de los actores involucrados (sobre todo el MINSA en su rol rector y regulador) y con una mayor equidad en el financiamiento de la salud. Es por ello que la OPS/OMS asistió en este proceso llevando a cabo una detallada revisión y análisis institucional del sistema de financiamiento de la salud.

Este informe presenta un análisis institucional y organizacional detallado del sistema de financiamiento de salud de Nicaragua. Evalúa su funcionamiento y desempeño sobre la base de aquellas acciones que han sido identificadas para mejorar y fortalecer dicho sistema.

El informe ha sido estructurado de la siguiente manera:

- La siguiente sección del Capítulo 1 se refiere a la introducción y metodología de OASIS
- El Capítulo 2 proporciona un análisis detallado del sistema de financiamiento de salud y sus respectivos planes mediante una evaluación de sus políticas y objetivos en el financiamiento de la salud, su rectoría y sus tres funciones específicas: recaudación, mancomunación y provisión/compra de servicios de salud. El capítulo concluye evaluando los logros en cuanto a indicadores críticos de desempeño del sistema de financiamiento de salud.

² Se define "cobertura universal" como el acceso de todos, por un precio asequible, a intervenciones sanitarias fundamentales de promoción de la salud, prevención, tratamiento y rehabilitación, lo que en la práctica equivale a hacer realidad el acceso equitativo (Resolución 58.33)

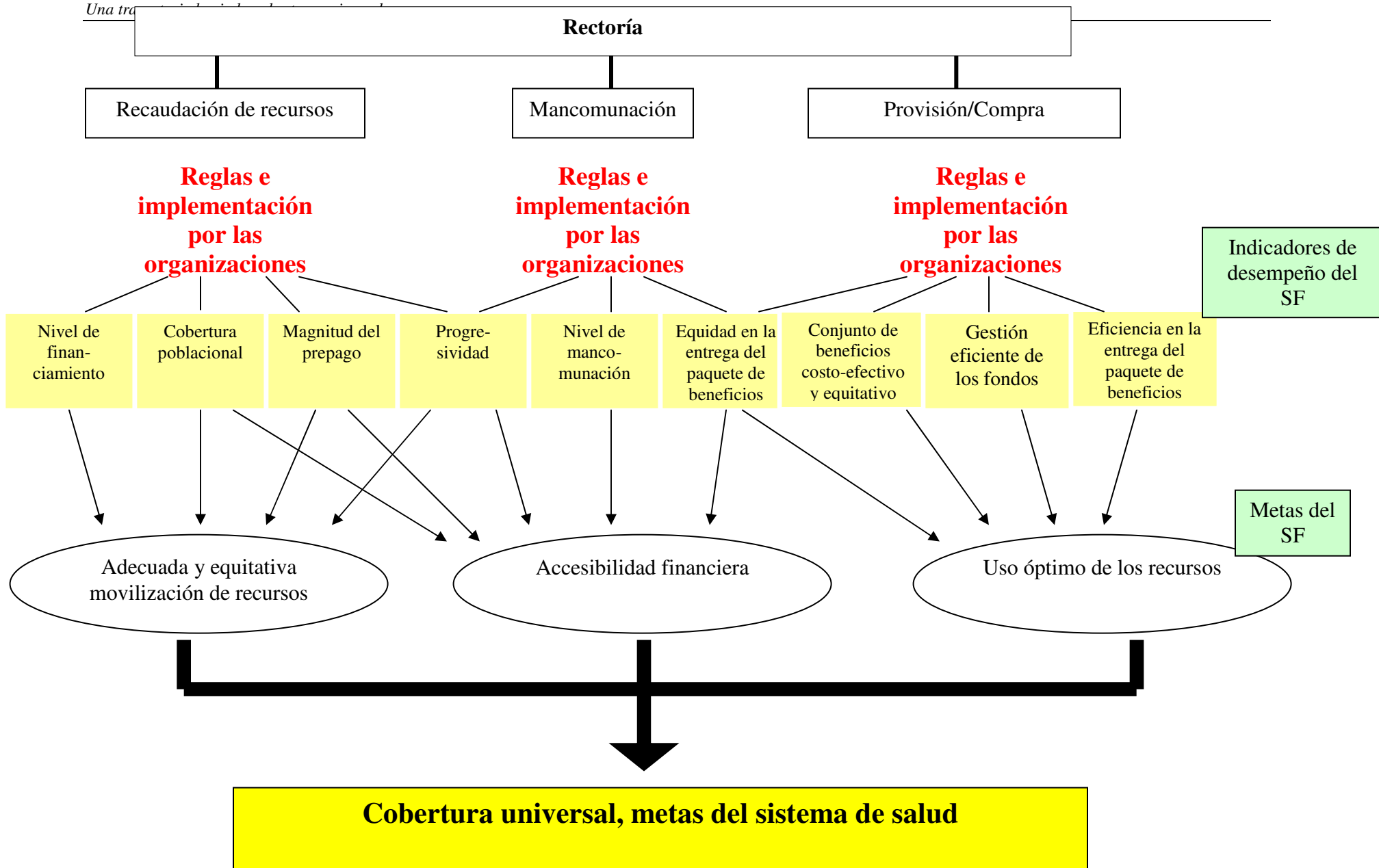
- Con base en este análisis institucional/organizacional, el Capítulo 3 propone y analiza una serie de medidas y cambios institucionales orientados a mejorar el desempeño del sistema de financiamiento de salud.
- Como se hizo evidente durante las entrevistas y discusiones con los funcionarios involucrados en el desarrollo de políticas, el gobierno y el MINSA, hay un interés especial por explorar y evaluar las distintas alternativas de financiamiento de salud, particularmente, la de un plan de seguro médico universal, o la de un sistema único de salud. Por ende, el Capítulo 4 constituye un capítulo complementario que analiza las implicaciones de estos dos modelos.
- El Capítulo 5 presenta conclusiones y recomendaciones finales relativas a los siguientes pasos a tomar.

1.2. Metodología

1.2.1. Enfoque conceptual: Análisis institucional

El equipo de Políticas de HFS ha venido desarrollando y diseñando un marco conceptual y analítico para facilitar evaluaciones de los sistemas de financiamiento en forma sistemática y práctica. Este enfoque se ha denominado OASIS (siglas en inglés - *Organizational Assessment for Improving and Strengthening Health Financing* - Evaluación Institucional para Mejorar y Fortalecer el Financiamiento de la Salud).

El enfoque OASIS es un medio valioso a través del cual se puede orientar y estructurar la evaluación profunda del sistema de financiamiento de salud de un país. Sirve para analizar sus respectivos planes de financiamiento y el desempeño mediante de indicadores específicos relativos a la recaudación, mancomunación y provisión/compra de servicios de salud, así como su rectoría (para la explicación de los indicadores de desempeño, véase Carrin/James 2005). El enfoque pone especial énfasis en los problemas de diseño institucional, en particular, en las reglas y regulaciones que especifican y determinan las funciones de financiamiento de la salud. Al mismo tiempo, el enfoque OASIS presta atención a la forma en que estas reglas y regulaciones son implementadas por las organizaciones, esto es, la forma en que estas normas y regulaciones operan realmente en la práctica. La Gráfica 1 presenta un resumen de este marco analítico.



Este tipo de análisis permite identificar cuellos de botella en las funciones desempeñadas por las instituciones y organizaciones y, lo que es más importante, ayuda a formular políticas basadas en la información y a encontrar alternativas y soluciones institucionales y organizacionales para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Dichas sugerencias se evalúan anticipadamente para conocer el tipo de incentivos que pueden preverse además de la ocurrencia de otros impactos directos o indirectos que puedan ocurrir. Al mismo tiempo, se identifican los requerimientos institucionales relacionados con el propósito de evaluar tanto su viabilidad política como técnica. Esta lógica se puede resumir en dos pasos:

1. Análisis el sistema de financiamiento de salud y evaluación del desempeño de dicho financiamiento. Incluye el análisis institucional/organizacional detallado de las normas y de la forma en que éstas son puestas en práctica.
2. Recomendaciones para mejorar el desempeño a través de modificaciones institucionales y organizacionales a la vez que se estiman los incentivos y otros impactos potenciales surgidos de las medidas sugeridas.

1.2.2. Procedimientos

Para realizar este estudio una misión en Nicaragua fue organizada entre el 10 y el 20 de Diciembre de 2007. Las siguientes personas participaron en este estudio:

- Inke Mathauer, OMS/Sede
- Gabriel Vivas, OPS/OMS Guatemala
- Eleonora Cavagnero, OMS/Sede
- Angélica Gomes, OPS/OMS Nicaragua
- Dorian Sevilla, OPS/OMS Nicaragua
- Dina Sosa , MINSa
- Maritza Cáceres, MINSa
- Carlos Cruz , MINSa

Se efectuó una primera reunión con el Ministro de Salud de Nicaragua con el propósito de discutir la agenda, los procesos y las expectativas del MINSa frente al estudio y para definir el equipo que conformó la misión. También se debatieron los principales desafíos al financiamiento de la salud y sus prioridades.

Durante los siguientes cinco días, el equipo de misión entrevistó y conversó con actores claves del sistema de financiamiento de salud nicaragüense, incluyendo directores y personal técnico de alto nivel de las siguientes organizaciones:

- Distintos departamentos al interior del MINSa
- Diversos departamentos del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)
- Hospitales de los sectores público y privado
- Dirección del SILAIS
- Seguros de salud mutuales
- Una compañía privada de seguros médicos

Se utilizó una guía de preguntas que se adaptó de acuerdo a la institución de donde se recolectó información cualitativa sobre las reglas y regulaciones relativas a la rectoría, recaudación, mancomunación y adquisición de recursos, así como sobre la forma en que dichas reglas y regulaciones operan en la práctica. Lo anterior se combinó con la revisión y recolección de datos y estadísticas cuantitativas, incluyendo datos de las CNS y de las encuestas de hogares más recientes. La revisión de datos también incluyó la búsqueda de documentos de política y de disposiciones regulatorias claves relacionados con el tema.

Al finalizar la misión, se organizó un taller con la participación de diversos actores del sistema de financiamiento de salud del país con el fin de discutir los hallazgos de la misión respecto a los factores críticos que afectan el desempeño del financiamiento de la salud, así como de la propuesta de alternativas institucionales para fortalecer y mejorar el sistema. Estas sugerencias se debatieron a fondo y más ampliamente durante el trabajo de grupo.

Este taller fue muy relevante puesto que reunió a distintas partes interesadas y actores del sector de financiamiento de la salud que en forma regular no se reúnen. Los participantes apreciaron el intercambio de información y las reflexiones sobre el posible rumbo que el sistema de financiamiento de salud podría/debería tomar. Se espera que los resultados del presente estudio sean de gran utilidad y su análisis y opciones proporcionen a los tomadores de decisiones información más detallada para mejorar el sistema de financiamiento de salud de Nicaragua.

Capítulo 2: Análisis institucional y organizativo del sistema de financiamiento de salud nicaragüense

En este capítulo se ofrece un análisis institucional/organizacional detallado de los temas claves de diseño del sistema de financiamiento de salud en Nicaragua. Con el objeto de comprender la situación actual y el porqué de la inserción de ciertos cambios, este capítulo analiza asimismo la situación de los años anteriores y su correspondiente entorno de incentivos. El capítulo inicia con una visión general del sistema de financiamiento de salud en Nicaragua; le sigue un breve esbozo de las políticas y objetivos antes de proceder a evaluar las funciones cruciales del financiamiento de salud en cuanto a la rectoría, la movilización de recursos, su mancomunación, y la compra para identificar las fortalezas y particularmente las debilidades que afectan el desempeño del sistema de financiamiento de la salud. El capítulo concluye con una evaluación de desempeño utilizando indicadores específicos de rendimiento en financiamiento de salud.

2.1. Visión general del sistema de financiamiento de salud

Nicaragua es un país pequeño de bajos ingresos con una tasa de pobreza del 48% (ENMV-INEC, 2001). La Tabla 1 presenta mayores datos sobre la economía y las características poblacionales.

Tabla 1: Información económica y características poblacionales

Indicador	Cifras del año 2005	Fuente/referencia
PIB p.c.	889 USD / 14,683 C\$	BCN (2007)
Crecimiento del PIB	4%	IDM (2007)
Tipo de cambio C\$/USD	16.73	OMS (2007)
Población total	5,487,000	OMS (2007)
PEA	2,158,000	INSS 2006
Sector formal (SF)	36.2% (755,766)	BCN (2007)
Sector informal (SI)	63,8%	BCN (2007)
Trabajadores a propia cuenta (del SI y SF)	300,000	Estimación de INSS
Índice de dependencia	73.10%	IDM (2007)
Tasa de pobreza	45.8% (cifra de 2001)	ENMV-INEC 2001

El sistema actual de financiamiento de salud de Nicaragua es un sistema mixto (híbrido) que está conformado por dos pilares principales: financiamiento de salud de base tributaria para servicios de salud que presta el gobierno³ y un plan de seguro de salud social orientado mayormente al sector formal. Asimismo, existe un sector de seguro de salud privado que aún es incipiente.

1. Financiamiento Público:

El Ministerio de Salud (MINSa) provee servicios de salud a través de 17 "SILAIS" (Sistemas Locales de Atención Integral de Salud) que funcionan en forma de equipos de

³ Se asigna también una pequeña cuota del 0.1% sobre el financiamiento de base tributaria a las ONG que prestan servicios en zonas remotas (CNS 2004).

gestión en salud en departamentos descentralizados que supervisan los centros de salud y, hasta el momento, los hospitales que operan en sus respectivas áreas. El Ministerio de la Defensa y el Ministerio de Gobernación reciben por partes iguales los recursos tributarios destinados a financiar sus propios servicios de salud a la disposición del ejército y del cuerpo de policía, respectivamente.

2. Seguro Social de Salud:

El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) opera un Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM). De hecho, el INSS está compuesto por tres regímenes de aseguramiento. El primero es el Régimen Integral que es obligatorio para empleados e incluye tres ramas de seguro:

- Seguro Enfermedad Maternidad (SEM),
- Pensiones o Invalidez, Vejez y Muerte (IVM) y
- Riesgo Profesional (RP).

El segundo régimen denominado IVM-RP incluye pensiones y riesgo profesional que es obligatorio para un pequeño número de trabajadores en circunstancias específicas, como será explicado posteriormente.

Por último el tercero, es el régimen facultativo para los trabajadores a propia cuenta que puede ser integral (e incluye SEM e IVM) o sólo incluir IVM.

3. Seguro de salud privado con y sin fines de lucro

En una muy baja proporción, existen también mutuales y micro financieras que se enfocan en los trabajadores por cuenta propia y de escasos recursos. Las mutuales se crearon en 2003, iniciativa que es apoyada por el FNT- Frente Nacional de Trabajadores. En la actualidad las mutuales son instituciones con personería jurídica, sin fines de lucro y operan en forma autónoma sin ningún tipo de supervisión por parte del MINSA u otra institución del estado.

Existen 2-3 planes de seguro de salud privado con fines de lucro que no exceden los 5,000 miembros y sus familias.

2.2. Política y objetivos del financiamiento de salud

Una característica evidente del financiamiento de salud es la elevada proporción de los gastos de bolsillo – 44% del gasto total de salud (GTS) según las CNS de 2004 – además de una fuerte segmentación del financiamiento de salud, principalmente entre el subsistema de base tributaria y el Seguro Social de Salud (SSS). En cuanto a las características de los gastos de bolsillo es importante resaltar que cerca de dos tercios del gasto que realizan las familias se dedican a la compra de medicamentos. Las familias con menos ingreso, menos educación y con miembros mayores, son aquellas que tienen la carga proporcionalmente más pesada (Rathe/Lora, 2003). Todo esto da como resultado un desembolso per cápita dispar en los diferentes subsistemas, según se perfila más adelante en la Sección 2.4. En este contexto, el gobierno actual tiene el deseo de establecer un sistema de cobertura universal.

Como parte de la modernización del Estado Nicaragüense, el Ministerio de Salud ha enfocado sus esfuerzos en dar cumplimiento al artículo constitucional No.59 que

establece que "los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud". En especial, el sector de salud se rige por la Ley de Salud General de 2002. La política de salud vigente y el plan 2004-2015 están siendo revisados y existe un anteproyecto de la política de financiamiento de salud que delinea los conceptos iniciales sobre el curso futuro del sistema de salud.

La Comisión Mixta incorporó representantes del MINSa e INSS, entre otros, e hizo un trabajo muy importante por desarrollar y contextualizar ideas sobre el futuro sistema de salud y su sistema de financiamiento. Así produjo un documento borrador (MINSa 2007b). La pregunta clave es qué modelo de sistema se va a elegir: un seguro social o revivir la idea de un sistema único? Desafortunadamente, el trabajo de la Comisión Mixta se suspendió y en la actualidad la Comisión no está activa, pero al parecer existe un importante interés por restablecerla.

Un desafío importante en este momento es entonces que la política de financiamiento de salud no está descrita de manera completa y por ende no está operacionalizada en el Plan Nacional de Salud existente, pero se espera que se revise y sea incluida en un corto plazo. Aunque el concepto de un "sistema nacional de salud" sea muy importante y útil, se necesita mayor precisión a fin de direccionar las futuras medidas de mejoramiento necesarias dentro del sistema de financiamiento de salud.

Las actuales estrategias enfocan su atención en el:

- Desarrollo del sistema de redes de atención en el MINSa.
- Desarrollo de la Clínica Médica Previsional del MINSa y sus filiales
- Desconcentración/descentralización del MINSa y fortalecimiento de los SILAIS.
- Desarrollo de la capacidad rectora/reguladora del MINSa (MINSa 2007b).

Para implementar el Plan Nacional de Salud, el sistema de salud requiere un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) (MINSa 2005), en correspondencia con sus objetivos de equidad y eficiencia en salud. El MAIS ha sido definido legalmente como "el conjunto de principios, normas, disposiciones, regímenes, planes, programas, intervenciones e instrumentos para la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, centrado en las personas, la familia y la comunidad, con acciones sobre el ambiente, articulados de forma sinérgica; a fin de contribuir efectivamente a mejorar el nivel de vida de la población nicaragüense" (Reglamento de Ley General de Salud, Artículo 38). Los objetivos del MAIS, definidos por la Ley General de Salud, son mejorar las condiciones de salud de la población (oportunidad de acceso, cambios sostenibles, énfasis en promoción y prevención), satisfacer las necesidades de la población, proteger de epidemias, mejorar calidad de servicios y fortalecer la articulación intrasectorial y la coordinación interinstitucional e intersectorial (OPS 2006: 17-18)

A partir de 2007, el nuevo Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional a través del Ministerio de Salud trabajó aceleradamente en definir las bases de transformación del Sistema Nacional de Salud, formulando un nuevo modelo, el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MSFC). Esto sustituyó la concepción estratégica y operativa del MAIS, al fortalecer la acción preventiva, el enfoque familiar y el trabajo extramuros, así como la

atención a todas las familias dispensarizándolas de acuerdo con su clasificación en aparentemente sanas, en riesgo, enfermas y con discapacidades. Esta nueva concepción se orienta a la universalidad de la atención en salud y a la restitución de derecho de los ciudadanos a la salud.

La introducción de la "política de gratuidad" en el mes de enero 2007 fue un cambio importante a través de tres resoluciones ministeriales (No.06-08-2007) que ordenan el siguiente:

- Los pacientes atendidos en el servicio de consulta externa y pacientes hospitalizados o internados en las salas de cualquier unidad de salud de MINSA recibirán gratuitamente los servicios de medios de diagnóstico, medicamentos y material de reposición periódica de la lista básica (disponible en las unidades de salud).
- Se prohíbe cualquier tipo de cobro o recuperación de costos en las unidades del MINSA.
- Se prohíbe la prestación de servicios diferenciados a la población en las unidades de MINSA (hospitales, centros, puestos).

La política de gratuidad tuvo como objetivo principal el de garantizar el acceso a la salud a todos los nicaragüenses independiente de su poder económico. Además, esta política también fue establecida como respuesta al problema que representaba el hecho de que los recursos del MINSA se desviaban y gastaban en pacientes del INSS, provocando un subsidio cruzado masivo e indirecto del MINSA al INSS. Con la contratación de servicios de propiedad del MINSA por el INSS, "se afecta la disponibilidad de recursos públicos por la competencia en el uso de espacios, recursos, subsidios indirectos, venta de servicios de salud con aranceles inferiores a los valores de mercado y prestación de servicios de alta complejidad no contemplados en la canasta básica del modelo de Salud Previsional, cuyo costo no es recuperado por el MINSA." (OPS 2006: 15).

Asimismo, cuando un proveedor privado que era contratado por el INSS subcontractaba algún servicio del MINSA, las autoridades de gobierno aceptaban tasas bajas, lo cual representó una pérdida para las mismas y, de nuevo, constituía un subsidio cruzado indirecto puesto que los recursos del gobierno se empleaban en los contributivos. No obstante, este déficit nunca fue argumentado. De hecho, tan solo un 2% del presupuesto del MINSA provenía de clínicas privadas a las cuales MINSA prestaba servicios. Sin contar con datos sobre la cantidad de servicios prestados, este 2% parece muy bajo.

En los últimos meses, se presentó un Proyecto de Ley de Mutuales. La ley borrador entró en el parlamento a través de la cámara de diputados. Fue aprobada por unanimidad por la comisión de salud y seguridad social del Congreso, está pendiente que pase a aprobación en plenario. La visión del proyecto es aumentar el número de afiliados y de mutuales, así como de aumentar el conjunto de beneficios. A pesar de este objetivo, la ley borrador de las Mutuales no está alineada con los objetivos del sector salud, lo que llevaría a aumentar la segmentación y fragmentación del sistema y, es por ello, que algunos aspectos propuestos requerirían una reexaminación más profunda.

2.3. Rectoría del MINSa

Indicador normativo de desempeño:

- Disponibilidad de una clara política de financiamiento de salud que guíe el diseño de los diferentes planes de FS
- Capacidad de rectoría que dirija y controle el diseño y funcionamiento de los varios planes de FS.

Informantes claves describen la rectoría y capacidad de regulación del MINSa como débil a causa de falta de liderazgo y falta de un mandato organizativo claro de la Dirección de Rectoría. Es importante también notar que las reglas de interacción y comunicación entre el MINSa y el INSS no son suficientes. INSS no solamente brinda Seguro de Enfermedad y Maternidad, sino también otros regímenes. Esto lleva a que el INSS esté más vinculado con el Ministerio de Trabajo que con el Ministerio de Salud y a que además no exista una relación directa entre la presidente del INSS y la rectoría del MINSa, a diferencia de lo que ocurre en otros países donde los seguros sociales son sólo para salud. Además, el presidente del INSS tiene categoría de Ministro, de modo que el Ministro de Salud no posee una categoría más alta que el presidente del INSS. Esta conformación estructural agrava el hecho de que el MINSa no desempeña un rol activo, sino que únicamente aprueba a posteriori la normativa de salud del INSS y no dicta directrices reguladoras para el INSS. Se da por sentado que esta falta de gestión por parte del MINSa proporciona al INSS una débil orientación hacia la salud pública, lo que se hará patente en las siguientes secciones. No obstante, un informante clave subrayó “existe una coordinación cercana con el INSS a diferentes niveles, directivo y técnico, con reuniones semanales”. En principio, hay un incremento en las actividades coordinadas y arreglos institucionales entre el MINSa y el INSS. Como prueba de ellos se pueden mencionar las actividades coordinadas en el tema de vacunación y la atención de los pacientes con enfermedades renales crónicas en el departamento de Chinandega.

Finalmente, es importante notar que el MINSa no estuvo involucrado en las discusiones y desarrollo de la ley borrador para mutuales, no sólo por falta de capacidad de rectoría pero también por razones políticas. Las Mutuales, impulsadas por los sindicatos de trabajadores, históricamente han tenido relaciones más cercanas con el Ministerio de Trabajo. Fueron los diputados, y no el gabinete, los que enviaron el borrador al parlamento. Como fue aprobado por la comisión de salud y seguridad social del Congreso, no es claro qué influencia tuvo o tiene el MINSa en este asunto.

Rectoría

Logro actual del indicador de desempeño, preguntas y temas claves:

Es necesario operacionalizar aún más la política de financiamiento de salud.
El MINSa tiene que ejercer un rol más fuerte como rector en el sistema de FS.

2.4. Movilización de Recursos

Indicador normativo de desempeño:

Los gastos de salud p.c., meta a establecer por el MINSa

La tabla siguiente ofrece una visión del conjunto de los principales agentes del financiamiento de salud y de su cuota en el GTS:

Tabla 2: Gastos en salud (en '000 Córdobas)

	MINSA	Defensa	Gobernación	Instituciones Descentralizadas	INSS	Seguro de Salud Privado		Gastos de bolsillo	Otros	Total
						Mutuales	Lucrativas			
Monto absoluto	2,194,257	29,724	27,708	113.209	935,034	576*	49,414 48838*	2,323,989	153,008	5,655,703
% del GTS	34.1**%	0.5%	0.4%	2%	16.5%	0.010*	0.9% 0.889*	42.9%	2.7%	100%
% del GGS	64.74	1.80		3.62	29.83	-		-	-	-

Fuente: CNS 2004⁴

* en la 6ta. columna, seguro privado de salud: estimaciones por autores

** incluye el 0.2% de otros ministerios

Para el 2004, el gasto total en salud Per cápita fue de 66 USD (CNS 2004). El porcentaje del gasto de bolsillo respecto al GTS fue de 43%, es decir 28 USD Per capita. Sin embargo, como lo muestra la Tabla 6, el gasto Per capital es muy desigual entre los distintos subsistemas. En términos generales la recaudación de recursos para la salud supera el 8% del PBI (Ibíd.).

⁴ Las CNS 2004 abarcan los gastos de bolsillo de los hogares que se remiten directamente a Tesorería. En la tabla anterior, dichas remesas se deducen y se suman a la columna de gastos de bolsillo.

2.4.1. Financiamiento público de los servicios de salud provistos por el estado

Según datos de las CNS 2004, las fuentes públicas ascendieron al 53.5%, incluyendo las contribuciones sobre sueldos y salarios provenientes de patronos y empleados, mientras que las fuentes privadas ascendieron 46.5% (MINSA 2006). El 47% de los gastos del gobierno en salud (excluyendo el gasto del INSS) vienen de Hacienda vía la recaudación impositiva (principalmente del impuesto sobre la renta, impuesto sobre las sociedades, IVA) y un 20% proviene del alivio interno, mientras que otro 27% son fondos externos (préstamos externos y donaciones), lo que significa una alta dependencia de los recursos de la cooperación externa. Cerca del 5% de los gastos del gobierno en salud proviene de los pagos de las familias que se remiten directamente a Tesorería⁵ (los cálculos se basan en datos de las CNS 2004).

El gasto público en salud es cercano al 14% del Gasto Público total (OMS 2007). Estos gastos a simple vista no parecieran ser tan bajos, sin embargo, hay que tener en cuenta que Nicaragua cuenta con PBI muy bajo (véase Tabla 1). Además, el gasto social respecto del PBI fue de sólo 11,7% en 2001 (Rathe y Lora, 2003). Un estudio muestra que el sistema tributario podría recaudar alrededor de 6.6% del PBI extra, además de los 17% del PBI que actualmente recibe por impuestos, si se controlase la evasión⁶ (Artana 2005).

Cuadro 1:

El desarrollo y la tendencia en el gasto público en salud

Desde 1997 el gasto total del gobierno en salud ha tenido un incremento constante desde 758 millones de córdobas (80 millones de USD al tipo de cambio promedio del mismo año) en 1997 hasta alcanzar 2,628 millones de córdobas (157 millones de USD) en 2005, un aumento de alrededor del 50% durante el período considerado. Este aumento es también explicado por el crecimiento de la economía (4% en promedio durante la década) y el aumento de la inflación (más del 9% acumulado anual, llegando a 16.88%, en 2007). Además, es importante notar que la proporción de gasto del MINSA sobre el gasto del gobierno total no ha aumentado en la misma proporción y además ha tenido un comportamiento fluctuante, de entre un máximo de 11.1% en 1998 y un mínimo de 7.7% en 2001 hasta 11.3% en 2006 (OMS 2007). Si bien Nicaragua fue uno de los países que recibió la condonación de su deuda externa, el presupuesto del gobierno en salud no aumentó de manera significativa, es decir que la deuda condonada no fue dirigida de manera adicional al sector salud (OPS 2007).

Otro problema es que no siempre la política de los donantes está armonizada ni alineada con la política del MINSA. Pero según algunos informantes claves, ahora el MINSA tiene mayor poder y capacidad para coordinar y manejar los fondos de la cooperación internacional, de hecho Nicaragua es el país que más avanzado en el enfoque sectorial en salud en la Región y se mantienen reuniones sistemáticas entre la cooperación internacional y el gobierno.

⁵ En 2004, los hospitales del MINSA operaban también como subcontratistas para otras EMP. Con base en la información obtenida de encuestados claves, la mitad de este 5% proviene en realidad de la recaudación de los pagos remunerativos a dichos proveedores.

⁶ El Gobierno nicaragüense recibe mucha ayuda externas y también créditos de acreedores externos e internos.

Con la "política de gratuidad" fue necesario aumentar el presupuesto total y de los SILAIS, dado el aumento de la utilización de los servicios prestados por el MINSA desde su introducción en el mes de enero de 2007. Por ejemplo, al Hospital Alemán-Nicaragüense se pudo constatar que las consultas crecieron en un 30% desde la introducción de la "política de gratuidad" (información proveniente de las entrevistas). El presupuesto proyectado prevé un incremento del 16% sobre el presupuesto 2007 y otro incremento del 15% sobre el presupuesto proyectado 2008 (MINSA 2007a).

El gasto Per cápita en el sector público (excluyendo el INSS) asciende a 45 USD (véase Tabla 4), lo cual, en términos comparativos, es bajo, y por lo tanto se refleja en una falta de recursos como por ejemplo medicamentos u otros suministros médicos.

2.4.2. Movilización de recursos a través del SEM de INSS

Con el fin de analizar en detalle la movilización de recursos a través del INSS, en esta sección se estudian por separado la recaudación de recursos y los aspectos que atañen a la afiliación.

Reglamento de recaudación de recursos

En el año 2007, el monto total recaudado por el INSS fue de aproximadamente 130 millones C\$ mensuales (según entrevistas con informantes claves), lo cual dio como resultado un aporte total de 342 C\$ por mes / por trabajador y una cifra promedio de 363,000 afiliados. La tasa de contribución al seguro social de salud asciende a 8.5% del salario bruto siendo la cuota patronal el 70% de esa contribución como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3: Las aportaciones para las distintas áreas del seguro social son las siguientes:
(Porcentaje del salario)

	Enfermedad Maternidad	Invalidez, vejez y muerte	Riesgo Profesional	Víctimas de Guerra	Total
Empleador	6.00	6.00	1.50	1.50	15.00
Empleado	2.25	4.00	0.00	*	6.25
Gobierno	0.25	0.00	0.00	0.00	0.25
Total	8.50	10.00	1.5	1.50	21.50

Fuente: INSS Decreto No.32-2000

Práctica de recaudación de recursos

No contamos con datos sobre el importe general de los salarios de los trabajadores del sector formal e informal como para calcular el monto total que se podría recaudar. Según un informante clave del INSS, el 75% de los afiliados al INSS devengan un salario mensual inferior a 4,500 C\$.

Se asume que las contribuciones reales efectuadas al INSS son inferiores al monto total de contribuciones que potencialmente podrían recaudarse. Esto podría atribuirse a varios factores: Los representantes del INSS informaron que algunos alcaldes no pagan la contribución correspondiente de sus empleados. Más aún, es posible que tanto los

patronos como los empleados estén interesados en declarar salarios menores con el fin de efectuar pagos de menor cuantía, puesto que las contribuciones implican un aumento en los costes laborales para el patrono y salarios netos menores para el empleado. También se informó que ciertos patronos han trasladado parte de sus costos en seguro social a los empleados deduciendo un monto mayor a la supuesta tasa de contribución requiriendo así un monto menor de parte de ellos.

La gestión real de movilización del total de recursos del INSS se ve afectada asimismo por las tasas actuales de afiliación. Dado que solamente cerca del 50% de los empleados elegibles del sector formal están inscritos en el INSS (para mayores detalles y explicaciones véase la siguiente sección), existe una pérdida de aproximadamente 500 millones C\$ por año en el gasto total en salud; es decir entre 5-10% del GTS. Sin embargo, puesto que también se omite un inmenso número de empleados del sector informal, aún cuando tienen capacidad de pago, se estima que podría también movilizarse mucho más recursos. El desacierto en la cantidad potencial de movilización de recursos a través del SSS es aún mayor dado que existe un salario máximo más allá del cual no se contribuye. El mismo es de 37,000 C\$ (aprox. 1,600 USD), lo cual es relativamente bajo.

Cabe destacar que el gobierno paga 0.25% sobre el salario de cada contributivo. Sin embargo, durante los últimos años, el gobierno no ha efectuado pagos por este concepto aduciendo limitación de recursos. En 2004, este monto ascendió a 16,167,727 C\$, o el 3% de los ingresos del INSS.⁷ Se realizan negociaciones entre el INSS y el gobierno a fin de recuperar los fondos correspondientes a dichos años.

Reglas para la inscripción de afiliados

En esta sección se analiza en mayor detalle el reglamento de afiliación y las tasas reales de afiliación. Según el Decreto No.25-2005 (como reformas y adiciones al reglamento General de la ley de Seguridad Social), "sujeto al régimen obligatorio del Seguro Social es toda persona que presta o desempeña un trabajo o realiza un servicio profesional [...] a un empleador, sea esta persona natural o jurídica [...]. Sus patronos deben inscribirlos en un plazo de 72 horas a partir de iniciado su contrato de trabajo." Los socios de una compañía que desempeñan una actividad remunerada dentro de su organización están afectados al régimen del Seguro Social Obligatorio. En otras palabras, según este decreto, la mayor parte de la población económicamente activa está sujeta al régimen obligatorio (trabajadores de fábricas, tenderos, empleados bancarios, personal del servicio doméstico, maestros, funcionarios públicos, ayudantes de la zafra, etc.), con excepción de las personas que trabajan por cuenta propia en el sector formal (como médicos, abogados, dueños de almacenes, propietarios de empresas) y los que trabajan por cuenta propia en el sector informal (por ejemplo, vendedores ambulantes, comerciantes). Aunque no contamos con cifras exactas sobre la cuota de los trabajadores independientes en el sector formal e informal, estimamos que por lo menos el 70% de la PEA cae dentro de la categoría de "trabajador empleado" según la definición recogida en este decreto del INSS

⁷ Cálculos del autor con base en las CNS 2004.

y está capaz de contribuir.⁸ Con esta estimación, si se implementara debidamente el reglamento de afiliación, de todas maneras la cobertura del SSS debería alcanzar el 45% de la población.

Práctica de la inscripción de afiliados

En el año 2006, había en promedio un total de 420,000 afiliados inscritos al INSS (es decir afiliados titulares) de los cuales solamente un promedio de 363,000 estaban afiliados también al SEM (INSS 2007a). Esta cifra aumentó a cerca de 384,000 en 2007 (de los cuales unos 200,000 viven en Managua). El hecho de que no todos los afiliados contribuyen al SEM tiene que ver con cuestiones históricas (la forma en que el INSS amplió su sistema de seguridad social). Además, ciertos trabajadores no tienen acceso, es decir no tienen un proveedor (público o privado), es decir una "Empresa Médica Previsional" (EMP) (hoy llamada "Institución Proveedoras de Servicios de Salud", IPSS) contratado por el INSS, dentro de su departamento y, entonces, están exentos de contribuir al SEM, pero no queda claro cómo se interpreta y aplica este criterio.

Los 384,000 afiliados constituyen el 24% de la población económicamente activa en condiciones de contribuir.⁹ Si asumimos que el INSS actualmente se enfoca únicamente en los empleados del sector formal, la tasa de cobertura es de 68%. Las razones que explican esta amplia brecha en tasas de inscripción se evalúan más adelante. Sin embargo, cabe decir que el número de contributivos con SEM aumentó considerablemente en un 29% en el año 2006, y se espera que el aumento en el número de afiliados se acerque al 6% en los próximos años conforme al crecimiento económico (informante clave e INSS 2006).

La inscripción parcial descrita anteriormente y la consiguiente tasa menor de cobertura poblacional de la que sería posible alcanzar se deben a varias razones. Por un lado, sólo pueden ser inscritos los trabajadores que ganan igual o más que el salario mínimo (aprox. 1500 C\$), pero hay muchos trabajadores que ganan mucho menos, y por eso no son asegurados por su empleador (p. ej. domesticas). Adicionalmente, es posible que tanto los patronos como los empleados estén fuertemente interesados en evadir la inscripción en el INSS con el objeto de evitar los pagos, puesto que estos se traducen en mayores costos laborales para el patrono y menores salarios netos para el empleado. De hecho, no se sanciona al patrono cuando evade la inscripción de sus empleados y, por ende, puede que prefiera correr el riesgo de no inscribir a sus trabajadores. Existen, sin embargo, sanciones por errores en el proceso de inscripción y errores en la base de datos de la nómina de empleados que se presenta ante el INSS. Por mora de no pagar el total facturado en el plazo señalado, INSS aplica un recargo automático del 3% de lo adeudado según el saldo de cada mes. Además se podrán aplicar intereses moratorios y otros costos administrativos y judiciales.

⁸ Es decir, los parados, aquellos bajo de la línea de pobreza y aquellos trabajando "sin patrón" no formarían parte en esta estimación de 70%. Además, los oficiales de la Fuerza Armada no forman parte del INSS, si bien se ha sido discutida previamente su integración al INSS.

⁹ Con una población total proyectada de 5,603,000 en 2007 y una población económicamente activa del 30% de la población total (según OMS 2007).

Por último, el monitoreo e imposición del reglamento de inscripción/afiliación es débil: Aun cuando se da cierto grado de intercambio de bases de datos con el Ministerio de Trabajo y de Hacienda, el INSS no capta a todos los patrones ni a todos los empleados.

La introducción de la "política de gratuidad" en enero de 2007, probablemente ha contribuido en alguna medida a este tipo de evasión puesto que los pacientes No contributivos siempre pueden acceder a los servicios de salud del gobierno -y a algunos medicamentos básicos- en forma gratuita (aunque a menudo los medicamentos deban comprarse privadamente).

Con los actuales procedimientos y herramientas organizacionales y un probable déficit de agentes de promoción, la captación de todos los empleados ni siquiera resulta posible en el corto plazo. Como ejemplo podemos citar los hogares que emplean una ayuda doméstica, o las pequeñas casetas y pulperías que emplean un pequeño número de trabajadores. Si bien el gobierno anterior sostuvo discusiones sobre cómo integrar al sector informal, aparentemente esto no compete actualmente a los intereses del INSS ni cabe dentro de sus objetivos a corto plazo. Una de las razones que se aduce es que resulta demasiado costoso en términos administrativos. Otra razón más importante aún, pero velada, podría ser el hecho de que las mayores tasas de afiliación (a través de la inclusión de trabajadores de menores ingresos) reduce el monto promedio de contribución por afiliado, de tal manera que no sería posible sostener el actual monto de ingresos ni la estructura de gastos del INSS.

Asimismo, no queda claro cómo establece el INSS sus objetivos de inscripción/afiliación y recaudación de fondos. Por lo consiguiente, si bien en principio es encomiable que las disposiciones legales no limiten el seguro social de salud y la seguridad social al sector formal, la política y normativa organizacional actual no facilitan la tarea de alcanzar una cobertura total.

No encontramos una normativa para los trabajadores (dependientes o independientes) de medio tiempo. Las disposiciones legales tampoco dictan un número mínimo de horas de trabajo para que un trabajador sea elegible al plan del Régimen Integral. Esto crearía un incentivo para que tanto los patronos como los empleados establezcan un trabajo independiente ficticio, mientras que trabajan medio tiempo por unas pocas horas al mes. Así no solamente se garantizará la elegibilidad del trabajador para ser incluido el SSS, sino que a la vez traerá consigo tasas de aportación sumamente bajas. Sin embargo, durante el trabajo y las entrevistas del estudio, no hubo indicio alguno de que los patronos o los empleados sucumbieran a este tipo de incentivo.

Resultados de la práctica de recaudación de recursos y de las prácticas de inscripción

La consecuencia de la inscripción parcial de empleados no es solamente la movilización reducida de recursos (y por ende, un menor GTS), sino también el hecho de que dichos empleados se ven obligados a utilizar los servicios de salud del MINSA.

Reglamento de afiliación para los trabajadores independientes (a propia cuenta)

En el año 2006 se introdujo un nuevo plan, el “régimen facultativo” para los trabajadores independientes menores de 55 años, quienes pueden inscribirse voluntariamente al INSS (INSS 2006). Los trabajadores independientes deben pagar la tasa total de aportación, i.e. la cuota del patrono y del empleado, que suma en total el 8.25% de su salario. La cuota mínima de contribución mensual es 264 C\$, que corresponde a un ingreso de 3,200 C\$. Este ingreso mínimo es considerablemente mayor que el sueldo mínimo de los trabajadores del régimen contributivo. Este último es de aproximadamente 1,500 C\$ con una cuota mínima de alrededor de 30 C\$.

Existe un estimado de 300,000 clientes potenciales a través de las micro-financieras para el plan voluntario (INSS 2006), pero al 2006, únicamente se habían inscrito al INSS 1,880 afiliados voluntarios, cifra que, según datos provistos por informantes clave del INSS, ha ascendido a 28,000 en 2007. Aun cuando siempre ha resultado difícil convencer a este grupo poblacional de que se inscriba en el INSS, la Política de Gratuidad lo tornará aún más difícil. Cabe destacar asimismo que los afiliados potenciales al régimen facultativo deben someterse a un examen de salud de ingreso, a costo del trabajador. Es poco evidente el porqué de este examen, puesto que según informantes claves del INSS, los trabajadores no pueden ser rechazados, pero se constituye en una barrera adicional y en un trámite innecesario que debe ser cumplido. El tiempo de espera para ser elegible y poder beneficiarse de los servicios es de 3 meses, es decir, un mes más que el que deben esperar los empleados del sector formal.

2.4.3. Movilización de recursos en mutuales

Las mutuales, de alguna manera, responden a las necesidades de la población que está excluida de algún tipo de seguro y están dirigidas a los trabajadores (informales y formales) que no tienen acceso a la seguridad social. Las mutuales las componen mayoritariamente personas del sector informal (organizadas o no) que no pueden acceder al régimen facultativo ya que les resulta inasequible, y que aún cuando lo pudiesen pagar no cuentan con una red de IPSSs accesible geográficamente.

No existe información precisa sobre qué cantidad de recursos movilizan las mutuales y las micro-financieras, de modo que solamente se indican estimaciones aproximadas. En la actualidad existen 7 mutuales, 1 urbana y 6 rurales, con una cobertura de aproximadamente de 1,500 familias en el sector rural y 460 en Managua (urbano). Si se calculan 2.7 beneficiarios por familia, se cubre aproximadamente a 1,250 personas en Managua.¹⁰

El desarrollo de cada mutual es diferente, al igual que los aportes que recaudan de sus afiliados y los beneficios que brindan a los mismos. En general las contribuciones son de 50 Córdobas en Managua y de 30 en cualquier otra región, lo cual da como resultado un monto total de 576,000 C\$ de aportaciones recaudadas, un 0.01% del total del GTS. Con respecto al salario mensual promedio de 1,800 C\$ que devenga un trabajador del sector informal, según se establece en el anteproyecto de la Ley Marco del Sistema Mutual, la

¹⁰En ciertos casos, cubre solamente a niños menores de 15 años.

tasa de aportación de Managua asciende a 2.8%. Este mismo anteproyecto de ley ofrece como alternativa que el gobierno dé asistencia a cada afiliado inscrito en una mutual "equivalente al 0.50% del salario promedio de los trabajadores del sector de la economía informal". Con base en el salario de 1,800C\$, esto representaría 9 C\$ por afiliado.

Las aportaciones se recaudan de varias maneras, por ejemplo, a través de los sindicatos, donde las personas pueden hacer pagos quincenales. También se puede efectuar el pago a los promovedores de mutuales. El proceso de inscripción es largo, ya que después de haber pagado las 3 primeras cuotas ingresan al sistema. En algunos casos la cuota mensual se negocia y comparte con el patrón, puede ser del 50% cada uno. Las mutuales no reciben subsidios del gobierno. Cada mutual administra sus fondos y recaudan las cuotas de los afiliados a través del Sindicato. Prácticamente no hay mancomunación en éste sistema. Las mutuales han tenido apoyo financiero de una ONG Belga, específicamente para acciones de promoción y prevención y para fortalecer los procesos de afiliación.

2.4.4. Seguro de salud privado

Los planes de medicina privada prepaga representan casi 1% del GTS según las CNS del 2004. El seguro privado está compuesta por pocas empresas, y hemos identificado tres: INISER, Seguro América, JDC Jarquín. La más grande de ellas cuenta con aproximadamente 5000 afiliados. Por consiguiente, el tamaño total del mercado no supera los 10,000, es decir, un máximo de alrededor del 0.5% de la población está cubierta por el SPS, asumiendo que se incluyen dentro del plan de seguro de 2 a 3 dependientes familiares adicionales por afiliado.

La cuota a pagar por una familia es bastante alta; por ejemplo, una familia con dos hijos puede pagar entre 800 USD a 1,500 USD para una cobertura máxima de 25,000 o 100,000 USD anuales respectivamente. Los afiliados a la medicina privada tienen un deducible después del cual deben pagar un copago de entre el 20 y 30%, dependiendo si la clínica u hospital al que acuden está o no dentro de la red de prestadores de dicho seguro. Obviamente las tasas de contribución son mayores puesto que el paquete de beneficios incluye servicios de más alto costo, y también debido a que se trata de fondos de menor cuantía. En Nicaragua, los seguros privados tienen derecho a la no admisión de miembros o a la no extensión de los contratos de cobertura.

Los empleados que contribuyen al INSS no tienen la opción de no aportar. Su participación es obligatoria. Es decir que si estas personas además tienen un seguro privado, ellos pagan la contribución del INSS y del seguro privado (más los co-pagos). El perfil del seguro privado es sobre todo dirigido a la clase media, profesionales y grandes empresas, como por ejemplo Enitel, una empresa de telecomunicación. En ese caso las empresas pagan no sólo su contribución al INSS sino también al seguro privado.

Los seguros privados de salud no son instituciones especializadas en salud, estas son compañías de seguros que tienen como uno de sus productos el seguro de salud. Según informantes claves, el seguro de salud no es fuertemente rentable.

Suficiente movilización de recursos:

Logro actual del indicador de desempeño:

El gasto total per cápita en salud en 2004 es de 66 USD (o 257 USD basado en la paridad del poder de compra), es relativamente bajo, y de este gasto, más de la mitad son gastos de bolsillo. Además, el gasto es muy desigual en los diferentes planes de financiamiento de salud.

En 2004, el gasto público en salud per cápita es de 36 USD, y 25 USD per cápita por el MINSA. Este gasto, obviamente, es muy bajo y explica la constante escasez de recursos en las unidades de salud del MINSA.

Temas y cuestiones claves:

La pregunta clave es cómo incrementar la movilización total de recursos. El desafío particular es incrementar el número de afiliados inscritos al INSS.

2.5. Mancomunación versus segmentación y subsidios cruzados

Indicador del desempeño normativo:

Cada "unidad de riesgo" recibe el mismo monto de recursos.

Esta sección trata sobre la mancomunación vista desde tres ángulos distintos: Mancomunación en todos los planes de financiamiento de salud; (5.2.1), subsidios cruzados (2.5.2.) y mancomunación dentro de los mismos fondos, i.e. la composición de la cobertura conjunta de riesgos (2.5.3.).

2.5.1. Ausencia de mancomunación en los planes de financiamiento de salud

No existe mancomunación de fondos ni igualación de riesgos entre el MINSA, el INSS y otros planes. Es más, las mutuales y micro-financieras operan en forma completamente autónoma. No existen convenios con el INSS y tampoco se reciben subsidios del gobierno. Los planes de seguro privado de salud también operan de manera totalmente independiente. Sin embargo, debido a que, afortunadamente, los afiliados al SPS no pueden optar por no formar parte del INSS, este último no pierde afiliados de altos ingresos / bajo riesgo.

A falta de mancomunación e igualación de riesgos, el gasto en salud por persona en estos distintos planes es bastante desigual, según lo revela la Tabla 4. El SPS reúne trabajadores que devengan altos salarios, mientras que el MINSA atiende a los más pobres de entre los pobres fuera del sector formal. Dado que las personas de menores ingresos por lo regular corren mayores riesgos de salud y por ende, tienen mayores necesidades de atención sanitaria, se hace aún más patente este desequilibrio del gasto en salud por "unidad de riesgo" entre los tres planes: MINSA, INSS y SPS.

Tabla 4: Nivel de segmentación de los recursos (basado en las CNS 2004, a menos que se indique lo contrario)

	Sector público - MINSAs	SEM ¹	Seguro Privado de Salud	Micro-seguro / Seguro de salud comunitario
Número de diferentes fondos	17 SILAIS	1	por lo menos 3	7
% del GTS	35.6%	16.5%	0.89*	0.01%*
Afiliados titulares	-	384,000	< 10,000*	~ 2000*
Número de personas cubiertas	En principio, toda la población puede recibir servicios de MINSAs.	1,036,800**	27,000**	< 5.500**
% de la población	-	18.5%	0.5%	0.1%
Monto aproximado promedio por beneficiario (incluye costos administrativos y está expresado en cifras nominales)	23 USD (en 2004), para la población total; 31 USD (en 2004), excluyendo los asegurados; 38 USD (en 2007), para la población total; 45 USD (en 2007), excluyendo los asegurados*****	99 USD (en 2004), Con número total de 590,000 personas cubiertas*** 80 USD (en 2007)**** Además de los beneficios del MINSAs	115 USD (en 2004), Asumiendo 27,000 beneficiarios ¹¹ 288 USD (en 2007)**** Para una cobertura de hasta 100,000 USD dependiendo del plan elegido.	6 USD (en 2007)**** Además de los beneficios del MINSAs
Tipo de ocupación principal del grupo	Trabajadores del sector informal y formal no-asegurado	Trabajadores del sector formal	Sector formal y estratos más adinerados	Managua: Trabajadores de propia cuenta, ingreso bajo Rural: Campesinos, trabajadores, sector informal

* Basado en miembros registrados como se describe en Sección 2.4.3. y 2.4.4.

** Número de afiliados principales multiplicado por 2.7

*** cf. BM 2007, Tabla III.C.1, Pág. 75. En años anteriores solo niños de hasta 6 años estaban cubiertos.

**** Estimaciones de los beneficios per capita en el 2007 fueron calculados en base a las contribuciones realizadas.

***** Basado en datos del MINSAs (2007a)

¹¹ No data on the number of beneficiaries of private health insurance schemes was available. It is assumed to be much lower, hence the average amount per beneficiary is an under-estimation.

2.5.2. Subsidio cruzado no propicio

Si bien no existe mancomunación explícita ni igualación de riesgos entre el INSS y el MINSa (i.e. los fondos del INSS no fluyen hacia el MINSa para equiparar las diferencias entre ambos), existen, sin embargo, algunos subsidios cruzados directos e indirectos del gobierno/MINSa al INSS. Dichos subsidios cruzados se suscitan de varias maneras.

Primero, el gobierno aporta al INSS el 0.25% del salario de cada afiliado contributivo del INSS, lo cual constituye un subsidio cruzado oficial del gobierno al INSS. De hecho, el actual subsidio de 0.25% del salario de los afiliados realizado por el gobierno constituye, así, una forma de "desigualación (aún mayor) del riesgo", ya que contribuye a aumentar la diferencia en el gasto per capita entre los afiliados del INSS y los que no lo son. Según los datos de las CNS de 2004 y confirmación en entrevistas, dichas subsidios no fueron pagadas en los últimos años. No obstante, el INSS espera la eventual transferencia de dichos pagos.

Segundo, el conjunto de beneficios del INSS no provee cobertura integral (véase la Sección 2.7.2.), de modo que para cubrir eventos de alto costo como lo son el tratamiento de enfermedades crónicas o el tratamiento del sida, los afiliados al INSS se ven obligados a buscar atención médica en las clínicas del gobierno. En otras palabras, el MINSa carga con las costosas intervenciones que requieren los contributivos.

En tercer lugar, existe un subsidio cruzado causado por el prevaleciente mecanismo de pago a los prestadores de servicios de salud. Estos prestadores cuentan con un incentivo para reducir sus costos. De hecho, especialmente desde que está vigente la Política de Gratuidad, podrían tender a enviar a los pacientes que requieren tratamientos costosos a las clínicas del MINSa, incluso para intervenciones cubiertas por el INSS ya que los afiliados al INSS podrían no siempre conocer exactamente qué cubre y qué no cubre el INSS. Además, en la actualidad, bajo la Política de Gratuidad, cualquier afiliado contributivo puede acudir a la red pública para recibir tratamiento por cualquier tipo de enfermedad, y el MINSa no recuperaría los costos de atención de salud por parte del INSS.¹² No existe un registro de estas atenciones realizadas por parte de la red pública del MINSa que pudieran ser cubiertas por la red del INSS.

Cuadro 2:

El papel del MINSa como proveedor de última instancia:

No sólo aquellos sin seguro formal sino también aquellos asegurados pueden obtener servicios de salud a través del MINSa. El MINSa actúa, de alguna manera, como prestador de última instancia, es decir, aquellos asegurados (del INSS o del seguro privado) que requieran servicios, estén incluidos o no incluidos en el conjunto de prestaciones, pueden ser obtenidos a través del MINSa. Aún para servicios cubiertos por

¹² No obstante, el efecto de la Política de Gratuidad es limitado, puesto que los informantes clave consideran que la gente todavía va a las EMP por la mejor calidad (tiempo de espera y más calidad como limpieza y buena atención).

el conjunto de prestaciones del INSS, algunos asegurados prefieren (por alguna razón, por ej. geográfica) utilizar el hospital o dispensario público.

Desde 2007, no hay ningún mecanismo por el cuál el MINSa puede recuperar el costo de los servicios prestados a aquellos que tengan alguna clase de seguro.

Otra de las consecuencias es que así también aumenta el número de pacientes y la carga de trabajo en las unidades de atención del MINSa, mientras que el conjunto de recursos en general permanece igual.

Las últimas dos formas de subsidio cruzado descritas podrían sumar un monto considerable no cuantificado a la fecha. De hecho, la última forma podría alcanzar el mismo nivel que los subsidios indirectos que se discutieron en la Sección 2.2: Anteriormente, los hospitales del MINSa podían operar como establecimientos acreditados por el INSS, es decir como EMPs, a la vez que atendían a las personas no aseguradas. Según análisis previos e información recabada en las entrevistas, los gerentes de los hospitales del MINSa estaban interesados en brindar a los asegurados una atención sanitaria de mejor calidad con el fin de atraer el ingreso al hospital de un mayor número de nuevos afiliados. En la práctica, los gerentes de los hospitales utilizaron recursos del gobierno para prestar un mejor servicio a los asegurados. A ese respecto, los hospitales habían establecido pabellones distintos para los afiliados y los no afiliados. Es importante recalcar que esto fue posible debido a la falta de normativa y control por parte del MINSa. Por lo tanto, con el fin de detener este subsidio cruzado, entre otras razones, se introdujo la política de gratuidad acompañada de la orden administrativa que determina que los establecimientos del MINSa no pueden cobrar por sus servicios y no están autorizados a recuperar los costos del INSS.

Una de las medidas institucionales inmediatas al ascenso al Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional fue la de eliminar las EMP que funcionaban en hospitales públicos del MINSa y organizar una Clínica Médica Previsional del MINSa. Su sede es el Hospital Metrópoli Xolotlán en Managua con 19 filiales para la atención de asegurados en cada uno de los departamentos donde antes había EMP de los hospitales públicos del MINSa. Hoy, son llamadas "Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud" o IPSS. Con esto, se separó la gerencia y cuentas y la atención de los asegurados para evitar al máximo el subsidio cruzado a lo interno de la institución y colocarlas como referente para elevar la calidad de la atención de las Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud (IPSS) privadas.

Si bien el alto nivel previo de subsidio cruzado indirecto del MINSa al INSS no resultó propicio y afectó la equidad en forma negativa, no se sabe a ciencia cierta si esta nueva orden administrativa (mediante la cual se prohíbe particularmente a los hospitales del MINSa la recuperación de costos del INSS) generará un mejor resultado final. Los subsidios cruzados aún se mantienen en niveles altos, en tanto que se ha reducido el número de prestadores para contributivos de la red del INSS.

Incluso podría existir otra forma de subsidio cruzado que también se verifica con frecuencia en otros países: Algunas personas pertenecientes al personal de salud sostienen dos empleos – uno en el MINSa y otro en una IPSS. Mientras ganan un salario de tiempo completo en las unidades de salud del MINSa, algunos de ellos sólo trabajan

aproximadamente medio día en dichos centros y luego dedican el resto del día a trabajar en una IPSS, donde ganan un salario adicional. Se asume que si este personal de salud no recibiera un salario de tiempo completo en el MINSA, las IPSSs tendrían ciertamente que pagar un salario mayor de lo que pagan actualmente. En otras palabras, las IPSSs pueden beneficiarse con el hecho de que cierto personal de salud recibe una remuneración del MINSA por parte del tiempo trabajado en las IPSSs. Esto podría evitarse si existiera un control más estricto por parte del MINSA y cruce de base de datos del personal contratado por ambas instituciones.

2.5.3. Fragmentación y composición del riesgo dentro de los planes de financiamiento de salud

MINSA

En lo que concierne al nivel de fragmentación de los fondos del MINSA, es preciso que examinemos la asignación de recursos del mismo. Dichos fondos se asignan a los 17 SILAIS con base en una presupuestación histórica. Es decir, la misma no toma en cuenta las características de la población (tamaño, conformación) ni el perfil epidemiológico, i.e., los perfiles de riesgo en salud de las personas. El actual proceso de asignación de recursos dentro del MINSA hacia los SILAIS se refleja en un gasto per cápita desigual en los distintos SILAIS, el cual fluctúa entre 251C\$ (Matagalpa) y 674C\$ Managua (MINSA 2007c, véase Anexo 1). De ese modo, se evidencia una severa fragmentación dentro del financiamiento con base tributaria del MINSA.

INSS

Dentro del INSS, las reglas existentes y la conformación institucional evitan, en principio, una considerable fragmentación: Las reglas de afiliación obligatoria ("solidaridad de riesgos") y contribuciones relativas a los ingresos ("solidaridad de ingresos") constituyen dos mecanismos institucionales importantes para un fondo común de riesgo en "equilibrio normal", que significa que tanto personas con mayores o menores ingresos y con altos o bajos riesgos de salud formen parte del fondo común. Por otro lado, todos los empleados deben contribuir al INSS, y aún cuando las personas en mejor situación pueden optar por un plan SPS adicional, no existe la regla de autoexclusión ("opting out"). Por ende, la existencia del SPS no menoscaba el grado de mancomunación dentro del INSS. Aún así, el límite vigente de aportación reduce la mancomunación entre las personas que perciben ingresos altos y aquellas que perciben ingresos bajos. Sin embargo, en la práctica, únicamente se afilia una parte de los grupos poblacionales elegibles. El 75% de ellos pertenece al cuarto y quinto quintil de ingresos (véase la Tabla 6). En otros términos, los actuales afiliados al INSS pertenecen a la población en mejor situación económica y son los que corren menores riesgos de salud. En otras palabras, la mancomunación de riesgos del INSS, es una mancomunación de ingresos relativamente altos y de riesgos relativamente bajos.

Otra de las inquietudes es el hecho de que la norma de afiliación vigente tiene como consecuencia una cobertura reducida, ya que únicamente están cubiertos los hijos del titular menores de 12 años de edad y las esposas sólo durante el embarazo. Los niños

mayores de 12 años, las esposas que requieran servicios de salud fuera del embarazo y los esposos de afiliadas contributivas no están cubiertos.¹³ La cobertura de un número mayor de dependientes no necesariamente afectaría la conformación del riesgo, pero el conjunto de beneficios para toda la familia obviamente tiene un mayor costo que el conjunto que cubre sólo a ciertos miembros de una familia. Adicionalmente, la actual forma de remuneración a las IPSSs – una tasa de capitación por familia (aunque no todos los miembros estén incluidos) – podría también contribuir a una mayor fragmentación y distribución inequitativa de los recursos, es decir una cantidad desigual de fondos por persona / unidad de riesgo en las distintas IPSSs, ya que la tasa de capitación no toma en cuenta el tamaño de la familia, las características de la población (sexo, edad) y demás factores epidemiológicos (véase también la Sección 2.6.2. para una mayor ilustración del tema).

Mutuales

El grado de mancomunación dentro de una mutual es inexistente entre mutuales. La afiliación es voluntaria, lo cual intrínsecamente conduce a la selección adversa ("adverse selection"), i.e. se afilian solamente aquellas personas que anticipan utilizar el seguro. Por lo regular, se trata de personas con riesgos de salud más altos y como tal, la mancomunación no está conformada por una mezcla "equilibrada" de buenos y malos riesgos. Además, los afiliados aportan cuotas niveladas no sujetas a los ingresos percibidos. Por último, no se produce una mancomunación o igualación de riesgos entre estos fondos tan pequeños. Así, cada mutual podría, en principio, caer fácilmente en bancarrota en caso de presentarse mayores gastos de salud, pero el comité directivo a cargo de la autorización de todos los gastos de salud intenta evitarlo.

Seguro privado de salud

Sobra decir que no existe una mancomunación solidaria dentro de los SPS. Son seguros privados tradicionales, es decir con afiliación voluntaria, prima ajustada al riesgo y con chequeo de enfermedades preexistentes. Los miembros individuales pueden ser rechazados, o podría no prorrogarse su contrato o verse aumentada la prima si el SPS considera que el cliente se ha vuelto demasiado costoso. Obviamente, los SPS prefieren grupos de asegurados a través de la afiliación de empresas, puesto que en ese caso la selección adversa por parte de los asegurados, es menor.

Mancomunación:

Logro actual del indicador de desempeño:

El gasto per cápita es muy desigual en los diferentes planes de financiamiento de salud. Cuando se toma en cuenta que las personas que tienen que depender de la prestación de servicios de salud del MINSA (los "no asegurados") son, por lo general, personas con mayores riesgos de salud, el indicador de desempeño de "igual gasto por igual unidad de riesgo" está incluso más lejos de lograrse.

¹³ Algunas de las empresas públicas (antiguos centros del MINSA) atraen afiliados del INSS para que se inscriban en ellas ofreciéndoles la cobertura de todos los hijos menores de 18 años.

Esto se debe a la fuerte segmentación del sistema de financiamiento de salud. La falta de vinculaciones o medidas de igualación de riesgos entre los planes se agrava aún más con los subsidios cruzados indirectos del gobierno al INSS (que de alguna manera van en el sentido opuesto del requerido para una mayor igualación).

Temas y cuestiones claves:

La interrogante es cómo incrementar la mancomunación para reducir la segmentación y cómo eliminar los subsidios cruzados indirectos mencionados anteriormente.

2.6. Compra, estructura de provisión y mecanismos de pago

Indicador del desempeño normativo:

Óptimo uso de los recursos disponibles:

La estructura de compra y los mecanismos de pago a proveedores aseguran la provisión más eficiente y más equitativa del conjunto de beneficios.

Antes de la introducción de la Política de Gratuidad quienes compraban servicios de salud en dependencias públicas eran en principio:

1. El MINSAL para hospitales, y los SILAIS para los centros de salud;
2. El INSS u otra EMP que subcontractaban una unidad del MINSAL; y
3. Los pacientes privados (en alas privadas) que pagan en efectivo; y aquellos con un seguro privado de salud con derecho a reembolso.

Es decir, un hospital público podía tener tres formas de financiamiento o compra. La primera era la compra para los *no contributivos*, esto es, la atención pública gratuita para la gente sin capacidad de pago, realizada por MINSAL a los hospitales públicos y por los SILAIS a centros de salud. La segunda era la compra para la atención de los *contributivos* realizada directamente a través del INSS (que pagaba una cápita por los afiliados inscritos en ese hospital) o a través de la contratación de algunos servicios por parte de otra/s EMPs. Por último lo que le llamaban el *voluntario* o *privado-privado* que eran aquellos que podían pagar la totalidad de la consulta en gastos de bolsillo con o sin reembolso de los seguros privados.

A falta de normativa y control, esta estructura de compra de servicios múltiple condujo a una situación en la cual los gerentes de los hospitales públicos utilizaron los recursos presupuestarios del MINSAL para los pacientes privados o asegurados por el INSS en detrimento de aquellos sin seguros ni capacidad e pago. Esto dio lugar a un subsidio cruzado indirecto masivo del MINSAL al INSS (según lo descrito en la Sección 2.4.1.). Esto establecía también incentivos para los recursos humanos ya que primero se atendía al privado-privado y luego a los contributivos en detrimento del no contributivo.

Desde que fue establecida la Política de Gratuidad, las unidades de salud del MINSAL operan dentro de una estructura de pagador único, siendo el MINSAL el único comprador.

Es más, como medida complementaria, 10 hospitales del MINSA se convirtieron en empresas públicas del MINSA para atender exclusivamente a los contributivos. La Política de Gratuidad suspendió el subsidio cruzado indirecto (según lo descrito en la Sección 2.5.2.). Sin embargo, esto en realidad contribuye a una mayor fragmentación en la prestación de servicios de salud para los contributivos y no contributivos. Se redujo además la disponibilidad de servicios.

Por el contrario, aún existe una estructura de compra múltiple para los proveedores de servicios privados de salud:

1. El INSS
2. Las IPSSs que subcontratan un centro privado.
3. Pacientes privados, pago en efectivo
4. Pacientes con seguro privado de salud (con copago por parte del paciente).

Para las clínicas privadas, los pacientes que pagan en efectivo y los asegurados con seguro privado de salud constituyen un grupo más atractivo que el grupo de pacientes del INSS. Sin embargo, debido a que no existen más de unos 10,000 afiliados titulares de seguros privados de salud (ver Tabla 4), estos constituyen únicamente una cuota menor del ingreso de los centros privados (información extraída de las entrevistas con informantes claves).

Los centros de las ONGs operan principalmente en zonas remotas y cuentan con el apoyo financiero del MINSA y otros donantes. La Tabla 5 muestra un compendio de las estructuras de compra y de proveedores.

Tabla 5: Estructura de compra y de proveedores, incluyendo los mecanismos de pago a proveedores utilizados

Tipo de proveedor	Comprador	Mecanismo de pagos a proveedores utilizado
<i>Centros de salud gubernamentales</i>	SILAIS (MINSA)	Líneas (o partidas) presupuestarias, salarios
<i>Hospitales del Gobierno</i>	MINSA	Líneas (o partidas) presupuestarias, salarios
<i>Empresas públicas del MINSA</i>	INSS	Mayormente capitación
<i>Clínicas privadas / hospitales</i>	INSS	Mayormente capitación; Pago por caso y por evento para intervenciones seleccionadas.
	IPSS	Pago por evento o basado en un acuerdo específico entre las partes; tasas negociadas (pago por caso y pago por evento)
	Seguro Privado de Salud	Pago por evento
	Pacientes que pagan en efectivo (Gastos de bolsillo)	
<i>Clínicas de las ONG</i>	MINSA	Presupuesto / Fondos externos

2.6.1. Compra y mecanismos de pago a proveedores del MINSA

El MINSA es el único comprador de servicios de salud del gobierno desde el mes de enero de 2007 con la excepción de las IPSS - hospitales públicos. El MINSA, asigna recursos a los 17 SILAIS a lo ancho del país. También los hospitales, hasta la fecha, reciben su asignación presupuestaria directamente del nivel central, pero en el año 2008, se tiene previsto colocar a los hospitales bajo la dirección de SILAIS. El presupuesto se aprueba en forma anual, se programa en forma trimestral y se transfiere en forma mensual. La presupuestación es ascendente, i.e., los centros de salud y los hospitales presentan sus presupuestos a sus SILAIS respectivos y luego éstos “negocian” con el MINSA, sin embargo hay un techo predeterminado.

Aunque se prevé que los SILAIS funcionen como autoridades departamentales de gestión descentradas, el nivel de descentralización financiera es demasiado bajo. El MINSA paga los salarios directamente y la compra de medicamentos también se realiza a nivel central por razones de economías de escala. Por ende, y según informantes claves, los SILAIS y hospitales, en la práctica, manejan únicamente cerca del 10-15% de su presupuesto total, y los gerentes de SILAIS y de los hospitales deben obtener la autorización del MINSA incluso para gastos presupuestados de acuerdo con las asignaciones de partidas presupuestarias. Según los gerentes de hospitales entrevistados, la ejecución de cerca del 5% del presupuesto del hospital queda a su discreción. El problema con éste tipo de presupuestación por partidas, poco flexible, radica en el hecho de que no permite la utilización de los recursos de acuerdo a las necesidades reales.

Hasta la fecha no existe elemento estratégico alguno en el proceso de compra. Queda claro que el bajo nivel actual de desconcentración y la presupuestación histórica por partidas resultan en un bajo nivel de libertad gerencial afectando negativamente el uso eficiente de la asignación de recursos, la cual se ve aún más agravada por la falta de criterios de eficiencia y equidad en la asignación de fondos a los SILAIS.

En el pasado, lo recaudado por los pagos de bolsillo realizado por los usuarios debía remitirse a un fondo específico central. Sin embargo, los SILAIS podían solicitar la utilización de los mismos cuando lo necesitasen. Con la mayor utilización de centros de salud a partir de la introducción de la Política de Gratuidad, los SILAIS y los hospitales ahora reciben un presupuesto más elevado que cubre aproximadamente lo que antes se recaudaba a través de los gastos de bolsillo.

Según se indica, existe un Fondo de Emergencia a nivel nacional al cual el SILAIS puede recurrir en caso de “emergencia”, desastre natural o el brote de alguna enfermedad. No tenemos información sobre cómo y bajo qué criterio se asignan tales fondos.

2.6.2. Compra y mecanismos de pago a proveedores del INSS

Compra y contratación selectiva

En Nicaragua existe una clara separación entre el comprador y el proveedor dentro SSS. El INSS compra servicios de salud de las EMPs (hoy IPSSs). Las EMPs fueron creadas a principios de la década de los noventa. Según información obtenida de informantes claves, en años anteriores, existían unas 150 EMPs (entre públicas y privadas) las cuales se fueron decantando porque la gente prefería los hospitales grandes/clínicas donde tienen más servicios ya que sólo se pueden afiliarse a un establecimiento de salud y en ese momento podían cambiar una vez por año. En la actualidad existen 49 IPSSs acreditadas de las cuales el INSS adquiere servicios. Algunas cuentan con “filiales”, por lo que su número asciende a un total de 60 clínicas. Antes había 10 EMPs que también se desempeñaban como hospitales públicos y que funcionaban de manera totalmente independiente. Ahora estas IPSSs públicas están conectadas a través de un nuevo Director de la sede de las IPSSs públicas.

La mayor parte de las IPSSs se encuentran ubicadas en Managua (24), seguida de León (7), Chinandega (4), Estelí (3) y Matagalpa (3). Cuatro departamentos cuentan con dos IPSSs, y los ocho restantes cuentan con una solamente. En conjunto, las IPSSs son mayormente urbanas.

En teoría, cualquier proveedor que reúna los criterios de acreditación podría ser contratado por el INSS (contratación colectiva), pero en la práctica, se comprobó que impera la contratación selectiva. Otras de las razones que explican el reducido número de IPSSs es más bien de índole “político”, según lo expresado por informantes claves: Si el propietario de una IPSS es una persona influyente en el ámbito político, se cerciorará, a través de sus conexiones políticas, de que no se acredite a ninguna otra IPSS en la zona de captación / departamento a fin de evitar la competencia.

Con la introducción de la Política de Gratuidad, existe incertidumbre respecto a cómo pueden hoy las IPSS privadas ofrecer la gama completa de servicios según la definición de un conjunto de beneficios, puesto que ya no pueden comprarlos del MINSA. O bien remiten pacientes a otras IPSS en otros departamentos o simplemente remiten pacientes a unidades del MINSA, ahorrando así sus propios recursos (los cuales, bajo la modalidad anterior, hubiesen sido empleados en la remuneración de establecimientos subcontratados) (véase Sección 2.5.2.).

Registro de pacientes en las IPSSs

Los afiliados al INSS deben elegir una IPSS como su proveedor de servicios y, por ende, inscribirse en la misma. Por ley, los asegurados que quieren afiliarse con una IPSS deben ser aceptados. No tenemos indicaciones ni evidencia anecdótica de que se rechace a aquellos pacientes con altos riesgos de salud, pero obviamente esto no es fácil de observar, y solamente las entrevistas confidenciales revelarían tal información.

Algunas IPSSs cuentan con más de 100 promotores que trabajan en la calle tratando de captar más afiliados y, como existe una fuerte competencia entre las IPSSs, se presenta una “lucha en la calle”, como lo expresó una IPSS. Otras IPSSs cuentan únicamente con

unos cuantos “contratistas”. La Dirección de las IPSSs públicas cuenta con un Departamento de Mercadeo y contrata promotores de venta que visitan las empresas y tratan de vender en la zona industrial. Aún cuando las empresas públicas del MINSA constituyen casi el 20% del número total de IPSSs, el porcentaje de afiliados inscritos es de alrededor del 10% (38,000 afiliados), pese a que ofrece un mayor conjunto de beneficios.

Los dependientes de los afiliados al SEM, igualmente cubiertos por el plan, particularmente los niños de 0-12 años y la esposa durante el embarazo, no están específicamente inscritos y por ello no hay cifras exactas disponibles sobre el total de beneficiarios que deben estar cubiertos. El INSS basa sus planificaciones en un factor de dependencia de 2.7 (información obtenida de informantes claves del INSS).

Mecanismo de pago a proveedores

La remuneración a proveedores se basa en la tasa de capitación. Sin embargo, según ciertos proveedores, el tipo de mecanismo de pago a proveedores elegido y la tasa no se basaron en negociaciones ni en datos de costeo exactos.

La tasa de capitación en 2007 asciende a C\$ 252 mensuales por cada afiliado, pero es una tasa de capitación con la cual se atiende tanto al afiliado como a sus dependientes cubiertos (niños menores de 12 años y la esposa durante el embarazo). Con esta tasa de capitación de base casi-familiar, las IPSSs tendrían interés en registrar principalmente a trabajadores solteros o mayores, cuyos hijos sobrepasan los 12 años de edad, y en rechazar o lograr el abandono de aquellos trabajadores con niños menores de 12 años. No hubo indicios de ese tipo de conducta de selección de riesgos, pero podría darse en forma sumamente velada.

La incertidumbre del riesgo de gastos es especialmente alta dada la tasa fija de capitación de base casi-familiar: las IPSSs no saben cuántos dependientes están cubiertos junto con sus afiliados titulares, y es posible que algunas IPSSs atiendan afiliados con una tasa menor de dependencia que otras IPSSs. De por sí, al tener que ocuparse de esta incertidumbre en los gastos, crece aún más su interés en una tasa de capitación muy elevada.

Como se mencionó anteriormente, las IPSSs pueden subcontratar otros proveedores para servicios específicos / especializados que no son capaces de ofrecer ellas mismas; por ejemplo, centros de diagnóstico y complementación terapéutica. Los proveedores subcontratados se remuneran con base en el pago por evento. También se mencionaron las ventajas fiscales de la subcontratación de otros proveedores. No existe realmente un registro o listado de tales subcontratistas.

El INSS comenzó a incluir algunas intervenciones médicas nuevas (de alto costo) en el conjunto de beneficios (entre otras, diálisis por insuficiencia renal). Estas se pagan sobre la base de “pospago”, con tasas fijas claramente establecidas y un volumen predefinido¹⁴. Asimismo, con la preautorización del INSS, las IPSSs pueden ofrecer servicios

¹⁴ Actualmente, son 57 pacientes, a 85 USD mensuales.

específicos de alto costo que luego son remunerados a través de pago por eventos. En principio, esta situación traslada la incertidumbre del gasto enteramente al INSS. Sin embargo, no pudimos establecer qué clase de servicios pueden ofrecerse ni cuáles son los criterios de preautorización, ni cómo se verifica el proceso. Los informantes claves comentaron que tales servicios están únicamente a la disposición de pacientes influyentes que cuentan con las conexiones apropiadas, lo cual resulta en un inequitativo acceso a los servicios y en conjuntos de beneficios desiguales. De igual modo, parece que solamente determinadas IPSSs pueden beneficiarse de tales ingresos extra.

Tasa de remuneración a proveedores

La tasa de capitación ha aumentado considerablemente en los últimos años.¹⁵ Las tasas se basan en diversos estudios de costeo (INSS 2001), en los que se aplicó un método de costeo descendente ("top-down costing"). Por lo consiguiente, jamás se ha efectuado un preciso costeo del conjunto de beneficios en sí de forma ascendente ("bottom-up costing"). No se conocen las cifras exactas de los costos, pero parece que las tasas de capitación establecidas son bastante altas. De acuerdo a las entrevistas realizadas, el margen de utilidad de las IPSSs (privadas) varía entre un 10% (IPSSs más pequeñas con menos afiliados) y 30% (IPSSs más grandes con más afiliados), también porque los salarios del cuerpo médico que pagan las IPSSs son inferiores a los salarios que paga el MINSA. Por el contrario, las IPSSs públicas declaran que su margen de utilidad es del 1% en Managua y del 2% afuera. Este menor margen de utilidad podría deberse a que se ofrece un conjunto de beneficios más amplio (véase la Sección 2.7.2.) y además han aumentado las inversiones de capital en equipos que habían sido previamente suspendidas.

Incentivos e impacto de esta estructura institucional

Es del conocimiento general que los incentivos que la capitación desencadena, pueden conducir a una sub-provisión, tal como estadías promedio más cortas, menor tiempo empleado en el paciente por parte del cuerpo médico, menor número de exámenes de diagnóstico de los necesarios y menor suministro de fármacos. Pese a la elevada tasa de capitación, la existencia de sub-provisión fue confirmada por varios informantes claves. Se citaron ejemplos de pacientes que recibían solamente parte de la dosis recetada y debían volver para recibir el resto. De igual modo, la estadía promedio de los asegurados es casi la mitad de los no asegurados (véase la Tabla 10). Como se expuso anteriormente, el remitir a los pacientes a los servicios gratuitos del MINSA constituye también una consecuencia del incentivo prevaleciente de sub-provisión establecido por el sistema de remuneración con base en la capitación.

En un sistema de capitación, los proveedores tienen interés en que sus afiliados se encuentren y permanezcan saludables mediante actividades sanitarias preventivas y de promoción. El pago por capitación establece un incentivo para ocuparse de tales intervenciones. Sin embargo, los informantes claves exponen sus dudas respecto a si las IPSSs verdaderamente realizan intervenciones preventivas y de promoción. Una de las

¹⁵ 1996: 97.55 C\$; 2000: 130.77 C\$, 2007: 252 C\$. Véase INSS (2001).

razones podría ser que tales intervenciones no se detallan en el listado de servicios como parte del conjunto de beneficios.

En otros tiempos, los afiliados del INSS podían cambiar su EMP (hoy: IPSS) cada año. En el transcurso del último año, se permitió hacer un cambio varias veces al año, y se ha fijado una nueva norma que permite hacer un cambio cada 3 meses. Aún cuando a la fecha es posible que no todos los pacientes conozcan esta posibilidad, definitivamente debilitará cualquier incentivo o esfuerzo de las IPSSs por involucrarse en actividades de prevención y promoción. Lo anterior se debe a que un período de 3 meses es demasiado corto para llevar a cabo actividades de prevención y promoción a fin de alcanzar mejores resultados de salud para sus afiliados. Por ende, las IPSSs incurrirán en costos adicionales al emprender tales actividades, mientras que el riesgo de perder a un paciente tras pocos meses y, por ende, no beneficiarse del ahorro en costos generado por pacientes más saludables, es demasiado grande.

2.6.3. Compra y mecanismos de pago a proveedores en las Mutuales

Unas pocas mutuales cuentan con su propia estructura de proveedores. La mayoría de ellas tienen un bajo poder adquisitivo debido a su pequeño tamaño y han suscrito convenios de provisión de servicios con el MINSA desde el año 2006 (véase la Sección 2.7.3.). Esta información no fue confirmada por las autoridades del MINSA. No hay convenios entre las mutuales y el INSS.

Las mutuales también organizan ventas sociales de medicamentos. La compra de los mismos es efectuada a través de Prosalud o Médicos Sin Fronteras. Cuentan con convenios con algunas farmacias privadas en caso que la venta social no cuente con algún medicamento necesario. Para adquirir un medicamento/procedimiento, el paciente requiere de autorización por parte de los Comités Locales. Todos estos procesos no se encuentran documentados ni divulgados.

2.6.4. Compra y mecanismos de pago a proveedores en los Seguros Privados de Salud

Los seguros privados no tienen instalaciones propias, pero establecen una red de prestadores. Subcontratan sus servicios a través de convenios con clínicas y hospitales, públicos y privados. La mayoría de los prestadores de la red del SPS están ubicados en el "Pacífico", una de las regiones más rica y poblada. A diferencia de los afiliados del INSS, los afiliados de seguros privado no tienen que afiliarse a ninguna institución en particular y pueden ir a cualquier prestador que ellos deseen. El pago de la aseguradora a los prestadores es a través de honorario por servicio (o por evento). Estos pagos por servicios están determinados y negociados por un departamento dentro de la aseguradora que estima los "costos razonables", es decir aquellos costos que van a ser cubiertos por la póliza. Los hospitales que forman parte de la red de servicios están remunerados en base

de estos precios/costos acordados. En el caso de hospitales fuera de la red que tengan costos más altos que estos precios, el asegurado será el que deba pagar dicho excedente.

Compra y mecanismos de pago:

Logro actual del indicador de desempeño:

La práctica de compra existente y los mecanismos de pago a proveedores del MINSA/SILAIS, así como del INSS, se caracterizan por un déficit institucional que afecta negativamente la eficiencia y la equidad en la entrega del conjunto de beneficios.

Temas y cuestiones claves:

La pregunta clave es si existen mecanismos de compra y pago a proveedores alternativos a las líneas presupuestarias históricas del MINSA a los SILAIS, así como a los pagos por capitación quasi-familiar del INSS.

2.7. Provisión de servicios y conjunto de prestaciones.

Indicador normativo de desempeño:

El conjunto de beneficios o conjunto de prestaciones se basa en criterios de costo-efectividad y equidad.

Aún cuando la segmentación en el financiamiento de salud no implica automática e intrínsecamente un sistema de provisión de salud segmentado, en el caso del sistema de financiamiento de salud nicaragüense se evidencia no sólo una segmentación en la recaudación sino también en la de provisión de servicios de salud. Las IPSSs públicas no prestan servicios a los no asegurados, en tanto que las unidades del MINSA se focalizan más en los no asegurados – aunque los asegurados también pueden obtener servicios gratuitos de las unidades de salud del MINSA. Las IPSSs privadas prestan servicios principalmente a los asegurados, o a pacientes con capacidad de pago.¹⁶

Este esquema provoca situaciones engorrosas, por ejemplo: un varón asegurado acude a una IPSS, mientras que su esposa (si no está embarazada) o sus hijos mayores de 12 años acuden a otros centros, salvo que paguen los servicios de su bolsillo, i.e. los miembros de la familia deben acudir a distintos proveedores, lo cual limita el desarrollo del modelo de salud familiar. De igual modo, los trabajadores de salud del MINSA deben buscar atención médica en otros centros fuera del MINSA (sea en las IPSSs públicas o en las IPSSs privadas). En la práctica, se presume que son muchos los trabajadores de salud que buscan atención médica en las unidades de salud del MINSA donde trabajan (especialmente aquellos que trabajan fuera de Managua y de las principales ciudades).

¹⁶ Algunas EMPs hacen distinción entre pacientes del INSS y pacientes que pagan en efectivo o que pertenecen a un SPS.

No es únicamente la provisión de servicios la que se encuentra segmentada. Los conjuntos de beneficios del MINSA y el INSS también difieren, según se tratará más adelante. Es más, no solamente difieren los conjuntos de beneficios, sino que, a veces, son contradictorios y, por tanto, socavan los objetivos de salud pública: Mientras que el MINSA promueve exclusivamente la lactancia materna, el conjunto de prestaciones del SEM incluye la provisión de leche de fórmula. Lo anterior es un ejemplo más de falta de coordinación e interacción entre el MINSA y el INSS.

De igual forma, existen diferencias en la calidad de atención entre los distintos programas. Se dice que la calidad en el sector público es mejor a nivel clínico que en el sector privado. Por otra parte, las IPSSs ofrecen una mejor calidad de proceso según la percepción de los pacientes (limpieza, tiempo de espera, atención del personal médico), están bien equipados y cuentan con los recursos necesarios, mientras que las unidades de salud del MINSA se caracterizan por una calidad de proceso más pobre. En particular, los centros de nivel inferior padecen de insuficiencia de recursos que de igual modo podrían afectar la calidad clínica. Los sondeos previos realizados sobre la satisfacción del usuario por parte del INSS revelaron que, en general, los pacientes están satisfechos, pero cada vez es mayor el número de pacientes que se queja del nivel de calidad recibido en las IPSSs. De nuevo, esto podría guardar relación con una insuficiente provisión de servicios como resultado del sistema de remuneración a proveedores basados en la capitación.

2.7.1. MINSA: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos

El fundamento legal del paquete de beneficios es la Ley General de Salud (Ley N° 423). Esta ley establece un Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS)¹⁷. Este PBSS constituye un conjunto de beneficios de servicios de salud para la población que incluye acciones de prevención, protección, curación y rehabilitación para toda la población (MINSA 2005).

Cuadro 3:

El Paquete Básico de Servicios de Salud (PBSS):

Los beneficios del PBSS se clasifican en tres grupos:

1. Servicios públicos en salud: Grupo de beneficios y acciones de salud pública, vigilancia, fomento y educación dirigidas a promover hábitos, prácticas y conductas favorables a la salud en el individuo, familia y comunidad. Por ejemplo, educación higiénica, inmunizaciones, prevención, promoción y vigilancia.
2. Servicios de protección y prevención en salud: Son acciones encaminadas a prevenir el daño y mantener el bienestar de la población. Por ejemplo, atención prenatal, parto y puerperio, cuidados de nutrición, planificación familiar.

¹⁷ Nicaragua. Reglamento de la Ley General de Salud. op. cit. Arto 49.

3. Servicios para la atención oportuna del daño: Son acciones dirigidas a la recuperación y rehabilitación de la salud de los individuos. Por ejemplo, emergencias médicas y seguimiento, morbilidad ambulatoria, problemas del recién nacido, etc.

A nivel de atención primaria y secundaria, básicamente se cubre toda intervención, mientras que se excluyen las costosas intervenciones a nivel terciario para las cuales no existe en Nicaragua ni la tecnología ni los recursos necesarios. En principio, no existen límites en los beneficios recibidos, pero en la práctica, las unidades de salud del MINSA sufren escasez e insuficiencia de recursos. Es posible que los pacientes no encuentren disponibles ni fármacos ni otros suministros médicos, y que deban comprarlos en otros sitios. Asimismo, los tiempos de espera para acudir a consulta con un especialista pueden extenderse por varias semanas.

La lógica de la definición del paquete de beneficios es, por ende, una combinación entre definir un paquete esencial y adoptar a la vez un enfoque de inclusión en el cual las insuficiencias prácticas de recursos determinan qué es lo que realmente se ofrece y qué no. No obstante, puesto que no existen cifras de cálculo de costos exactas, este proceso muy probablemente estará por debajo de lo óptimo.

La composición del paquete de beneficios toma en cuenta los criterios de eficiencia, puesto que se incluyen servicios esenciales eficaces en función de los costos y las externalidades de salud pública. También se persigue la equidad, puesto que actualmente se enfoca la atención primaria en salud, y se da prioridad a la salud familiar y comunitaria. En principio, el paquete de beneficios del MINSA proveería protección contra el riesgo financiero, pero en la práctica, debido a las limitaciones de recursos, no es posible recibir toda la atención necesaria, especialmente en departamentos remotos. Asimismo, muchas personas se ven obligadas a comprar varios servicios de diagnóstico, así como medicamentos, fuera de las unidades de salud del MINSA, lo cual contribuye al elevado gasto en efectivo per cápita. De hecho, el gasto en fármacos asciende a 56.2% del total de gastos de bolsillo (BM 2007, p. 19).

2.7.2. INSS: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos

Con respecto al conjunto de beneficios del SEM, "las prestaciones médicas (asistencia médica preventiva, curativa y hospitalaria) tienen como propósito proteger al trabajador y sus beneficiarios ante las contingencias de salud (enfermedad - maternidad - accidente no profesional) y la reparación del daño económico que éstas pudieran causarle a él y a sus familias" (INSS 2008).

Cuadro 4:

Beneficios de los distintos esquemas del INSS:

En el SEM se incluye una serie de prestaciones médicas contenidas en el plan básico de atención pero no incluye actividades de prevención y promoción (INSS 2006). Entre las prestaciones médicas contempladas se podrían mencionar: consulta ambulatoria general, exámenes de apoyo, exámenes especiales, fármacos, y algunos procedimientos quirúrgicos. También otorga prestaciones en especie (leche maternizada), subsidios en dinero en caso de enfermedad, subsidios de funeral, y prótesis (INSS 2008).

El Plan de Salud del adulto mayor, como parte del Seguro IVM, cubre en número menor de enfermedades, fármacos, exámenes de apoyo y procedimientos quirúrgicos. También incluye anteojos, prótesis y ayudas sociales.

El Seguro de Riesgos Profesionales cubre cirugías, fármacos, exámenes de diagnóstico, y rehabilitación, sin exclusiones (INSS 2008).

El listado oficial de medicamentos del SEM describe "las enfermedades y los medios de apoyo diagnóstico¹⁸: Cubre la atención en salud primaria y secundaria, tratamientos curativos y rehabilitación.¹⁹ Sin embargo, el conjunto excluye servicios odontológicos y oftalmológicos, monturas, e intervenciones costosas tales como el tratamiento de algunas enfermedades crónicas, la terapia antiretroviral, insuficiencia renal, etc. Para obtener estos servicios los afiliados al INSS deben buscar atención médica en los establecimientos del MINSA. No obstante, con el afán de ampliar el conjunto de beneficios, actualmente se incluye la diálisis por insuficiencia renal y 57 pacientes reciben este tipo de tratamiento. El conjunto de beneficios está orientado a las enfermedades, pero no abarca (basado en la población) actividades de prevención y promoción de la salud.

Los hospitales de empresas públicas del MINSA ofrecen un conjunto más amplio de beneficios con el fin de atraer a los pacientes. Por ejemplo, el hospital Xolotlán cubre a los hijos de los afiliados menores de 18 años y provee servicios dentales como parte de su conjunto de beneficios. Pese a contar con un conjunto de beneficios más amplio, la proporción de afiliados inscritos en las IPSSs públicas (38,000 de los 384,000 afiliados en total) es menor que la proporción de IPSSs públicas en el total de IPSSs.

Es difícil evaluar el conjunto de beneficios del INSS según criterios de eficiencia, puesto que la división del trabajo entre el MINSA, como encargado de actividades de salud pública, y el INSS, principalmente como encargado de cubrir cuidados terapéuticos, ha sido una elección deliberada. Por lo tanto, muchas intervenciones eficientes en función de los costos no están incluidas en dicho conjunto. La equidad como criterio para evaluar el conjunto de beneficios se logra sólo parcialmente. Por ejemplo, las enfermedades crónicas no están cubiertas, pero son los pacientes crónicos los que tienen necesidades especiales de atención médica. En resumen, el conjunto de beneficios del INSS no provee

¹⁸ INSS, http://www.inss.org.ni/c_asegPens/emLisEnf.html, accessed on January 17, 2008.

¹⁹ INSS cubre 872 condiciones, 331 medicamentos, 197 cirugías y 105 exámenes.

http://www.access2insulin.org/html/nicaragua_s_health_system.html, accessed on January 17, 2008.

una completa protección financiera ya que tampoco cubre las intervenciones costosas para las cuales los afiliados deben acudir a las clínicas del MINSA, pero dada la escasez ocasional de medicamentos, suministros médicos o servicios de diagnóstico, los asegurados podrían igualmente verse obligados a pagar en efectivo en instituciones privadas.

Tras un período de espera de 2 meses por régimen integral y 3 meses por régimen facultativo, se puede acceder a los servicios en forma gratuita (sin copago). Por otro lado, no existe un monto máximo más allá del cual los servicios incluidos en el conjunto de beneficios no estén cubiertos. En caso de desempleo, el INSS mantiene la cobertura por 3 meses más.

Además de atención médica, el SEM también incluye un subsidio económico en caso de enfermedad. El INSS paga el 60% de la tasa salarial diaria y el patrono, voluntariamente, podrá pagar el 40% restante. Antes, las EMPs (hoy: IPSS) debían pagar parte del subsidio con la tasa de capitación recibida, a la vez que autorizaban dicho subsidio. De ese modo, había un incentivo a restringir las autorizaciones a fin de economizar. Hoy, el total del subsidio es pagado por el INSS.

La lógica en que se basa la definición del conjunto de beneficios es el del racionamiento, dependiendo de la disponibilidad de recursos. Sin embargo, ya que no existen cifras de costeo exactas, este proceso de racionamiento no puede ser óptimo.²⁰

Los informantes claves manifiestan que muchos trabajadores no sabrían exactamente cuáles servicios están cubiertos por el INSS y cuáles pueden rechazar las IPSSs y cobrárselos, o por cuáles pueden ellos ser emitidos legítimamente a las unidades de salud del MINSA. Cada IPSS acoge a uno o dos trabajadores sociales pagados por el INSS, los cuales trabajan atendiendo consultas y reclamos de los pacientes y ejercen funciones de supervisión. No obstante, los directores médicos de las IPSSs manifiestan que por carecer de experiencia médica, dichos empleados del INSS no son capaces realmente de fungir como supervisores.

2.7.3. Mutuales: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos

El conjunto de beneficios contempla algunos servicios más que no reciben en la red pública del MINSA (venta social de medicamentos, procedimientos y consultas especializadas de odontología, ginecología, pediatra, entre otros). Igualmente, la mutual de Managua incluye como beneficios, un subsidio para los gastos fúnebres, un subsidio posparto, y exámenes de laboratorio si no están disponibles en las unidades de MINSA. Según las entrevistas sobre las mutuales, hay un convenio suscrito con el MINSA desde el 2006 para que en algunas instituciones públicas en las zonas de mayor cobertura, puedan tener una atención “preferencial”, es decir, evitar trámites, largas filas, y recibir

²⁰ El equipo que participó en el estudio fue informado que se está realizando un estudio de costeo y se esperan los resultados en el primer semestre del 2008.

atención médica de manera prioritaria (entrevistas con informantes claves). Los beneficiarios pueden adquirir algunos medicamentos a costos muy bajos, a través de las ventas sociales de medicamentos, lo que es su fuente principal de ingresos como organización. Algunas mutuales también pagan directamente al médico. Los afiliados deben pagar sus contribuciones durante 3 meses antes de poder gozar de los beneficios de salud. El tiempo de espera para los subsidios es de 6 meses, y 9 meses para gastos fúnebres.

2.7.4. SPS: Contenido del conjunto de beneficios, proceso de definición y cálculo de costos

Los seguros privados son divididos en seguros regionales y seguros internacionales, es decir los asegurados tienen acceso a servicios de salud en toda la región centroamericana o en todo el mundo (principalmente los EE.UU.). El conjunto de prestaciones ofrecido por los seguros privados está limitado por el monto que la póliza cubre, más que por la definición de un conjunto de prestaciones específico. Es decir que la póliza no tiene limitación en cuanto al tipo o cantidad de servicios específicos que pueden ser prestados, sino más bien, al gasto límite que va a ser cubierto. En general el seguro privado ofrece los mismos servicios ofrecidos por INSS pero con un mayor confort, por ejemplo, con instalaciones más nuevas y modernas, con listas de espera o colas de espera más cortas, etc.

Implementar un seguro complementario o adicional de aquel que ofrece el INSS, es difícil de diseñar. Así, las personas o empresas que quieren cobertura privada pagan doble, por un lado al INSS y por el otro al seguro

Conjunto de beneficios:

Logro actual del indicador de desempeño:

El conjunto de beneficios del INSS se basa parcialmente en criterios de eficiencia y equidad, pero hay margen para definir y aplicar estos aspectos en forma más rigurosa.

Temas y cuestiones claves:

Los distintos subsistemas de financiamiento de salud proporcionan diversos conjuntos de beneficios, y la cuestión es cómo superar estas diferencias.

2.8. Evaluación del sistema de financiamiento de salud a través de los indicadores de desempeño

2.8.1. Cobertura poblacional

Indicador normativo de desempeño:

Todos los grupos poblacionales son cubiertos de 100%.

En cuanto a la prestación de servicios, el MINSA cubre entre el 60-65% de la atención de salud. El resto de la cobertura en atención es llevado a cabo por INSS, Gobernación y el Ejército y las instituciones privadas. Gran parte de la población complementa los servicios del MINSA con servicios privados y del sector ONG. En un estudio reciente realizado entre el MINSA y la OPS/OMS²¹, reporta una incidencia de la exclusión social en salud del 57.7%, mientras que la exclusión de la atención en salud es del 43.6%. Dentro de las primeras causas de exclusión están las externas al sistema: la pobreza, condiciones de la vivienda y el acceso a servicios básicos; dentro de causas internas al sistema, inequitativa distribución de recursos, mala distribución de recurso humano y infraestructura, la distancia a los centros de salud y la mala calidad de la atención.

Las secciones anteriores revelan que Nicaragua se encuentra lejos de la cobertura universal. Por lo tanto, esta sección dará un nuevo vistazo a la cobertura de seguros de salud en particular, y a la forma en que están cubiertos los distintos grupos poblacionales.

La Tabla 4 (en la Sección 2.5) muestra que en el año 2006, únicamente un estimado del 18.5% de la población está cubierta por el INSS/SEM, y menos del 1% está cubierta por seguros privados de salud. La Tabla 6 a continuación demuestra además que esta cobertura de seguros de salud está distribuida en forma bastante desigual entre los quintiles: más del 75% de los afiliados del INSS y 80% de los afiliados del SPS pertenecen a los dos quintiles de ingresos superiores. Dicho de otro modo, los quintiles inferiores tienen menor probabilidad de cobertura por parte del INSS o de un seguro privado de salud. Algunos afiliados a seguros privados de salud también se encuentran cubiertos por el INSS, por lo cual cuentan con doble seguro pero, en la práctica, acceden a los servicios de salud vía su seguro privado puesto que éste les ofrece mejores servicios.

²¹ Caracterización de la Exclusión Social en Salud Nicaragua, OPS/OMS, 2008.

Tabla 6: Tasas de cobertura de seguros en 2001 por quintiles²² de ingresos

Grupos de Población	Asegurado en INSS (miembros principales)	Asegurado en un seguro privado (miembros principales) ²³
Total	8.5	0.8%
5to quintil	20.5	2.6
4to	11.6	0.7
3ro	7.1	0.7
2do	2.8	0.1
1er	0.5	0.0

Fuente: Rathe/Lora (2003), Tabla 21, p.99, basada en los datos de ENDESA de 2001

Nota: El denominador de estas cifras es la población total (y no el número de la PEA, como en la Sección 2.3.2.)

Pese a la desigualdad en la cobertura de seguros de salud, es importante recordar una vez más que incluso la población asegurada por el INSS podría enfrentar problemas relativos al acceso geográfico. Según lo descrito en la Sección 2.6.2, la mayoría de los departamentos cuentan únicamente con 1-2 IPSSs por lo que las personas que viven fuera de las ciudades principales tendrán que hacer largos recorridos para buscar atención médica en una IPSS. Asimismo, es posible que el sostén económico de la familia (y afiliado titular del INSS) viva en otra parte distante de su familia. Si se inscribe cerca de su lugar de trabajo, la familia enfrenta problemas de acceso geográfico, y si se inscribe en una IPSS cercana a su familia, el titular afiliado deberá recorrer largas distancias en busca de atención médica en la IPSS en la cual se inscribió.

Cobertura poblacional:

Logro actual del indicador de desempeño:

La cobertura poblacional no es completa. Es menos probable que los grupos del nivel de ingresos más bajo estén cubiertos.

Temas y cuestiones claves:

La pregunta clave es cómo expandir y asegurar la cobertura de los trabajadores del sector informal y de la población de escasos recursos.

²² Quintil de ingresos implica dividir el ingreso en cinco grupos iguales. A diferencia de cuando se trata de quintiles poblacionales, en este caso, el número de personas varía en cada quintil.

²³ Para los quintiles más bajos, el porcentaje de la población cubierta puede ser más alta teniendo en cuenta que las familias pobres tienen un número mayor de hijos.

2.8.2. Protección contra el riesgo financiero

Indicador normativo de desempeño:

La tasa de prepago supera el 70%.

0% de los hogares enfrentan gastos de salud catastróficos.

La tasa de prepago

Las personas pueden efectuar sus pagos de servicios de salud en efectivo o a través de algún sistema de prepago. Un sistema de prepago es siempre preferible a un sistema que dependa principalmente de pagos en efectivo. El prepago mejora el acceso financiero a los servicios de salud al ofrecer una mejor protección contra la incertidumbre respecto a la necesidad de servicios de salud. Ciertamente, los servicios de salud que dependen de pagos en efectivo restringen el acceso únicamente a aquellas personas que pueden costearlos, y probablemente excluyan a los más pobres de la sociedad. Por tanto, una proporción más alta de contribuciones prepagadas contra los costos de los servicios de salud utilizados, sugiere un plan de financiamiento de salud más eficiente (cf. Carrin/James 2004).

La proporción global de prepago en toda la población es del 55.4%, lo que deja un 44.6% como gastos en efectivo.²⁴ Este último caso implica que no existe prepago ni mancomunación ni de ingresos (entre pobres y ricos) ni de riesgos (entre enfermos y sanos) constituyéndose en la forma más regresiva de pagar por los servicios de salud. Esta proporción de gastos en efectivo es muy alta y por lo tanto apunta hacia problemas de asequibilidad financiera. La Tabla 7 muestra que los gastos de bolsillo son muy desiguales a través de los quintiles, siendo más elevados en los quintiles más altos. Esto se puede deber a que los quintiles más ricos usan más servicios de salud, es decir, existe una inequidad en el acceso. Además, los afiliados a seguros privados de salud deben efectuar copagos de un monto considerable. En uno de los Seguros Privados visitados, el copago es el 20% para servicios de salud prestados en las instituciones de la red, o 30% por servicios prestados fuera de la red.

Tabla 7: Gastos de bolsillo por quintil de ingresos

Grupos poblacionales	Gasto de bolsillo mensual per capita (USD)	Gastos de Bolsillo como % del ingreso
Pobl. Total	4.76	7%
5to quintil	14.67	2%
4to quintil	13.05	7%
3ro quintil	4.78	5%
2do quintil	4.39	8%
1er quintil	3.40	14%

Fuente: Cálculos propios en base a datos de la EMNV 2005 publicados en BM 2007

²⁴ Cálculos basados en las CNS 2004: Algunos gastos de bolsillo se ingresan en las CNS como fondos de los agentes gubernamentales de financiamiento de salud, que nosotros hemos sumado para llegar al total de los gastos en efectivo.

Es importante notar que aún cuando los quintiles más altos tienen un gasto mucho más elevado, la proporción que esto representa respecto a su ingreso es mucho menor que en el caso de los quintiles más bajos. Es decir, aún cuando el quintil más pobre gasta menos de un cuarto de lo que gasta el quintil más rico, esto representa un 14% como porcentaje del ingreso lo que es siete veces más del quintil más rico. En otras palabras, la tasa de prepago entre las personas en mejor situación económica (los quintiles de ingresos más altos) es mucho mayor.

Antes de la introducción de la Política de Gratuidad, los pagos directos de los usuarios en las unidades de salud del MINSA ascendían al 4% del total de gastos de bolsillo. Sin embargo, el hecho que este paquete no sea lo suficientemente amplio y que algunos servicios diagnósticos y medicamentos no estén disponibles en las unidades de MINSA, hace que la gente tenga que acudir a los gastos de bolsillo para acceder a los servicios de salud. Lo mismo sucede con los asegurados del INSS. Aún cuando no tienen que efectuar copagos en las IPSSs contratadas por el INSS, el conjunto de beneficios del INSS no cubre la totalidad de los servicios, de modo que, es posible que los afiliados del INSS incurran en cuantiosos desembolsos en efectivo o gastos de bolsillo en otros centros. El gasto de bolsillo está mayoritariamente compuesto por gastos en medicamentos. En el quintil 1 el gasto en medicamentos como proporción del gasto de bolsillo representa el 62.1% mientras que el quintil 5 esta proporción asciende a 49% (BM 2007, p.19). Si estos gastos son comparados con la capacidad de pago de los hogares, los mismos, tienen un impacto financiero mucho más pesado para los hogares de ingresos más bajos y con menor educación, así como aquellos que cuentan con personas mayores (Rathe/Lora, 2003). De este modo, la elevada carga que representa el gasto de bolsillo en general y, los gastos en medicamentos en particular, pueden hacer que algunos hogares no accedan a los mismos cuando lo necesiten o que, si acceden, la carga sea tan pesada que tengan que reducir el gasto en otro bienes como vestimenta, educación o alimentos. Esto impacta negativamente en la equidad tanto del sistema de financiamiento de salud como del acceso a los servicios.

Por lo dicho anteriormente, la abolición de los pagos directos en las instalaciones del MINSA podría no traducirse automáticamente en una considerable reducción de los gastos en efectivo. Con el fin de reducirlos, es necesario proveer suministros médicos, medicamentos, servicios de diagnóstico y demás servicios en las unidades del MINSA de modo que las personas no se vean obligadas a tener que pagar por los mismos a otro prestador.

En resumen, solamente existe una protección parcial contra el riesgo financiero. No existe en concreto protección financiera por intervenciones de alto costo si el MINSA no tiene la capacidad de proveerlas.

Gasto catastrófico

Un problema derivado de los altos gastos de bolsillo son los "gastos catastróficos". Esto se define como hogares que gastan más del 40% de su ingreso disponible en gastos de bolsillo. En un estudio llevado a cabo para 69 países, se calculó que en 1993, 2.05% de los hogares Nicaragüenses enfrentaron gastos catastróficos como resultado de sus gastos

en salud (Xu et al. 2003). Los gastos de bolsillo no han disminuido sustancialmente desde 1993 por lo que se puede suponer que los gastos catastróficos se hayan mantenido alrededor del ese nivel.

Protección del riesgo financiero:

Logro actual del indicador de desempeño:

Existen altos niveles de gastos de bolsillo, y su porcentaje del ingreso familiar es particularmente alto en los grupos de bajos de ingresos. Es menos probable que estos grupos estén protegidos contra el riesgo financiero. También existe un importante número de familias que enfrentan gastos catastróficos.

Temas y cuestiones claves:

La pregunta clave es cómo reducir los gastos de bolsillo e incrementar los prepagos para garantizar que los grupos de más bajo nivel de ingresos estén igualmente protegidos contra el riesgo.

2.8.3. Solidaridad y Progresividad en el financiamiento de salud

Indicador normativo de desempeño:

El gasto en salud por persona es proporcional a su ingreso por lo menos.

Idealmente, en un sistema de financiamiento de salud, existe solidaridad entre las personas en mejor situación económica y las personas en peor situación económica, los sanos y los enfermos, así como entre los jóvenes y los ancianos. El concepto de progresividad radica en que aquellos que más poseen o devengan, pagan más que aquellos que poseen o devengan poco. En otras palabras, el gasto en salud de una persona va de la mano con su capacidad de pago. Con el fin de evaluar el nivel de solidaridad y progresividad en el gasto en salud, sometemos tres aspectos a consideración:

- el porcentaje de carga impositiva por quintil de ingresos con relación al porcentaje de ingresos por quintil de ingresos;
- el método de cálculo de la aportación al SEM;
- gastos de bolsillo por quintiles de ingresos.

Respecto a la carga impositiva en relación al ingreso, la Tabla 8 revela que el quintil superior soporta más de la mitad de la carga impositiva, pero a su vez sus ingresos son incluso mayores. En contraposición, el quintil más pobre contribuye con el 6% de la carga tributaria total; sin embargo, su participación en términos del ingreso nacional total es de solamente el 4% del mismo. Por ende, en su conjunto, con las tasas del impuesto sobre la renta progresivas y las tasas del IVA regresivas, la carga tributaria global resulta ser regresiva.

Tabla 8: Carga tributaria

	Carga tributaria total en % (por ingresos)	Participación en el ingreso por quintiles
Población total	100%	100%
5to quintil	54.60%	58.50%
4to quintil	18.40%	18.40%
3ro quintil	12.10%	11.50%
2do quintil	8.80%	7.57%
1er quintil	6.00%	4.00%

Fuente: Cálculos propios en base a Gasparini y Artana (2003)

En lo concerniente a las aportaciones al SSS, los pagos al INSS se relacionan con los ingresos, i.e., cada trabajador paga el mismo porcentaje de 2.25% de su salario. Por lo tanto, las aportaciones al INSS son proporcionales. Existe un elemento ligeramente regresivo debido a la existencia de un tope máximo de contribución de 37,000 C\$, pero aplica sólo a unos cuantos afiliados al INSS.

Los gastos de bolsillo (como proporción del ingreso) son en general regresivos, lo cual queda confirmado por las cifras (véase la Tabla 7). El quintil más pobre desembolsa una proporción de sus ingresos familiares siete veces mayor en gastos de bolsillo que el quintil más rico.

En conjunto, el efecto global de la carga tributaria (levemente) regresiva, las tasas proporcionales de aportación al SEM, y los gastos en efectivo marcadamente regresivos, el gasto global en servicios de salud es evidentemente regresivo.

Aparte de la desigualdad vertical existente, según lo ya expuesto, el actual sistema de financiamiento de salud se caracteriza también por una desigualdad horizontal. Debido a que gran parte de los trabajadores no están afiliados al INSS y, por ende, no pagan contribuciones, tienen que gastar menos en cuidados de salud que los trabajadores en un nivel de ingreso similar que sí las pagan. Esto se debe a que la prestación de servicios de salud subsidiada por el gobierno está al alcance de incluso aquellos que tienen capacidad de pago. En otras palabras, el financiamiento gubernamental y la prestación de asistencia de salud no se focalizan sólo en los pobres y en los que no tienen capacidad de pago.

Comparar el gasto en salud de los núcleos familiares de distintos quintiles es sólo una parte de la labor. Es preciso también que dirijamos la mirada hacia las necesidades de asistencia de salud de las personas, puesto que las que se enferman más a menudo requieren más atención y, por tanto, incurren en gastos mayores. De hecho, en Nicaragua, la condición de salud de los quintiles más pobres es invariablemente más baja en varios indicadores de salud tales como mortalidad infantil, desnutrición infantil, desnutrición de la mujer adulta, partos asistidos, inmunizaciones, prevalencia de diarrea, etc. (Rathe/Lora 2003, Tabla 5). Por otra parte, comparamos las tasas de utilización de varios grupos poblacionales. La Tabla 9 muestra que la tasa de enfermedad reportada por los más pobres es ligeramente más elevada, mientras que su tasa de procuración de servicios de salud es 30% más baja que la tasa que muestra el quintil superior (Rathe/Lora 2003).

Lo anterior claramente apunta a cuestiones de accesibilidad, entre las cuales se presume que la falta de asequibilidad financiera constituye uno de los factores más importantes, además de las brechas existentes en cuanto al acceso geográfico. Además, desde la introducción de la política de gratuidad, la tasa de utilización aumentó bastante (algunos hospitales reportaron un incremento de cerca del 30%). Esto también sugiere que existía cierto grado de exclusión y problemas de acceso antes de la introducción de esta política.²⁵ La información suministrada en la Tabla 10 confirma asimismo la falta de equidad en el uso de servicios de salud entre los asegurados y los no asegurados. El número de consultas de pacientes ambulatorios del primer grupo es tres veces mayor que el número del último grupo, y, de igual forma, la tasa de hospitalización de los asegurados es casi 50% más elevada que la de los no asegurados.

Tabla 9: Enfermedad reportada por los pacientes y búsqueda de servicios de salud

Grupos de población	Últimos 30 días: % con problema de salud (es decir: población que se reporto enferma)	Enfermos en los últimos 30 días:		% que se internó en hospital o clínica en el último año
		Personas que utilizaron servicios de salud (En %)	Enfermos en los últimos 30 días: % que estuvo interno	
Población total	32.1	44.3	2.6	4.4
5to quintil	30.2	54.1	3.5	5.6
4to	30.6	49.5	1.9	5.0
3ro	32.3	46.0	3.1	4.8
2do	31.8	42.6	2.7	4.1
1ro	35.4	31.3	1.9	2.6

Fuente: Rathe y Lora 2003, Anexo, Tabla 2

Tabla 10: Tasas de utilización de asegurados y no asegurados

Grupos poblacionales:	Tasa de internaciones hospitalarias	Tasa de consultorios externos (p.a.)	Promedio de estadía hospitalaria
Asegurados	9.8%	5.2	2.3 días
No-asegurados	7%	1.7	4.3 días

Fuente: Rathe/Lora 2003

El hecho de que los afiliados al INSS no tienen que efectuar un copago, implica un cierto grado de riesgo moral, el cual también podría explicar la diferencia entre las tasas de utilización de los asegurados y no asegurados. En efecto, las IPSSs se quejan de que ciertos pacientes acuden por cada leve dolor de cabeza o dolencia que experimentan, que no necesariamente requiere atención médica.

²⁵ Puede excluirse el riesgo moral, debido a que los pacientes aún se ven obligados a comprar medicamentos y demás suministros médicos en otra parte, cuando no se encuentran disponibles en los centros del MINSA.

Solidaridad y Progresividad en el sistema de financiamiento de la salud:

Logro actual del indicador del desempeño:

Los gastos en el cuidado de la salud son regresivos, i.e. los grupos de ingresos más bajos pagan proporcionalmente más que los grupos de ingresos más altos.

Temas y cuestiones claves:

Una de las cuestiones claves es cómo se puede reducir los gastos de bolsillo que constituyen una de las razones principales por la que el gasto en salud es regresivo.

2.8.4. Gestión eficiente de los fondos

Indicador normativo de desempeño:

La gestión de los fondos es guiada por principios de eficiencia para asegurar el óptimo uso de dichos fondos.

MINSA

En la Sección 2.6.1 se expusieron ya los factores institucionales, concretamente, la presupuestación por partida e histórica y la autonomía financiera limitada, que explican las razones por las cuales los fondos del MINSA no se manejan, ni pueden manejarse, en la forma más eficiente. Tampoco existen incentivos para que los gerentes de los hospitales o de los SILAIS manejen sus fondos en la forma más eficiente posible, puesto que los ahorros presupuestarios retornarán a Tesorería.

INSS

El efecto de la compra y de la remuneración a proveedores del INSS por la prestación de un servicio eficiente y equitativo se discutió anteriormente en la Sección 2.6.2. Por cuestiones de tiempo no fue posible evaluar el ámbito de incentivos para los gerentes de fondos del INSS. Sin embargo, se advierte que no se publican los informes financieros, i.e. el público no tiene conocimiento sobre cómo se emplean los fondos.

Un análisis más profundo de la tasa de capitación revela lo siguiente: del monto promedio de contribuciones de 342 C\$ por afiliado, 252 C\$ por afiliado se transfieren a las IPSSs. Asumiendo un margen de rentabilidad promedio del 12% por lo menos,²⁶ únicamente C\$ 222 se emplean en promedio en beneficios de salud, es decir, solamente el 65%, en tanto que el 9% de las contribuciones es ganancia de las IPSSs. 18 C\$ de un total de 342 (o el 5.3% del monto promedio de contribuciones) se emplean en subsidios.²⁷ La tasa de beneficio directo del afiliado respecto la contribución total se eleva aproximadamente al

²⁶ Esto se basa en las siguientes consideraciones y cálculos: las 10 EMPs Públicas tienen un margen de beneficio de 1-2% (información de las entrevistas), y las restantes EMPs privadas tienen un margen de 10-30% (informantes claves del INSS).

²⁷ Cálculos basados en gasto en subsidios (INSS 2007) y en ingresos totales provenientes de aportaciones del SSS (INSS 2006), todos datos de 2006.

70%. Del restante 30% no se sabe cuánto es usado para pagar a los proveedores por servicios de salud específicos basados en honorarios por servicio o por caso, como se explica en la sección 2.6.2. Pero lo que es claro es que una gran parte de ese 30% es gastado por INSS en gastos administrativos, reservas (6%), el margen de beneficio de las IPSSs (alrededor del 9%) y otros costos que no hemos podido identificar. Entonces la cuestión que surge es si la contribución de los afiliados no se podría gastar de una manera más eficiente y efectiva.

Los costos administrativos del INSS ascienden a 6% (CNS 2004), un porcentaje relativamente bajo. Ello se debe también al sencillo mecanismo, en términos administrativos, de remuneración a los proveedores de pagos de capitación, el cual no incluye ningún tipo de gestión de reclamos.

Las IPSSs deben reportar tasas de utilización al INSS, lo cual parece más bien un tipo de reporte ascendente que una revisión activa de utilización por parte del INSS. Otro de los problemas mencionados es la pretensión de hacerse pasar por otra persona haciendo mal uso de su tarjeta de afiliación. Esto ocurre principalmente con los niños, puesto que sus nombres no quedan registrados en la tarjeta del INSS.

Mutuales

Según se comentó en la Sección 2.6.3., las mutuales constituyen fondos muy pequeños y cada una de ellas cuenta con su propia administración, lo cual no permite las economías de escala y, por último, genera costos elevados de administración que se estima ascienden a más del 35%, aun cuando la gestión del esquema se basa mayormente en voluntarios miembros de sindicatos. Cada mutual tiene un Comité Mutual local y un Comité mutual Central, cada uno conformado por 3-5 personas. Estos comités se encargan de dar los lineamientos y autorizar los procedimientos/medicamentos que no fueron recibidos en la red del MINSA.

Gestión eficiente de los fondos:

Logro actual del indicador de desempeño:

La estructura de compra existente en el MINSA impide el establecimiento y funcionamiento de incentivos apropiados para la gestión eficiente de aquellos que manejan los fondos.

Cuestiones y temas claves:

La cuestión crítica es como asegurarse que los incentivos para una gestión eficiente de los fondos sean realmente establecidos.

Capítulo 3: Propuestas para mejorar y fortalecer el sistema de financiamiento de salud actual

Sobre la base del análisis del sistema de financiamiento de salud realizado en el capítulo anterior, esta sección propone recomendaciones y sugerencias para efectuar cambios en el esquema institucional/organizacional, es decir, en las normas relativas al financiamiento de salud y/o en la puesta en práctica de dichas normas. Los indicadores claves de desempeño, que orientaron el análisis del Capítulo 2, también contribuyen a generar las recomendaciones y sugerencias que se presentan aquí. Fuera de las mejoras previstas en el desempeño del financiamiento de salud, este capítulo también esboza el tipo de incentivos y otros efectos (positivos o negativos) que pueden preverse como resultado de los cambios institucionales y organizacionales propuestos.

Las sugerencias guardan relación con el actual sistema de financiamiento de salud. El énfasis primario se pone en el financiamiento basado en la tributación del MINSa y el Seguro de Enfermedad y Maternidad del INSS, que son los dos planes fundamentales de financiamiento de salud de Nicaragua. Si todas sugerencias relacionadas con INSS se aplican, esto va a contribuir al movimiento hacia la cobertura universal a través de un seguro social de salud o, como se lo llama en las discusiones de política en Nicaragua, un "seguro universal de salud". Sin embargo, la mayoría de las sugerencias son igualmente relevantes cuando se trata de optar por un sistema unificado de salud pública (ver Capítulo 4).

3.1. Fortalecer la función de rectoría del MINSa

Es necesario fortalecer la función de rectoría del MINSa con respecto al INSS, pero también con respecto a otros subsistemas, como las mutuales. Es posible que se requiera un análisis más detallado de las brechas y deficiencias actuales de la División de Rectoría del MINSa con el fin de desarrollar estrategias adecuadas que contribuyan a mejorar la función de rectoría del MINSa. Las consideraciones iniciales pueden incluir el desarrollo de los recursos humanos (mejorar las destrezas para el análisis normativo, las comunicaciones y las negociaciones), así como el desarrollo de una visión y una misión bien definidas impulsadas por un sólido liderazgo. Es más, se recomiendan dos medidas específicas:

3.1.1. Desarrollar aún más y concretar las políticas y estrategias de financiamiento de salud

Es sumamente importante desarrollar aún más las políticas y estrategias de financiamiento de salud, así como hacerlas operativas y traducirlas en un plan. Esta visión y este marco de referencia son necesarios para guiar las distintas medidas de mejoramiento y los cambios institucionales. Las medidas de mejoramiento a mediano y largo plazo, en especial, dependerán de la dirección general del sistema, ya que un "sistema único" requiere cambios diferentes a los requeridos por un seguro universal.

3.1.2. Revivir la Comisión Mixta y definir las modalidades de interacción entre el MINSAL y el INSS

Se recomienda revivir la Comisión Mixta, ya que ésta puede contribuir al proceso de reflexión sobre las políticas de financiamiento de salud. Además, la Comisión Mixta puede considerarse como un foro valioso para el intercambio entre los representantes del MINSAL y el INSS en distintos niveles.

Requerimientos institucionales relacionados

Con relación a lo anterior, es necesario definir e institucionalizar las normas y prácticas de interacción y comunicación, así como aclarar la división de labores y la colaboración entre el MINSAL y el INSS.

3.2. Mejorar la movilización de recursos

Por lo anteriormente discutido, dos cosas se hacen evidentes. Por un lado, la necesidad de incrementar los recursos del sector salud (y de utilizarlos más eficientemente, ver sección 4.3.) y por el otro, incrementar el prepago, especialmente para aquellos que actualmente enfrentan una alta proporción de gastos de bolsillo sobre el ingreso familiar. La meta de los gastos per cápita y el porcentaje de prepago deben ser establecida por el MINSAL de acuerdo a lo que el país considera como objetivo. Las siguientes sugerencias son tanto para el MINSAL como para el INSS.

3.2.1. Aumentar el financiamiento público para la salud en forma de prepago

Con respecto a MINSAL, hay varias alternativas a la hora de aumentar los recursos financieros del sector salud. De un modo simplificado, estas alternativas se podrían clasificar en:

Mejorar la movilización de recursos de la base tributaria existente y reducir la evasión

Esta sugerencia sobrepasa la responsabilidad y autoridad del MINSAL, sin embargo, es un asunto importante, puesto que la evasión total constituye alrededor del 6.6% del PIB (ver Sección 2.4.1.).

Incrementar el porcentaje del presupuesto dedicado a la salud del total del gasto público

El porcentaje presupuestario correspondiente al MINSAL ya es bastante alto si se incluyen los fondos del INSS (casi el 15%), pero el presupuesto real del MINSAL, por sí mismo, asciende únicamente al 10%, por lo que habría margen para incrementar el porcentaje del presupuesto dedicado a la salud.

Crear nuevos impuestos para financiar el sector salud

Esta propuesta implicaría que otros impuestos fuesen creados y la recaudación de los mismos (o su mayor parte) sea dedicada a la salud. Entre las alternativas de aumentar los recursos financieros a través de la introducción de impuestos dedicados específicamente a financiar salud, se puede nombrar:

- Alcohol, tabaco, casinos, rifas
- Seguros de vehículos²⁸

Cuadro 5:

Impuestos sobre el alcohol, tabaco, casinos, rifas, destinados al sector salud

Muchos países utilizan estos impuestos para financiar servicios de salud para enfermedades específicas (como la lucha contra el cáncer o actividades de promoción de salud, como el control del tabaco) o para financiar gastos de salud en general. Algunos países como Australia, Estonia, República de Corea, Polonia y Tailandia son ejemplos de países que tienen impuestos al tabaco y que los fondos recaudados son dedicados específicamente a salud. Entre 1983 y 2001, Tailandia incrementó la tasa al tabaco de 55% hasta 71.5%. Esto no sólo desincentivó a los fumadores sino que también aumentó la recaudación en 1.000 millones USD en el periodo considerado (Vatessatokit P, 2001; Reporte de WPRO, 2004)

Tasa de impuesto sobre los seguros de vehículos

Gran parte de los accidentados son tratados en las salas de urgencias del los hospitales del MINSA. Entonces, este impuesto podría ser pagado por todos aquellos que tienen automóvil y pagan un seguro por su vehículo. Esto sería particularmente importante en Nicaragua donde una de las primeras causas de muerte es por accidentes de tránsito y además por la alta morbilidad que estos accidentes conllevan. Un claro ejemplo es el caso de Colombia con el SOAT (Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito), que de acuerdo al valor y al tamaño del vehículo, todo propietario debe adquirir este seguro con el cual todas las intervenciones, actividades y procedimientos que prestan las instituciones de salud en caso de accidentes de tránsito, son reembolsadas por las pólizas de seguro obligatorio.²⁹

Incentivos anticipados e impactos resultantes

La introducción o el aumento de los impuestos en el caso del tabaco, alcohol y casinos podrían tener el impacto positivo ya que el incremento en su precio podría inducir a una baja en el consumo. Esto a su vez tendría en el caso del alcohol y el tabaco un impacto positivo en salud de la población. Sin embargo, es probable que la industria del tabaco y del alcohol, el sector de venta al detalle y los consumidores de dichos productos, estén en contra de este impuesto.

²⁸ Esto es similar a un seguro de accidente automovilístico aplicable a los propietarios de vehículos (pero la cobertura se extendería hacia los gastos hospitalarios en que incurriese el MINSA o cualquier otra institución interviniente).

²⁹ <http://www.economiainstitutional.com/pdf/No17/dbardey17.pdf>

Requerimientos institucionales relacionados

Es necesario llegar a un consenso con el Ministerio de Hacienda respecto a los productos que se verán afectados, la tasa impositiva que se les aplicará, cómo se recaudarán y qué proporción estará destinada al MINSA. Las mismas interrogantes aplican a los impuestos sobre los seguros de vehículos. Además el ministerio de Hacienda también tiene que garantizar que esos fondos van a ser adicionales a los ya existentes.

Factibilidad política

Respecto a los impuestos, se tiene que tener en cuenta hasta que punto estos sectores como lo de los seguros, casino o las tabacaleras son grupos de poder y van a ser renuentes a ser tasados.

3.2.2. Aumentar la afiliación al INSS

Con el fin de aumentar la movilización de recursos, el prepago y, por supuesto, incrementar la cobertura, una estrategia debería concentrarse en elevar el número de afiliados al INSS. Se hacen las siguientes recomendaciones:

Inscribir y afiliarse a todos los trabajadores elegibles al INSS

En la actualidad, una gran mayoría de los empleados del sector formal no están inscritos en el INSS/SEM, y esta proporción es aún mayor entre los empleados del sector informal. El desarrollo de un plan estratégico con metas anuales para los próximos cinco años, proporcionaría la orientación y la agilidad para aumentar la inscripción de afiliados. Esta extensión de la afiliación debe, ciertamente, ir más allá del incremento anual de nuevos afiliados generado por el crecimiento económico y, por ende, por los nuevos puestos de trabajo.

Específicamente, el INSS debería definir procedimientos organizacionales para llegar a los empleados del sector informal. Esto requeriría establecer normas y procedimientos en cuanto a la inscripción de afiliados, definir el monto de la contribución, la recaudación de las contribuciones, etc. Adicionalmente, es necesario establecer procedimientos de monitoreo y un plan de ejecución, incluyendo sanciones en caso de incumplimiento. Se debe evaluar la posibilidad de trabajar conjuntamente con las cooperativas, micro financieras y ONG, para determinar en qué grado es posible movilizar a nuevos afiliados a través de estos canales.

Es más, los actuales afiliados al INSS deberían ser miembros del Régimen Integral, lo que puede requerir un análisis de los casos “históricos”. Al mismo tiempo, esto va a depender de la disponibilidad de una IPSS en todas las regiones y áreas, i.e., es necesario ampliar el número de proveedores bajo contrato con el INSS (ver también la Sección 3.4.).

Otras medidas específicas relacionadas a este tema son necesarias, las mismas son resumidas en las secciones que siguen.

Encontrar las vías adecuadas para responder a aquellos que reciben ingresos por debajo del salario mínimo

El INSS necesita encontrar los medios para inscribir a los trabajadores cuyo ingreso está por debajo del salario mínimo oficial (como domésticas y operarios). Es evidente que esto no es fácil, puesto que el INSS no quiere socavar la política nacional de salario mínimo.

Fortalecer las reglas de monitoreo e imposición de la inscripción

Se deberían aplicar sanciones más fuertes a los empleadores que no inscriben a sus empleados. Además, para reducir la evasión en la inscripción de afiliados, el número de inspectores debería aumentar y éstos deberían estar pagados de acuerdo a su desempeño. A este respecto, podría ser necesario fortalecer la cooperación inter-organizacional entre el INSS y Hacienda y/o Ministro del Trabajo, con el fin de recibir bases de datos actualizadas de empleadores/empleados.

Hacer más accesible el régimen facultativo para los empleados independientes

El régimen facultativo es demasiado caro para los trabajadores a propia cuenta de ingresos bajos porque ellos deben a portar el 8.25% de su salario con una tasa de contribución mínima de 264 C\$, mientras que en el sector formal, la contribución mínima es de 30 C\$, basada en un salario mínimo de 1,500 C\$. Es más, si el seguro de salud continúa siendo voluntario para los empleados independientes, el fenómeno de selección adversa genera una mancomunación de riesgos altos. De otro lado, el hecho que el régimen facultativo sea más accesible y menos caro va a dar obvios incentivos a la gente para enrolarse.

Incentivos anticipados e impactos resultantes

El INSS, los proveedores y los empleados en mejor situación podrían no estar interesados en una base de afiliación más amplia debido a que muchos de los afiliados adicionales provendrían de grupos de menores ingresos, reduciendo así el monto de la contribución promedio por afiliado. Asimismo, los empleadores y los empleados que en el pasado no contribuían, tampoco se sentirían inclinados a realizar contribuciones. Además, en el contexto de la política de gratuidad, sería difícil, por obvias razones, convencer a los trabajadores/empleados a que contribuyan al proceso de inscripción.

Requerimientos (institucionales) relacionados

Esto también va a requerir de la voluntad política de los distintos actores del sector salud, principalmente INSS y MINSAs.

Existe la necesidad de realizar campañas de concientización pública, que expliquen que todo aquel que puede contribuir y es capaz de pagar, debe pagar y contribuir al financiamiento de los servicios de salud. Además, estas medidas requieren un alto grado de solidaridad y comprender que los que ganan un ingreso alto y están en mejor situación, deben subsidiar a los grupos de menores ingresos.

El INSS debería crear o fortalecer su estrategia para captar empleadores que no pagan por sus empleados, tanto en el sector formal (cosa que es más simple) como así también tratar de expandir la cobertura al sector informal. El intercambio de información entre el Ministerio de Trabajo, el Ministerio de Economía y el INSS debería ser también fortalecido.

El cambiar los reglamentos para que todos los asegurados tengan el RI o el régimen facultativo va a requerir que el INSS tiene que llegar a lugares donde antes no lo hacía, ampliar su red y mejorar la accesibilidad geográfica.

3.2.3. Mejorar la práctica de recaudación de recursos

Además de una mayor afiliación, otra de las estrategias para el INSS debería concentrarse en aumentar la recaudación real de recursos.

Reforzar el monitoreo en la recaudación de recursos

En combinación con la introducción de mayores sanciones para aquellos empleadores que no inscriben a sus empleados, se debe reforzar también la política de sanciones existente para los empleadores que no realizan el pago correcto de las contribuciones. Se sugiere adoptar las mismas medidas aplicadas al fortalecimiento del monitoreo y cumplimiento de las reglas de inscripción/afiliación a la recaudación de recursos.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

El aumento de la penalidad a los empleadores que no pagan por sus empleados al igual que el aumento de los inspectores va a generar un incentivo de pagar a tiempo. Por otro lado el hecho que los inspectores sean remunerados por su desempeño les da un incentivo para hacer mejor su trabajo y además que su función se podría autofinanciar con lo que ellos generan con las multas.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Las medidas anteriores también requieren que se controle la corrupción de los inspectores. También podría ser beneficioso establecer oficinas descentralizadas de recaudación de recursos a fin de cubrir mejor a los empleados del sector informal, supervisar a los empleadores, y manejar mejor las relaciones éstos con sus empleados

Se estima que las prácticas para mejorar la inscripción de afiliados y la recaudación de recursos pueden movilizar un monto sustancial de recursos adicionales. Se estima que un incremento de 30% en la cobertura del INSS/SEM (115,000 nuevos afiliados) generará un incremento de por lo menos 15% en la recaudación.

3.3. Reducir y eliminar la segmentación en el sistema de salud

En la actualidad, existen enormes diferencias entre el gasto per cápita del MINSA y del INSS en sus respectivas poblaciones objeto. El objetivo sería el de reducir esas disparidades a través de las siguientes medidas.

3.3.1. Igualación de riesgos: Establecer vínculos adecuados entre los distintos esquemas de financiamiento de salud

La segmentación dentro del sistema de financiamiento de salud, i.e., entre los planes de financiamiento de salud, sólo puede reducirse al establecer vínculos entre los fondos, lo que se conoce como igualación de riesgos. Debido a que el gasto per cápita entre los afiliados del INSS es mucho mayor que entre los usuarios del MINSA, en la práctica, ello significa que esa porción de los fondos del INSS se transfiere al MINSA para igualar los gastos per cápita en salud entre los distintos planes de financiamiento de salud. Colombia representa un ejemplo de dicho proceso de igualación de riesgos: el fondo que colecta las cotizaciones de los trabajadores formales (régimen contributivo) contribuye un 1% de las cotizaciones recaudadas al fondo de los trabajadores informales (régimen no contributivo).

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Una medida de igualación de riesgos de largo plazo entre el MINSA y el INSS podría generar un cambio y una reforma significativos, los cuales requerirían una fuerte voluntad política y un alto grado de solidaridad entre la población.

No se ofrecen sugerencias o recomendaciones con relación a las mutuales, ya que primero se debería responder la pregunta más fundamental de si éstas deberían promoverse como uno de los planes de financiamiento de salud.

3.3.2. Reducir los subsidios cruzados no-propicios

Analizar si es apropiado mantener los subsidios oficiales del gobierno/MINSA al INSS

Una de las tareas es reconsiderar los subsidios gubernamentales de 0.25% por salario de afiliado.

Armonizar el conjunto de beneficios del MINSA y el INSS

Otra opción cuya finalidad es reducir la segmentación dentro del sistema y evitar que los subsidios cruzados indirectos tomen una dirección no deseada, es armonizar el conjunto de beneficios del MINSA y del INSS.

Los conjuntos de beneficios del MINSA y del INSS deberían ser iguales para evitar que parte de los cuidados de salud requeridos por los asegurados sean provistos y financiados a través del MINSA.

Como el conjunto de beneficios del INSS es más reducido, esto implicaría extender los beneficios del INSS.

Se considera que existe cierto margen financiero para realizar esta extensión del conjunto de beneficios dentro de la cartera actual de recursos del INSS, más aún en vista de que las intervenciones adicionales de alto costo ya se otorgan a los afiliados por sobre el conjunto de beneficios establecido (como se reseña en la Sección 2.6.2.); el alto margen de ganancias de las IPSSs también confirma este punto. Otra opción que puede considerarse es incrementar las tasas de contribución para financiar un conjunto de beneficios más amplio.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Es posible que los proveedores de servicios de salud, en particular, se opongan a esta medida, ya que la misma disminuye su oportunidad de cobrar a los pacientes cargos no regulados por servicios no asegurados.

Asimismo, el incremento de la afiliación, al incluir a trabajadores del sector informal, y la extensión del conjunto de beneficios no podría ser posible con la dotación financiera actual. En última instancia, esta medida es por naturaleza de largo plazo y será alcanzada totalmente en un sistema unificado de salud o en un seguro universal de salud.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

La extensión del conjunto de beneficios requiere un claro proceso de definición que tenga en cuenta criterios de eficiencia y equidad (a ser especificados) y otras prioridades de la sociedad. De nuevo, esto puede ser sólo llevado a cabo una vez que la información precisa respecto a los costos esté disponible (véase sección anterior). Se tiene que llevar a cabo un profundo análisis de costeo para saber cuales son las intervenciones más costo-efectivas que se pueden incluir en el conjunto con ese dinero.

Uno de los requerimientos más importantes tiene que ver con la supervisión, el control y la gestión de calidad con puntos de referencia comunes entre las facilidades del MINSA y los prestadores contratados por el INSS para asegurar que los servicios y la calidad alcanzados son similares. Para que haya un sistema con el mismo conjunto de beneficios la calidad tiene que ser similar. El MINSA tiene que aumentar la calidad en cuanto a la calidad procesal y los aspectos de "hotelería".

Además un supuesto fundamental es que haya un nivel de solidaridad que permite que todos tengan acceso a los mismos servicios de salud.

En última instancia esta medida implica una clara división del trabajo y de los roles entre INSS y MINSA, también con respecto a los cuidados preventivos y la actividades de promoción de la salud.

El MINSA debe poder cobrar los servicios brindados a pacientes del INSS

Como las unidades de salud del MINSA, en la práctica, proporcionan servicios a los afiliados del INSS, el MINSA debería ser remunerado por dichos servicios para poder cubrir sus costos. De hecho, lo anterior no contravendría el espíritu y la letra de las tres resoluciones ministeriales, No.06-08-2007: Una unidad de salud en si mismo no puede recibir ningún pago, pero eso no quiere decir que el MINSA como institución y ministerio no le pueda cobrar al INSS por todos los usuarios del INSS que usan el sector publico.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Esta medida, al mismo tiempo, incrementaría aún más el número de proveedores a disposición de los afiliados del INSS.

Esta medida sería más costosa para INSS ya que actualmente los servicios del MINSA prestados a los asegurados no-identificados no son remunerados.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Para ello es necesario que haya una identificación de los pacientes para saber si los mismos están o no asegurados. Esto se podría llevar a cabo a través de la implementación de una carta o carné de salud. Además, esto requiere que se establezcan los mecanismos adecuados de compra / pago a proveedores, así como un sólido análisis de costos con vistas a establecer las tasas de remuneración.

Esta nueva estructura de compras y pago a proveedores, así como las tasas de remuneración de proveedores, deben ser las adecuadas para evitar que se generen nuevos incentivos negativos. Además, los pacientes deberían conocer sus derechos y se debería sancionar a los establecimientos de salud cuando se compruebe su participación en conductas impropias.

Por último, es necesario imponer las regulaciones y realizar un monitoreo cuidadoso para evitar que los recursos se trasladen de forma impropia de los no afiliados a los afiliados, como ha sucedido en el pasado

3.3.3. Reducir la segmentación de los fondos del MINSA

Actualmente, el gasto per cápita difiere sustancialmente en todos los 17 SILAIS. La asignación de recursos debería basarse en criterios racionales para garantizar que a cada persona / unidad de riesgo se le asigne la misma cantidad de recursos, ajustada según factores de riesgo. Esto también aumentaría la eficiencia en el uso de los recursos y la equidad del sistema. Debido a que la forma en que se asignan los recursos a los SILAIS es parte de la función de compras, se presentan más detalles sobre este punto en el la Sección 3.4.

3.3.4. Diversificar la composición del riesgo en la mancomunación de fondos del INSS

Un incremento global en la afiliación podría generar un menor equilibrio en la mixtura y composición de riesgos, como se reseña en la Sección 3.2.2. Hay otras medidas importantes que pueden aplicarse para diversificar la composición del riesgo de la mancomunación de fondos del INSS:

Aumentar o eliminar el tope de salario máximo en las cotizaciones

Este límite máximo podría ser elevado (o eliminado) para aumentar la recaudación y la equidad.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Aquellos que devengan mayores ingresos, podrían oponerse a esta medida. Además va a haber un incentivo a declarar sólo una parte del sueldo que realmente ganan, recibiendo el resto de manera informal (en negro o bajo la mesa).

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Esta medida requerirá un consenso entre empleados, empleadores, sindicatos e INSS necesario para cambiar el reglamento y eliminar la cotización máxima. Al mismo tiempo debería haber un control estricto para verificar que los sueldos declarados sean los reales para evitar una subdeclaración de sueldos.

Cubrir a todos los miembros de la familia (i.e. niños hasta los 18 años y los cónyuges)

La razón detrás de esta medida es mancomunar los riesgos entre un grupo más numeroso de personas. Al mismo tiempo, esta medida incrementaría la afiliación y la cobertura del INSS, reduciendo así la carga sobre la prestación de servicios de salud del MINSA.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Se considera que esta medida no deterioraría la composición del riesgo al incluir a los niños mayores de 12 años y a los/las cónyuges. En general, se espera una mixtura de riesgos similar a la actual.

Es evidente que el conjunto de beneficios familiares tendría un mayor costo, ya que el número promedio de dependientes por afiliado principal también aumentaría.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Se requiere un análisis actuarial para estimar el ingreso y los gastos resultantes de una base de afiliados más amplia. Asimismo, es necesario establecer procedimientos organizacionales para inscribir/afiliar a todos los miembros de la familia en una forma eficaz.

3.3.5. Revisar la política de mutuales

Para salvaguardar los intereses de los trabajadores de bajos ingresos del sector informal, debe hacerse una revisión de la política de mutuales para evitar una segmentación aún más profunda y marginalización de este grupo poblacional. En lugar de crear sus propios fondos individuales y reducidos, con altos costos administrativos, bajo poder de compra y una pequeña e insostenible mancomunación, se deben identificar medios de vincularlos con los planes del INSS o MINSa ya existentes

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Es difícil anticipar los incentivos o impactos, salvo que se conozca el arreglo institucional preciso.

Requerimientos (institucionales) requeridos:

El tema de las mutuales es un tema político del FNT. Por ello es necesario que se realice una consulta con ellos para ver como se puede hacer para evitar una segmentación aún mayor del sistema.

3.4. Desarrollar la compra estratégica y mecanismos de pago más eficientes

Como se describe en el Capítulo 2, los procesos de compra y los mecanismos de pago a proveedores tienen una serie de debilidades, lo que deriva en un uso deficiente de los recursos disponibles. Esta sección propone sugerencias para mejorar los procesos de compra tanto del MINSa como del INSS.

3.4.1. Introducir y fortalecer criterios de compra estratégica en los procesos de asignación de los recursos del MINSa

Se recomienda que el MINSa introduzca criterios más racionales y explícitos en el proceso de asignación de recursos a los SILAIS para que la asignación de recursos per cápita sea uniforme en todos ellos y que, al mismo tiempo, tome en cuenta las necesidades y características específicas de la población en los distintos SILAIS.

Podrían considerarse, por ejemplo, los siguientes criterios:

- estructura de edades de la población departamental
- distribución de la población por género
- perfil epidemiológico de un departamento
- perfil de pobreza de un departamento

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Podría darse el incentivo de presentar y “ajustar” los perfiles epidemiológicos de los SILAIS de acuerdo a la forma en que son remuneradas ciertas características poblacionales específicas. También podría tenderse a presentar un SILAIS como más pobre de lo que realmente es. Sin embargo, ello podría monitorearse y evitarse con facilidad. Por otro lado, con un proceso de asignación de recursos transparente y racional, sería más difícil ejercer presiones políticas sobre el personal del nivel central del MINSA para influenciar las decisiones relativas a la asignación de recursos.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Esta medida de mejora requiere la definición y ponderación de los criterios de asignación de recursos, así como la aplicación de una fórmula específica para llevar a cabo la asignación de los mismos. Estos criterios y esta fórmula deben ser claramente divulgados y explicados a los administradores de los SILAIS.

3.4.2. Incrementar la autonomía de los SILAIS y hospitales para lograr una utilización más flexible de los recursos:

Una asignación racional de los recursos del nivel central al nivel de los SILAIS debe ir acompañada de una mayor descentralización financiera que genere una mayor flexibilidad en el uso y el gasto de los recursos según las necesidades de los SILAIS. Específicamente, esto significa alejarse de las líneas presupuestarios y acercarse más a los presupuestos globales. Con ello también se incrementaría la apropiación y la iniciativa de los administradores de los SILAIS, quienes asumirían una mayor responsabilidad por sus respectivos SILAIS.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Los actores del nivel central podrían oponer una resistencia inicial a una mayor descentralización financiera, lo que a su vez podría refrenar las acciones legales y las actividades de fortalecimiento de la capacidad que se requieren para concretar una mayor descentralización.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Podría ser necesario introducir enmiendas y modificaciones a las leyes existentes en materia de finanzas públicas. En la ley de presupuesto actual, no se aborda este tema. Además, es necesario brindar apoyo y capacitación a los administradores de los SILAIS para que éstos puedan asumir sus nuevas funciones y responsabilidades.

3.4.3. Combinar las asignaciones presupuestarias con otros mecanismos de pago basados en el desempeño

La asignación de recursos a los SILAIS basada en presupuestos globales podría combinarse con otros mecanismos de pago basados en el desempeño y, en especial, en la calidad de las compras realizadas. Las limitaciones de tiempo no permitieron evaluar las fortalezas y debilidades de un plan piloto anterior de contratación hospitalaria basada en el desempeño (cf. Jack 2004). La idea detrás de esta medida es que los recursos se utilicen en forma más eficiente.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

El objetivo de estos cambios institucionales en el proceso de asignación de recursos sería mejorar la disponibilidad de los recursos, lo cual, aunado a la percepción de una mayor equidad en las asignaciones financieras entre centros de salud, puede tener un efecto motivador en los administradores y en el personal del sector salud.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Es necesario hacer mayores progresos en el proceso de descentralización y también es posible que se requieran cambios para concretar la descentralización financiera. De igual forma, podría requerirse una revisión y el fortalecimiento de los procesos de supervisión, ya que tanto el nivel central como el nivel de los SILAIS asumirían funciones levemente modificadas.

3.4.4. Ampliar la red de proveedores de servicios del INSS

A fin de incrementar el acceso (geográfico) a los servicios de salud para los asegurados y, en particular, para las familias cuyo sostén económico vive en otro lugar o para las personas que viven en zonas remotas, se debe aumentar el número de proveedores contratados por el INSS mediante la inclusión de las unidades del MINSA u otros proveedores privados. Lo anterior también se haría necesario en vista del presunto incremento en el número de asegurados, como se discutió en la Sección 3.2.2. Aparentemente, también sería de utilidad continuar aplicando el principio de contratación selectiva, mas sin embargo, se deben aplicar criterios bien definidos en forma transparente y justa.

Se entiende y acepta que el problema previo de subsidios cruzados indirectos del MINSA al INSS debía subsanarse, sin embargo, en nuestra opinión, ello podría haberse logrado aún permitiendo que las unidades del MINSA cobrasen al INSS los servicios prestados a los asegurados, en lugar de prohibir la prestación de servicios del MINSA a los asegurados.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Con un mayor número de proveedores y con un proceso de contratación selectivo que, en principio, está abierto a todos los que cumplen con los criterios de acreditación, se podría incrementar la competencia entre proveedores de servicio sobre la base de la calidad.

Para esto la calidad de los centros del MINSA tendría que aumentar. Con ello se reduciría la segmentación dentro del sistema de prestación actual que cuenta con un sector público escaso de recursos para los no asegurados y otro sector formado por las IPSSs (principalmente privadas) con más recursos y un mejor proceso de calidad.

Además, la disponibilidad de servicios debería mejorarse, especialmente en las zonas más remotas, lo que haría que el INSS fuese más atractivo para los trabajadores que, hasta el momento, no están bajo la cobertura del plan.

Otros requerimientos (institucionales):

En este contexto, se requieren directrices bien definidas en cuanto a la forma en que los hospitales del MINSA pueden utilizar los recursos adicionales del INSS. Asimismo, debe existir una regulación que impida el uso indebido de los recursos del MINSA en servicios proporcionados a personas aseguradas en detrimento de las no aseguradas. Se debe monitorear el cumplimiento con estas regulaciones y directrices, así como establecer sanciones en caso de incumplimiento. Idealmente, estas regulaciones y directrices se deberían formular dentro del contexto de una política nacional de contrataciones.

Los recursos adicionales que los centros del MINSA adquirirían de esta forma, también deberían utilizarse de una forma tal que eleve la motivación del personal y la calidad del servicio.

Por último, sería necesario introducir un sistema de tarjeta o carné de salud, de manera que los pacientes que presenten dicho carné en las unidades del MINSA sean reconocidos como afiliados del INSS, generando así un proceso de cobro.

3.4.5. Cambiar de la tasa de capitación basada en la familia a una tasa de capitación basada en la persona

Se recomienda diferenciar la actual tasa de capitación basada en la familia al desglosarla en una tasa de capitación basada en una persona. Es posible que se requieran diversas categorías a fin de satisfacer las necesidades particulares de asistencia de salud de los distintos grupos poblacionales. Así, el INSS podría introducir tasas de capitación diferenciadas para niños, mujeres y hombres; y, talvez otras para mujeres y hombres de tercera edad.

Se podrían incluir criterios adicionales para determinar la tasa de remuneración final a proveedores, tales como el perfil epidemiológico o de pobreza de la respectiva área de captación. Estos factores de ponderación podrían estar por encima de las tasas per cápita específicas de un grupo poblacional.

Esta medida contribuye a alinear las tasas de remuneración a proveedores con la estructura de costos reales. Así, los recursos se utilizan en forma más eficiente y es muy probable que esto también genere una entrega más equitativa del conjunto de beneficios, ya que los proveedores pueden proporcionar los servicios basados en la necesidad y no tanto sobre la base de una consideración financiera. De igual forma, si se conoce el número de beneficiarios en cada grupo poblacional, los proveedores pueden proyectar mucho mejor sus gastos. Aunque la incertidumbre del gasto permanece con el proveedor, dicha incertidumbre se reduce sustancialmente.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Los proveedores pueden sentirse tentados a inscribir dependientes “fantasma” de un afiliado titular a fin de incrementar su presupuesto de remuneraciones, pero esto se puede evitar con un buen sistema informático que enlace el registro de los afiliados de las IPSSs con el registro del INSS.

Una tasa de capitación diferenciada por persona en lugar de por familia, reduce la incertidumbre de las IPSSs con respecto al riesgo de gastos. Como la planificación financiera para el futuro se vuelve posible (mejor), un mayor número de centros salud y de centros más pequeños puede interesarse en ser contratados por el INSS.

El actual sistema de capitación por familia establece un incentivo para que los proveedores se enfoquen en los trabajadores solteros o en aquellos con niños mayores de 12 años, y a evitar las familias numerosas con niños menores de 12 años. Un sistema diferenciado basado en la capitación evita este tipo de incentivo perverso.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Para poder establecer tasas de capitación diferenciadas, es necesario realizar un análisis de costeo detallado. Al mismo tiempo, es necesario discutir explícitamente el margen de ganancia de este mecanismo de remuneración a proveedores. Dicho margen es actualmente muy alto y por ende, el costo es mayor que el deseable desde el punto de vista social y de eficiencia.

Este ejercicio de costeo también será de utilidad al momento de fijar precios más racionales para los servicios subcontratados.

Aún cuando se mantenga el actual sistema de capitación por quasi-familia, es recomendable realizar un estudio de costeo a fin de afinar el nivel actual de la tasa de capitación y de equilibrar los objetivos en conflicto (sostenibilidad de los gastos, ganancia de los proveedores, mantener contribuciones a precios asequibles, etc.). Por último, es necesario implementar un sistema de monitoreo para garantizar que las IPSSs no inscriban a dependientes “fantasma”.

3.4.6. Formalizar los distintos mecanismos de pago a proveedores que actualmente existen en paralelo

Se hace necesario formalizar los pagos por evento para intervenciones específicas de salud, así como aclarar y especificar cuáles son los servicios e intervenciones que pueden cubrirse y según qué condición. Esta especificación, que sirve para extender el conjunto de beneficios, debería estar basada en tasas de utilización, así como en criterios de eficiencia y equidad. Asimismo, el proceso de preautorización debe definirse claramente a fin de que sea tanto transparente como aplicable por todos los proveedores.

La clarificación de este proceso podría revelar cuáles son los servicios específicos de salud que deberían ser cubiertos por el conjunto de beneficios sin necesidad de preautorización, en vista de las tasas de utilización prevalecientes.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

Esta medida contribuye a mejorar la equidad en la utilización de los servicios. Una mayor transparencia significa que no sólo los afiliados asegurados influyentes pueden tener acceso a dichos servicios especializados y de alto costo, sino que, todos aquellos que tengan dicha necesidad puedan tener acceso a los mismos. Al mismo tiempo, evita que sólo unas pocas IPSSs se beneficien de estos recursos adicionales y las distorsiones que eso implica en la competencia.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Esta medida demanda la especificación de estos servicios de salud a fin de establecer cuáles son los proveedores que pueden proporcionarlos, así como también establecer el costo de estos servicios y definir el proceso y la tasa de remuneración. También se necesita fortalecer y monitorear el sistema de referencia entre los diferentes prestadores.

3.4.7. Fortalecer el consumo racional del conjunto de beneficios en las IPSSs

Por último, el uso óptimo de los recursos también requiere un enfoque basado en la demanda. Un copago bajo por cuidados ambulatorios en las IPSSs podría reducir el riesgo moral (moral hazard) de los asegurados, cuyas tasas de utilización son notablemente más altas que las de los no asegurados. Asimismo, el INSS debería emprender un análisis de la utilización en las IPSSs y monitorear la duración promedio de la estadía, la cual es baja y sugiere una baja prestación por parte de las IPSSs. Es más, se recomienda que el INSS publique sus estados financieros, así como folletos fáciles de entender sobre los derechos y deberes de los afiliados, el contenido del conjunto de beneficios, etc.

3.5. Mejorar el conjunto de prestaciones

3.5.1. Armonizar el conjunto de prestaciones del MINSa e INSS

Esta medida ha sido discutida en la sección 3.3.2. en su rol - sumamente importante - respecto a la reducción de la segmentación.

3.5.2. Establecer un fondo de enfermedades catastróficas

El MINSa podría constituir un fondo para enfermedades catastróficas. Este fondo aumentaría la protección del riesgo de la población: las personas con ciertas enfermedades tendrían el derecho "explícito" de estar atendidas con recursos de este fondo.

En este fondo los distintos esquemas de financiamiento, como el INSS, el MINSa, el seguro de vehículo, los seguros privados, entre otros, podrían aportar a fin de cubrir los gastos de enfermedades de baja incidencia y alto costo. En la actualidad, estas enfermedades son tratadas casi exclusivamente en los hospitales del MINSa (cuando la tecnología está disponible). Cualquier persona (asegurada o no) puede acceder a los servicios del MINSa, sin embargo, si la persona es asegurada, el MINSa no recibe ningún pago de los otros esquemas de aseguramiento.

Incentivos anticipados e impactos resultantes:

En el caso de la constitución de un fondo para enfermedades catastróficas esto aumentaría la disponibilidad de recursos para el MINSA (o de aquellos que brinden estos servicios). Además aumentaría la protección del riesgo de la población ya que las personas con ciertas enfermedades tendría el derecho "explícito" de estar atendidas con dinero de este fondo.

Requerimientos (institucionales) relacionados:

Para que esta política se implemente primero se tiene que definir las enfermedades que dicho fondo va a cubrir. Para ello, una vez más, sería necesario llevar a cabo un estudio de costo. También se debería establecer un organismo que maneje el fondo y debería haber reglas para aportar (lo más equitativo sería un porcentaje de las contribuciones/fondos que recauda cada subsistema de salud).

Capítulo 4: Implicaciones de los modelos alternativos de financiamiento de salud

El gobierno actual y el MINSA están debatiendo la forma de reformar el sistema de salud a fin de garantizar una cobertura universal, es decir, acceso a una asistencia de salud adecuada para todas las personas y la protección contra el riesgo financiero. Una opción es continuar mejorando y fortaleciendo el sistema híbrido de financiamiento de salud que existe actualmente, como se expone en el Capítulo 3. Asimismo, en estas discusiones de política también se discuten otros dos modelos alternativos de financiamiento de la salud: un seguro universal de salud y un sistema único.

Este capítulo delinea las implicaciones de estos dos modelos con respecto a sus arreglos institucionales/organizacionales de recaudación, mancomunación y compra. También reseña cuáles son los tipos de incentivos que se anticipan y qué otros requerimientos institucionales deben ser considerados.

4.1. Seguro universal de salud

Un seguro universal de salud es aquel en el cual cada ciudadano está afiliado a un seguro (o seguros) de salud. El derecho y el acceso a los servicios se basan en la afiliación. En este modelo, toda persona se convierte en un miembro, independientemente de su capacidad de pagar contribuciones. En el caso de aquellas personas que no pueden contribuir, es necesario encontrar otras formas de financiar sus contribuciones (ver abajo). Un país que constituye un buen ejemplo de este sistema es la República de Corea. Dentro de la región también se puede mencionar la Caja Costarricense de Seguro Social.

Recaudación de ingresos:

En un seguro universal de salud, un pilar fundamental de la recaudación de ingresos son las contribuciones por parte de los trabajadores contribuyentes, como en el sistema actual. Otro pilar fundamental serían los ingresos fiscales/subsidios gubernamentales. Es necesario encontrar medios de financiar las contribuciones de aquellos que no tienen la capacidad de pagar o hacer contribuciones. El gobierno podría subsidiar parcial o totalmente las contribuciones, ya sea pagando por cada persona/familia que no está en capacidad de contribuir o mediante la transferencia de un monto global al INSS. Esto requiere un proceso cuidadoso de identificación ("targeting") de aquellas personas y familias que no pueden realizar pagos y mantener una base de datos actualizada. Existen diversos programas de reducción de la pobreza (como distribución de alimentos en algunas regiones), que representan un buen punto de partida para desarrollar aún más dicho sistema de focalización. Es obvio que el período de transición, es decir, la transición hasta lograr un seguro universal de salud y su puesta en marcha, es muy difícil en un sistema donde aún se puede tener acceso a los servicios de salud gubernamentales gratuitamente. Por esta razón, es importante optar por un proceso de transición bastante rápido.

Si el gobierno no puede pagar subsidios según lo convenido y proyectado, el seguro podría enfrentar una escasez de ingresos y, por ende, dificultades para cubrir sus obligaciones.

Aunque en un sistema de seguro universal podría reducirse la evasión de contribuciones (ya que es necesario ser un afiliado inscrito a fin de tener derecho al acceso a los servicios), algunas personas tratarían de ser consideradas como personas sin capacidad de pago. En el actual sistema, se tiene un fuerte incentivo para evitar ser inscrito a fin de no pagar contribuciones (y acceder a los servicios públicos de manera gratuita), mientras que con este modelo, es más probable que el incentivo para los empleados/empleadores sea inscribirse pero pagar lo menos posible en contribuciones e, idealmente, ser considerado como persona sin capacidad de pago. Se hace necesario entonces monitorear el desempeño del INSS en cuanto a la recaudación de recursos. Un contrato por desempeño entre el gobierno y el INSS podría ser una solución para garantizar una adecuada movilización de los recursos.

Además, es necesario aclarar la función del sector de seguros privado. Se aconseja mantener la política actual de no poder optar por salirse del sistema del INSS. Asimismo, es necesario definir la función de las Mutuales.

Mancomunación:

El INSS sería el encargado de mancomunar los recursos de toda la asistencia curativa. Dependiendo de si las actividades promotoras y preventivas de asistencia de salud, ya sean individuales o poblacionales, están cubiertas en el conjunto de beneficios del seguro, estos fondos también serían mancomunados y administrados por el INSS.

Es necesario determinar cuánto, cómo y qué ministerio transferirá los recursos gubernamentales, por ejemplo, si Hacienda o el MINSA. También debería existir un contrato bien definido ente el INSS y el Gobierno/MINSA, o mejor aún, una ley que regule la transferencia de recursos, especificando la cantidad de recursos, programación de los mismos, el tipo de subsidio (suma global o individualizada), etc. Esto reduce la probabilidad y el riesgo de que el gobierno incumpla con la transferencia de sus subsidios. Por último, se requiere un monitoreo e imposición más estrictos de la contribución debida por los empleados y empleadores.

Compra y mecanismos de pago a proveedores:

El INSS sería el principal comprador de servicios de salud en un modelo de seguro universal con un sistema de pagador único. Dado el tamaño de la población nicaragüense, es cuestionable si un sistema de fondos múltiples con un sistema de pagadores múltiples sería ventajoso.

La remuneración a proveedores, o sea, el financiamiento de la prestación de servicios gubernamentales, podría estar basada en una combinación de presupuestos, asignados según criterios racionales bien definidos (o capitación ajustada a diversos factores

pertinentes), combinada con el pago basado en el desempeño (cf. Sección 3.4.2.). Las sugerencias presentadas en la Sección 3.4.3 en cuanto a la compra y remuneración a los proveedores privados, siguen siendo válidas en este caso. Para las unidades gubernamentales, sería aconsejable utilizar un sistema de contratación colectiva a fin de asegurar una amplia cobertura y accesibilidad geográfica. El que los proveedores privados estén igualmente dispuestos a ser parte de un sistema de contratación colectiva también depende del mecanismo de pago a proveedores. Es necesario aclarar y definir la función del sector privado en lo que atañe a los servicios que pueden ofrecer.

Como alternativa, el INSS podría delegar parte de sus funciones de compra a los SILAIS que, bajo contrato, tendrían que comprar y administrar la prestación de servicios. En cualquier caso, otra de sus funciones principales involucraría el monitoreo, la evaluación, la regulación y la prestación de apoyo y directrices técnicas, así como la planificación de intervenciones de salud pública.

Adicionalmente, los centros requerirían una mayor autonomía financiera y de gestión. Se necesita también reflexionar sobre cuál es el mecanismo de remuneración a proveedores más apropiado y a qué tasa de pago. Nuevamente, las sugerencias expuestas en la Sección 3.3.1 con respecto a la compra estratégica y el mecanismo de pago a proveedores, son válidas en este caso.

Si el INSS se constituye el principal comprador, se debería considerar el establecimiento de oficinas descentralizadas del INSS para asegurar la eficacia y la eficiencia de las compras. Dichas oficinas descentralizadas también facilitarían la inscripción de afiliados, así como el monitoreo del cumplimiento y la imposición del pago de las contribuciones.

Se requeriría una planificación conjunta de la red de servicios, incluyendo tanto los centros privados como los centros del MINSA, al igual que una estrecha colaboración e interacción entre el INSS, los SILAIS y el MINSA. Por último, se debería fortalecer la capacidad de compra del INSS (y de los SILAIS, según sea el caso).

Conjunto de beneficios y prestación de servicios

En principio el conjunto de beneficios sería definido conjuntamente y sería el mismo para toda la población. Es posible que con el nivel de financiamiento del sistema y la extensión de la cobertura universal, el conjunto de beneficios al principio se podría ver un tanto reducido, ya que la tasa de utilización va a aumentar y los fondos no van a aumentar tanto (se va a ganar en eficiencia si las IPSSs un 10-30% de ganancias).

En un seguro universal de salud, los proveedores tanto públicos como privados, así como las ONG, deberían formar parte del mismo sistema. Esto asegura el más amplio acceso geográfico. Nuevamente, el tema principal es que los proveedores ofrezcan el mismo conjunto de beneficios, al mismo tiempo que tratan de atraer más pacientes con base en una mejor calidad. El conjunto de beneficios tendría que ser sometido a un proceso de revisión basado en criterios de costo-efectividad y equidad.

Este pluralismo institucional (i.e. una competencia saludable entre los sectores público y privado) contribuiría a incrementar la calidad y la eficiencia, asumiendo que se hayan establecido los incentivos adecuados (mediante mecanismos de pago a proveedores).

Cuando los proveedores privados forman parte del sistema de seguro universal de salud, muchas personas podrían preferir utilizar centros privados y, por ende, se podría requerir una racionalización de su uso con la finalidad de evitar una excesiva utilización con la consecuente explosión de los costos. Un copago bajo a los proveedores privados podría ser un medio de evitar esto.

4.2. Sistema único

Un sistema único es aquel mediante el cual el sector público, es decir el MINSA, garantizan la prestación de la asistencia de salud, aún cuando la prestación/producción real de los servicios pueda ser multisectorial, incluyendo también el sector privado y el sector sin fines de lucro. El Reino Unido, con su Sistema Nacional de Salud, y Canadá, son buenos ejemplos de un “sistema único”. Brasil tiene también un sistema único de salud (Sistema Único de Saúde, SUS). La característica y el objetivo claves es que el sistema no está segmentado y todos obtienen el mismo conjunto de beneficios. El derecho y acceso a la prestación de servicios se fundamenta, por lo general, en ciudadanía o residencia.

Recaudación de ingresos:

En un sistema único, la recaudación de ingresos se sustenta y debería sustentarse en los ingresos fiscales generales y en impuestos específicos (p. ej., los impuestos sobre el tabaco, un impuesto sobre los seguros de vehículos, etc.); adicionalmente, se podría implementar la aplicación de un impuesto destinado o reservado al sector salud ("ear-marked tax"). La pregunta crítica es entonces cómo realizar la transición desde el actual plan contributivo del INSS a un impuesto reservado. Alejarse del plan contributivo también significa terminar con las contribuciones de los empleadores, lo que podría transformarse en incrementos salariales que luego constituirían a la base de un impuesto sobre la renta más alto y/o un impuesto reservado para la salud. Sería atípico mantener el plan contributivo y fusionar estos fondos con los recursos fiscales.³⁰

Aumentar los impuestos para financiar la salud requiere una revisión de los actuales programas y tasas impositivas. En el caso de un impuesto reservado que es recaudado por Hacienda o la autoridad en recaudación de ingresos, sería necesario establecer las nuevas reglas en materia de tasas impositivas, bases impositivas, elegibilidad, etc. También sería necesario establecer mecanismos para reducir la evasión, así como fortalecer la capacidad de recaudación de recursos de la autoridad de recaudación (como se señala en la Sección 3.1.).

³⁰ Otra pregunta que se conjunta es cuáles serían los incentivos y el interés que tendría el INSS para recaudar la mayor cantidad de recursos posible.

Asimismo, sería necesario cambiar/modificar la ley del INSS relativa a la sección de seguros de salud (SEM). Se supone que el sector privado de seguros de salud ajusta su oferta a fin de atraer miembros con un plan diferenciado.

Mancomunación:

En este modelo, el MINSA mancomunaría todos los recursos, i.e. ingresos fiscales generales provenientes de Hacienda, así como impuestos reservados para fines específicos (o las contribuciones al seguro de salud del INSS). Se debería aclarar si el Ministerio de Defensa y Gobernabilidad mantiene sus propios recursos o si éstos se integran al sistema del MINSA.

Compra y mecanismos de pago a proveedores:

En este modelo, el MINSA sería el comprador único de los servicios de salud. El nivel central asignaría los recursos a los SILAIS, los que luego asumirían la compra de los servicios de salud. En este caso, los SILAIS recibirían dinero del MINSA y pagarían tanto a los hospitales públicos, los centros de salud y las IPSSs (públicas y privadas).

Como se describió en la Sección 3.3.1., es necesario revisar el proceso de asignación de recursos a los SILAIS. Por razones de eficiencia y equidad, los SILAIS y los hospitales requieren una mayor autonomía y flexibilidad de gestión. Nuevamente, las sugerencias presentadas en la Sección 3.3.1 con respecto a las compras estratégicas y el mecanismo de pago a proveedores, son válidas en este punto.

Una mayor descentralización de los SILAIS es importante puesto que contribuye a la división comprador-proveedor. Con ello se evita que el MINSA asuma funciones múltiples y superpuestas como rector, hacedor de política, regulador, organizador de la mancomunación, comprador, ente fiscalizador y proveedor.

Conjunto de beneficios y prestación de servicios:

Un sistema único no implica que haya sólo proveedores del sector público. Los proveedores del sector privado y las ONG pueden y deben ser incluidas por igual a fin de maximizar la accesibilidad geográfica. Lo importante es que no haya diferenciación en la prestación, i.e. todos reciben el mismo conjunto de beneficios.

Las mismas sugerencias y recomendaciones consignadas en la Sección 4.1. con respecto a los mecanismos de pago a proveedores, la definición del conjunto de beneficios y la prestación de servicios, son relevantes para este modelo.

4.3. Aspectos relacionados con la viabilidad

Aspectos de viabilidad técnica a considerar

Un impuesto reservado o dedicado a la salud no tiene una ventaja inherente sobre las contribuciones de seguridad social y viceversa. Sin embargo, como la fuente de

recaudación de ingresos del INSS ya está bien establecida, la opción de un plan de seguro universal de salud debería ser considerada a fondo. Las modalidades administrativas y prácticas están bien institucionalizadas, son bien conocidas por los distintos actores y la gente está acostumbrada a ellas.

En contraste, en el caso de un impuesto reservado que es recaudado por Hacienda, las modalidades deben ser introducidas e institucionalizadas, y la pregunta que surge es si la autoridad de recaudación de ingresos tiene la capacidad suficiente como para recaudar los recursos requeridos.

Aspectos relacionados con la viabilidad política

Una pregunta vital es si la población tendría más confianza en el INSS o en el MINSA como institución encargada de la mancomunación y la compra. Otro asunto importante que debe considerarse es si la clase media siente que puede obtener servicios adecuados con un plan de seguro universal de salud como éste o si un sistema único puede garantizar lo anterior. En el plan de seguro universal de salud, el subsidio con recursos gubernamentales para aquellos que no tienen capacidad de pago es más encubierto. Significaría que el resto de la población, los que antes no estaban asegurados, se uniesen a un plan que actualmente se percibe como mejor. En el caso del sistema único, la población trabajadora del sector formal podría percibir que su integración a un sistema único es un retroceso hacia el antiguo sistema de los años ochenta y, posiblemente, un paso hacia “abajo” a un sistema de asistencia de salud que se percibe como peor.

Aquellos que pagan más podrían estar insatisfechos con el hecho de que todos obtienen los mismos servicios y querrían algún tipo de diferenciación. ¿Qué hacer con los empleados de clase media que desean tener servicios diferenciados? Un sistema como este requiere un alto nivel de solidaridad, sin embargo, persiste la pregunta de si existe ese nivel en la sociedad nicaragüense. Asimismo, el sector privado podría ser reticente respecto a entrar como prestador, ya que esto significaría que todas las instituciones cobrarían un monto similar por la prestación de servicios equivalentes. En ese caso, se podría considerar que algunas clínicas privadas puedan cobrar a todo aquel que esté dispuesto a pagar (y que tenga la capacidad de hacerlo) un "valor agregado" además de lo que reciben por parte del comprador (SILAIS o INSS) por los servicios diferenciados que ellos prestan. Esto debería ser estrictamente regulado por el MINSA.

Capítulo 5: Conclusiones y recomendaciones

5.1. Resumen

Este informe proporcionó una evaluación detallada del funcionamiento del actual sistema híbrido (mixto) del financiamiento de salud de Nicaragua. Luego de explicar el marco conceptual y el enfoque metodológico (Capítulo 1), el Capítulo 2 analizó detalladamente las tres funciones de recaudación, mancomunación y adquisición de recursos del financiamiento de salud, y cuáles son las reglas respectivas y la forma en que éstas se ponen en práctica. Lo anterior, aunado a una evaluación de los indicadores de desempeño del financiamiento de salud, reveló tanto fortalezas como debilidades en el sistema de financiamiento de salud, enfatizándose estas últimas de acuerdo a los Términos de Referencia de este estudio:

Fortalezas:

- Un sistema de salud descentralizado con SILAIS relativamente bien definidos y establecidos
- Una organización de seguridad social, el INSS, bien establecida, con un plan de seguro de salud que ha sido institucionalizado a través de una serie de regulaciones
- Voluntad política y capacidad técnica dentro del MINSa para hacer la transición hacia una cobertura universal

Debilidades:

- Una débil función rectora del MINSa
- Recursos insuficientes para la asistencia de salud
 - Una afiliación al INSS más baja de lo que en principio podría ser posible
 - Una tasa de recaudación de contribuciones más baja de lo que en principio podría ser posible
- Falta de mancomunación entre los distintos esquemas planes de financiamiento de salud, lo que genera una alta segmentación
- Existencia de subsidios cruzados no contributivos del MINSa al INSS
- Fragmentación dentro de algunos de los planes de financiamiento de salud como por ejemplo las mutuales.
- Falta de una asignación racional de recursos desde el nivel central hacia los SILAIS, lo que genera un gasto per cápita desigual
- Mecanismos de compra y de pago a proveedores del INSS por debajo del nivel óptimo
- Cobertura poblacional incompleta y desigual, siendo más probable que los trabajadores en mejor situación estén cubiertos por el INSS
- Protección contra riesgos financieros incompleta, especialmente entre los grupos en el nivel bajo de ingresos, con porcentajes de gastos en efectivo muy altos
- Inequidad en el financiamiento de servicios de salud

El Capítulo 3 proporcionó una serie de sugerencias detalladas para mejorar y fortalecer el actual sistema de financiamiento de salud. Si se implementa a cabalidad, se logrará una contribución significativa a la transición hacia una cobertura universal en un sistema de seguro social. Estas sugerencias se concentran en lo siguiente:

Fortalecer la función de rectoría del MINSA

- Desarrollar aún más y concretar la política y la estrategia de financiamiento de salud
- Revivir la Comisión Mixta y esclarecer las modalidades de interacción entre el MINSA y el INSS

Mejorar la movilización de recursos

- Aumentar el financiamiento público para la salud en forma de prepago
 - Mejorar la movilización de recursos de la base tributaria existente y reducir la evasión
 - Incrementar el porcentaje del presupuesto total del Gobierno dedicado a la salud
 - Crear nuevos impuestos para financiar el sector salud
- Mejorar la movilización de recursos al incrementar la afiliación al INSS
 - Inscribir a todos los afiliados elegibles al INSS
 - Encontrar las vías adecuadas para responder a aquellos que reciben un salario por debajo del salario mínimo
 - Fortalecer los procesos de monitoreo y el cumplimiento de las reglas de inscripción
 - Hacer más accesible el régimen facultativo para los empleados independientes
- Mejorar las políticas de recaudación de recursos
 - Reforzar el monitoreo en la recaudación de recursos y el cumplimiento con las reglas respectivas

Eliminar la segmentación en el sistema de financiamiento de salud

- Introducir un mecanismo de igualación de riesgos
- Reducir los subsidios cruzados no-propicios
 - Analizar si los subsidios del gobierno/MINSA al INSS son apropiados
 - Armonizar el conjunto de beneficios del MINSA y el INSS
 - Permitir que el MINSA cobre por los servicios prestados a los pacientes del INSS
- Reducir la fragmentación de los fondos del MINSA
- Diversificar la composición del riesgo del INSS
 - Aumentar o eliminar el tope de salario máximo en las cotizaciones
 - Cubrir a todos los miembros de una familia
- Revisar la política de mutuales

Desarrollar la compra estratégica y mecanismos de pago más eficientes

- Introducir y fortalecer la compra estratégica en la asignación de recursos del MINSA
- Aumentar la autonomía de los SILAIS y hospitales para lograr una utilización más flexible y eficiente de los recursos
- Combinar las asignaciones presupuestarias con otros mecanismos de pago basados en el desempeño

- Extender la red de proveedores de servicios del INSS al incluir las unidades de salud del MINSA
- Hacer la transición de una tasa de capitación basada en la familia a una tasa de capitación basada en la persona
- Formalizar los distintos mecanismos de pago a proveedores que existen actualmente en paralelo
- Fortalecer el consumo racional del conjunto de beneficios en las IPSSs

Mejorar el conjunto de prestaciones

- Armonizar el conjunto de prestaciones del MINSA y el INSS
- Definir y establecer un fondo de enfermedades catastróficas

El actual debate sobre la cobertura universal en Nicaragua se concentra en los siguientes modelos de financiamiento de la salud:

- El actual sistema híbrido (mixto) de financiamiento de la salud, basado en el seguro social de salud y en la provisión de servicios de salud provistos por el estado financiados por impuestos
- Un plan de seguro universal de salud
- Un sistema único que es administrado por el MINSA

Mientras que el Capítulo 3 se concentra en la primera opción, el Capítulo 4 discute algunas de las implicaciones de optar por un seguro universal de salud o por un sistema único. Dado el trasfondo institucional/organización que ya está en práctica, pareciera que la transición hacia un plan de seguro universal podría ser más fácil y factible en un marco de tiempo de 10 años.

Hay varias otras interrogantes y aspectos a considerar, tales como:

- El nivel de solidaridad que predomina en la sociedad nicaragüense
- La aceptación de los grupos en mejor situación de un solo conjunto de beneficios para todos en lugar de la diferenciación
- El rol de los empleadores y si acaso se considera preferible su contribución continua al financiamiento de los servicios de salud
- La importancia de una división comprador-proveedor

5.2. Próximos pasos propuestos

Costeo de los servicios y de las opciones sistémicas

Para discutir y definir el sistema de financiamiento de la salud deseado es necesario que previamente se realice un estudio de costeo de los servicios ofrecidos en los diferentes subsistemas. Esto es un primer paso indispensable para luego costear las diferentes opciones sistémicas, es decir del modelo de seguro universal de salud, o sistema único.

Estudio de factibilidad de un seguro universal de salud

En relación a esto último, un análisis o estudio más detallado sobre la viabilidad/factibilidad de un Seguro Universal de Salud sería un paso importante en el

proceso de toma de decisión. Para ello, la herramienta de la OMS denominada "SimIns" puede ser un medio muy útil, valioso y adecuado para llevar a cabo este análisis. "SimIns" permite manejar proyecciones financieras a lo largo de un período de 10 años para comprobar si los ingresos y los gastos de un seguro social de salud están equilibrados, y cómo la cobertura universal puede extenderse al sector informal. Se tiene conocimiento que la Comisión Mixta, realizó un extenso análisis de posibles escenarios tanto de cobertura como de financiamiento donde esta herramienta sería muy útil.

Definición del modelo de financiamiento

Finalmente, una decisión sobre la definición del modelo de financiamiento (y prestación) es de suma importancia, ya que la misma va a permitir delinear los próximos pasos en la reorganización del sector. En cualquiera de las alternativas elegida, el sistema de financiamiento de salud en Nicaragua deberá enfrentar los desafíos para lograr un sistema de financiamiento menos segmentado y más equitativo.

Esta decisión requiere que se ponderen los costos de transacción y transición involucrados en un cambio desde el actual sistema híbrido de financiamiento de salud hacia uno de cobertura universal y equitativa para todos los nicaragüenses. Al mismo tiempo, esta decisión debe tomar en consideración los aspectos de viabilidad tanto técnica como política.

Dado el sistema híbrido de financiamiento de salud actual, la transición hacia un sistema único que elimina la recaudación de contribuciones al seguro social de salud para depender en cambio de impuestos más elevados para financiar los servicios de salud, parece ser una opción más radical que la extensión acelerada de la cobertura para lograr una cobertura universal.

Desarrollo de un plan de transición:

Una vez tomada la decisión relativa al modelo de financiamiento de salud a seguir, es aconsejable desarrollar un plan de transición con objetivos e indicadores de desempeño bien definidos que deben lograrse durante la fase de transición. Las sugerencias presentadas en el Capítulo 3 constituirían las principales actividades y medidas de reforma para avanzar hacia el objetivo de la cobertura universal.

Cuando se desarrolla un plan de transición, también es necesario definir la duración de la fase de transición. Mientras que un período demasiado largo podría desgastar el impulso y la dinámica de la voluntad política y frustrar las expectativas de la población, un período demasiado corto puede ser poco realista y, por ende, derivar igualmente en frustración.

Como la mayoría de las medidas de mejora sugeridas y las decisiones generales sobre el futuro modelo de financiamiento de salud tendrán un efecto significativo sobre los distintos actores (el INSS, los proveedores del MINSA, las IPSSs, la población, los SILAIS), es extremadamente importante involucrar a estas partes interesadas en comités asesores, así como en algunos de los órganos decisorios.

Referencias

- Artana, D. (2005). Consultoría Fiscal: Evaluación reciente de la recaudación tributaria, gastos fiscales y proyecciones fiscales. Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL).
- Banco Central de Nicaragua (2007). Nicaragua en cifras. <http://www.bcn.gob.ni/index.php>. Acceso el 7 Diciembre de 2007.
- Banco Mundial (2007). Nicaragua Análisis del Gasto Público de Salud: Hacia una visión integrada del financiamiento, el gasto y la producción de servicios de salud. Estudio preparado para el Departamento de Desarrollo Humano, Región de América Latina y el Caribe del Banco Mundial para el Ministerio de Salud de Nicaragua.
- Carrin G. y James C. (2005): Key Performance Indicators for the Implementation of Social Health Insurance, *Appl Health Econ Health Policy*, 4 (1): 15-22.
- Gasparini L. y Artana D. (2003). La incidencia distributiva de la Ley de Equidad Fiscal de Nicaragua. Banco Mundial y Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL).
- International Insulin Foundation (2008): Nicaragua's Health System. http://www.access2insulin.org/html/nicaragua_s_health_system.html, acceso el 17 de Enero de 2008.
- INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos)/ INIDE (Instituto Nacional de Información de Desarrollo): Encuesta de medición de Niveles de Vida (ENMV), 1998 y 2001
- INSS (Instituto Nacional de Seguridad Social) (2001). Opciones de ajuste/ampliación de los beneficios: introducción y justificación general de las propuestas y actualización del per cápita de la canasta actual. Grupo consultor de infraestructuras y Escuela Andaluza de Salud Pública, Managua.
- INSS (2006). Informe de gestión I Trimestre 2006. Gestión INSS. Managua: INSS (<http://www.inss.gob.ni/instituto>)
- INSS (2007). Anuario Estadístico 2006, Managua, Abril 2006. (<http://www.inss.gob.ni/anuarios>)
- INSS (2008). Information on benefit package. http://www.inss.org.ni/c_asegPens/emLisEnf.html, accessed on January 17, 2008.
- Jack W (2003). Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy and Planning*, 18(2): 195–204
- MINSA (Ministerio de Salud de la República de Nicaragua) (2005). Marco Conceptual del Modelo de Atención integral en Salud (MAIS) y Sistema Local de atención integral en Salud (SILAIS). Serie 1 MAIS, Managua.
- MINSA (2006). Cuentas Nacionales en Salud 2004. División General de Planificación y desarrollo, MINSA. República de Nicaragua.

- MINSAs (2007a). Formulación Presupuestaria Año 2008. Dirección de Presupuesto y Administración Financiera del MINSAs. Managua: MINSAs
- MINSAs (2007b). Hacia la reconstrucción del Sistema Nacional de Salud 2007-2011. Transformación estratégica del sistema de Salud Nicaragüense. Versión Borrador de la Comisión Mixta, Junio 2007.
- MINSAs (2007c). Gasto de los SILAIS per cápita en dólares y córdobas. Dirección de Presupuesto y Administración Financiera del MINSAs. Managua: MINSAs
- MINSAs, OPS/OMS (2008). Caracterización de la Exclusión Social en Salud, Nicaragua, mayo de 2008
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2007). Cuentas Nacionales de Salud. <http://www.who.int/nha/en>. Acceso el 7 diciembre de 2007
- OPS (Organización Panamericana de la Salud) (2006). Análisis de la situación de salud y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua.
- Rathe M. y Lora Bastidas, D. (2003). Salud y equidad. Análisis de profundidad del módulo de gasto en salud ENDESA 2001. Fundación Plenitud. Informe final, Julio 2003.
- Vatessatokit P. (2001). Thai tobacco control: Development through strategic alliances. Development Bulletin, 2001, 54:63.
- Western Pacific Region Office (2004). The Establishment and use of dedicated taxes for health. Manila: WPRO.
- Xu K, et al. (2003). Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. The Lancet, 2003; 362: 111–17

Documentos legales:

INSS:

Reglamento General del la Ley de Seguridad Social (Decreto No 975),

INSS Decreto No.32-2000

Ley Orgánica de Seguridad Social de Nicaragua (Decreto No. 974)

Reformas y adiciones al Reglamento General de la Ley de Seguridad Social (Decreto No.25-2005)

(<http://www.inss.gob.ni/marcojuridico/decreto>)

MINSAs:

Ley General de Salud (2002). Publicada en la Gaceta Diario Oficial No.91 - 2002-05-17

(http://www.inss.gob.ni/files/ley/1194993647_leyGralSal.pdf)

Resolución Ministerial No 06-2007; 07-2007 y 08-2007 (Política de Gratuidad). Managua, Enero 2007.

Otro:

Borrador: Ley Marco del Sistema Mutua en Nicaragua.

Anexo

SILAIS PER CAPITA EN DOL Y COR				
	2007		2008	
	C\$	\$	C\$	\$
SILAIS Madriz	367.70	19.93	450.29	23.24
SILAIS Nueva Segovia	349.60	18.95	408.01	21.06
SILAIS Estelí	555.95	30.13	646.25	33.36
SILAIS Chinandega	552.97	29.97	517.02	26.69
SILAIS León	605.56	32.82	602.79	31.12
SILAIS Managua	674.81	36.58	745.70	38.49
SILAIS Matagalpa	251.38	13.63	320.71	16.56
SILAIS Jinotega	257.00	13.93	317.65	16.40
SILAIS Masaya	305.30	16.55	327.39	16.90
SILAIS Granada	490.09	26.56	541.82	27.97
SILAIS Carazo	664.23	36.00	632.17	32.63
SILAIS Rivas	540.94	29.32	589.61	30.44
SILAIS Boaco	363.69	19.71	439.82	22.70
SILAIS Chontales	298.13	16.16	364.21	18.80
SILAIS Rio San Juan	511.57	27.73	694.71	35.86
SILAIS RAAS	552.30	29.94	774.54	39.98
SILAIS RAAN	335.89	18.21	449.67	23.21
Promedio	558.86	30.29	707.94	36.54

Fuente: Departamento de Presupuesto y Administración del MINSA (2007c)