

**Modelo de Salud Previsional
en Nicaragua**
Evolución y Perspectiva de las EMP

Dr. Larry Valladares

C 02 - 00675

**FRIEDRICH
EBERT
STIFTUNG**

Fundación Friedrich Ebert de Nicaragua
Director: Dr. Kurt – Peter Schütt
Managua, del Hospital Militar l.c. norte
Apto. Postal 2050
Teléfonos: (00-505) 266-8505 / 06
Fax : (00-505) 266-8508

Correo electrónico: ffenica@ibw.com.ni
Página Web: www.fesnica.org.ni

Impreso en Litografía El Renacimiento, 300 ejemplares.

Febrero de 2002
Segunda Edición, revisada y actualizada.

© Fundación Friedrich Ebert / Larry Valladares, Managua, Nicaragua
Reservados los derechos conforme a la ley.
Esta publicación no puede ser reproducida
sin el permiso previo de la Fundación Friedrich Ebert.

Dr. Larry Valladares. Médico y Cirujano, Especialista en Epidemiología,
Máster en Salud Pública,
Miembro de la Cámara de Empresas Médicas Previsionales de Nicaragua.

Coordinación editorial: Ing. Juan Carlos Roa Zamora.

Modelo de Salud Previsional en Nicaragua

Evolución y Perspectiva de las EMP

Segunda Edición

Dr. Larry Valladares

C 02 - 00675



ÍNDICE

I. ANTECEDENTES	1
1. Contexto Económico y Político	1
2. El Sistema de Salud antes de la Creación del Modelo de Salud Previsional	2
2.1 El papel del Estado en la Salud	2
2.2 Las Reformas del Sector Salud	3
3. Creación del Subsistema Previsional de Salud Privado (Modelo de Salud Previsional)	5
4. Cómo se Forman las Primeras EMP.	6
II. EL MODELO DE SALUD PREVISIONAL	7
1. Metas	7
2. Definición del Modelo de Salud Previsional	9
3. Objetivo Específico	9
4. Principios Fundamentales del Modelo de Salud Previsional	10
5. Particularidades del Modelo de Salud Previsional	10
6. Aspectos Financieros y de la Contratación	10
6.1 Aportes Obrero-Patronales	10
7. Protagonistas en la Implementación del Modelo, Caracterización de su Papel	11
7.1 El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)	11
7.2 Empresas Médicas Previsionales (EMP)	13
7.3 Asegurados Activos	17
7.4 Empleadores	18
8. La Cobertura de la Seguridad Social	18
8.1 Sectores sociales cubiertos	18
8.2 Dificultades de Expansión	19
III. CARACTERIZACIÓN DE LAS EMP AL AÑO 2000.	21
1. Por Número de Afiliados	21
2. Por Distribución Geográfica	21
3. Por Sectores de Pertenencia	22
IV. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL MODELO DE SALUD PREVISIONAL	23
1. Fortalezas del Modelo de Salud Previsional	23
2. Debilidades	24
V. EXPERIENCIAS EXITOSAS Y LOGROS	28
VI. PROBLEMAS DE OPERACIÓN DEL MODELO	30
VII. PERSPECTIVAS	32
VIII. BIBLIOGRAFÍA	34

MODELO DE SALUD PREVISIONAL EN NICARAGUA

I. ANTECEDENTES

1. Contexto Económico y Político

En 1993, como parte del proceso de reforma del Sector Salud en Nicaragua y en el marco del Proyecto de Modernización del Sector Salud, financiado por el Banco Mundial, comienza a operar el Modelo de Salud Previsional, con el que el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) compra servicios médicos a las Empresas Médicas Previsionales (EMP), de carácter privado.

Esta reforma del sistema de salud en Nicaragua, es propiciada por el proceso regional de Modernización del Estado, que desarrollan la mayoría de los países latinoamericanos y surge como un componente de la transformación estructural del modelo de desarrollo económico y social que vivía el país inmediatamente después de la finalización de la Revolución Sandinista en el año 1990.

Al igual que en otros países latinoamericanos, la reforma socioeconómica se caracteriza por la

transición desde una economía cerrada y protegida, con amplia participación del Estado, a una economía de mercado, abierta al exterior, y con participación preponderante de la iniciativa privada.

En el espíritu del nuevo modelo, se retoma la filosofía de las corrientes de modernización de la región, en la que se persigue el fin de que la asignación de los recursos se efectúe a través de mecanismos de libre mercado, reservando cada vez más para el Estado el rol de órgano principalmente normador y regulador, el órgano que protege los bienes comunes, y el órgano que juega un rol subsidiario, limitando su gestión directa solamente a aquellas actividades que, por su importancia estratégica y/o social, no pueden ser desarrolladas por organismos intermedios o por el sector privado.

Enmarcada en el modelo de economía de mercado, la reforma se orientó a mantener un Sistema Público de Salud, pero con una creciente privatización de sus acciones, destacándose entre sus rasgos más característicos:

- Intentos de racionalizar y descentralizar el Sistema Público de Salud.
- Fomento de la actividad privada y la competencia de mercado
- Intentos de focalización del gasto público hacia los sectores socioeconómicos más desposeídos.

Posterior a la reforma, se configura en la práctica un sistema mixto de Atención a la Salud con los siguientes componentes:

- Un subsistema público, integrado por el Ministerio de Salud, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Defensa, y otras instituciones del Estado.

- El subsector privado, en el cual se incluyen hospitales, clínicas, organismos no gubernamentales, farmacias, ópticas, laboratorios de análisis y centros de diagnósticos.
- El subsector Previsional, en el que se incluyen las Empresas Médicas Previsionales y las Unidades de Salud Acreditadas para atender enfermedades y agresiones a la salud que se producen por Riesgo Profesional. Ambas venden sus servicios al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, a quien garantizan el cumplimiento de las obligaciones que este contrae por las cotizaciones obligatorias a los trabajadores.

El INSS, como la institución estatal encargada de garantizar la salud de sus derechohabientes, al mismo tiempo que se obliga a retomar la responsabilidad de garantizar que sus asegurados reciban las prestaciones en salud a las que tienen derechos, deja de concebirse como el proveedor de los servicios y pasa a concebirse como un Ente Normador, Regulador y Facilitador con la finalidad de fomentar y velar, en el Modelo de Salud Previsional, por la eficiencia, la equidad y la efectividad de las prestación de salud que recibirían los asegurados, asociando al mismo tiempo los principios de Universalidad, y Solidaridad, de la Seguridad Social.

Las bases de la Reforma del INSS en el contexto más general de las Reformas del Sector Salud fueron:

1. Creación y puesta en operación de un nuevo Modelo de Previsión Social el que finalmente recibe el nombre de Modelo de Salud Previsional.
2. Convertir al INSS en un Ente Estatal, Normador y Regulador, que garantiza

que al asegurado se le brinde las prestaciones de ley, pero que deja de ser proveedor de Servicios.

3. Convertir al INSS en una Institución económicamente sana.
4. Búsqueda y desarrollo del Marco Jurídico, que siendo adecuado a las reformas, las institucionalice y las fortalezca en el devenir político y socioeconómico del país.

2. El Sistema de Salud antes de la Creación del Modelo de Salud Previsional

2.1 El papel del Estado en la Salud

Históricamente, se pueden identificar cuatro formas de cómo se ha concebido el papel que debe jugar el Estado de Nicaragua para garantizar los servicios de salud a la población:

1. Hasta 1955, la atención en salud es responsabilidad de las personas, no del Estado. Las personas pagan los servicios que necesitan y si no tienen para pagar acuden a instituciones de beneficencia nacidas de la misma comunidad, frecuentemente, organizadas, proveídas y administradas por Religiosos y Religiosas. El Estado solo cumple algunas medidas de control sanitario en puertos y fronteras y con grupos específicos como las trabajadoras del sexo.
2. A partir de 1955, con la aprobación de la primera Ley de Seguridad Social, el Estado comienza a recaudar una cuota

monetaria obligatoria a trabajadores y empleadores para garantizar la atención de salud a la Población Económicamente Activa (PEA) empleada y cotizando al INSS y a sus beneficiarios directos: cónyuges e hijos menores. Se crean Instituciones del INSS para proveer los servicios a los asegurados y a sus derechohabientes. El Estado comienza a reconocer la responsabilidad de brindar servicios de salud a la población.

3. En 1980, con la creación del Sistema Nacional Único de Salud (SNUS), el Estado asume por completo la responsabilidad de brindar servicios curativos y preventivos de atención a la salud en forma gratuita a toda la población, sin distingo de clases o posición económica. Se unifican todos los servicios bajo la hegemonía del Ministerio de Salud (MINSa), que se convierte en rector de la salud, financiador y único prestador de servicios de salud.
4. A partir de 1990, se inicia todo un nuevo proceso de Reforma del Sector Salud retomando la idea de que al Estado, a través del MINSa, le corresponde la normación y la regulación de la atención médica, pero no la proveeduría directa de los servicios a toda la población, sino a aquellos grupos de población sin capacidad económica y altamente vulnerables. Se inician los procesos de descentralización y la formación de los Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS) con el interés de regresar parte de las responsabilidades de la atención a la salud a los niveles locales. Se separa del SNUS al INSS que retoma la responsabilidad por la atención de los asegurados.

2.2 Las Reformas del Sector Salud

En los años cuarenta, el sistema de salud estaba reducido a una simple oficina de la policía nacional, encargada de garantizar el control de enfermedades venéreas a trabajadoras del sexo. En octubre de 1948, bajo el Decreto Presidencial N° 106, se creó el Ministerio de Salud para asumir la vacunación y otras acciones antiepidémicas. Así, se dio la *primera reforma del sector Salud*.

Hasta los años 50, la oferta de servicios de salud provenía exclusivamente de consultorios privados y hospitales públicos.

La primera Ley de Seguridad Social se aprobó el 22 de diciembre de 1955, para la protección de los trabajadores asalariados contra las contingencias sociales de enfermedades, maternidad, invalidez, vejez, supervivientes y riesgos profesionales.

Hasta 1979, el INSS aplicó el Régimen Integral a las ciudades de Managua, León y Chinandega; a los municipios de Chichigalpa, El Viejo, Poneloya y Tipitapa; al sector minero de Prinzapolka en Bluefields; y, en todo el territorio nacional, aplicó la rama de pensiones de Invalidez, Vejez, Muerte-Riesgo Profesional (IVM-RP), exclusivamente a los empleados bancarios y del sector público.

Durante las tres cuartas partes del siglo, la red hospitalaria se había venido transformando muy lentamente, construyéndose desde la base de una organización de estilo decimonónico en la cual la atención a enfermos estaba circunscrita a los Hospitales, donde se brindaba atención de caridad por personal religioso y los médicos atendían pacientes a título de voluntariado.

La atención en todos los centros hospitalarios del interior del país era muy precaria, ya que eran atendidos únicamente por médicos generales, y existían muy poca cantidad de enfermeras y una infraestructura muy deteriorada y no apropiada para la función hospitalaria. Únicamente en Managua, se contaba con un Hospital de construcción y organización moderna donde se concentraban todas las especialidades médicas.

A raíz del terremoto de 1972, en Managua, se destruye el Hospital El Retiro, que constituía la unidad de mayor resolución médica del país, lo cual significó la pérdida de más del 40% de las camas hospitalarias instaladas en ese momento.

Después de la atención inmediata al desastre, las agencias internacionales y gobiernos amigos de Nicaragua, establecieron un paquete de ayuda económica y técnica dirigido a apoyar la reconstrucción del país. En el caso del sector salud, las respuestas inmediatas fueron la negociación de un préstamo para la construcción de tres hospitales en Managua, que sustituyeran la labor que realizaba el Hospital El Retiro, además de la negociación de préstamos para la ampliación de cobertura de los servicios de atención primaria y la sustitución de viejos "hospicios", existentes en algunas cabeceras departamentales, por hospitales modernos, organizados y administrados de forma científica.

Una **segunda reforma al sector salud** se dio en agosto de 1979, cuando el gobierno llevó a cabo la integración de los diferentes servicios públicos de salud en un SNUS, cuyo propósito fue aumentar la cobertura y fortalecer la atención a la población a través de la regionalización, planificación, formación y capacitación de los recursos. Con la creación del SNUS, el 8 de agosto de

1979, se transfirió la atención médica directa del INSS y de toda la población al MINSA.

En el año 1982, se aprobó la segunda Ley de Seguridad Social, con la cual se amplió la cobertura a los miembros de cooperativas de producción, a los beneficiarios de la reforma agraria, y a las asociaciones profesionales, gremiales y artesanales debidamente autorizadas. También se extendió la rama de IVM-RP a todo el territorio nacional, incluyendo a los trabajadores del campo.

La finalización de los proyectos de inversión hospitalarios, en la primera parte de la década de los ochenta, se acompaña de un importante proceso de reorganización y ampliación de la red hospitalaria como producto de la reorganización general del sistema de salud.

La principal característica de esta transformación fue la creación del Sistema Nacional de Salud con niveles de atención organizados en una "pirámide" de acuerdo a la capacidad de resolución de los problemas de salud. En este sistema se incluyeron también los dos Hospitales que poseía el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social, que a partir de ese momento pasaron a ser propiedad del Ministerio de Salud.

- En la base de esta pirámide, se establecieron más de 250 puestos y centros de salud, atendidos en su mayoría por médicos generales o personal de enfermería, destinados a atender los problemas básicos de la población y realizar actividades de prevención primaria de las enfermedades.
- En un segundo nivel de complejidad, se establecieron hospitales de tipo "departamental" que contaban con especialistas de las cuatro grandes

especialidades médicas: medicina, cirugía, ginecología y pediatría.

- En un tercer nivel de complejidad, se ubicaron los nuevos hospitales construidos en Managua, donde existía una alta concentración de médicos especialistas y sub-especialistas.

El Plan de Salud 1988-1990 fortaleció al MINSA como rector del sector, e impulsó el desarrollo del SNUS y su capacidad de articulación con los procesos sociales y económicos del país.

La *tercera generación de reformas* se produjo en los años 90 y se inició con el establecimiento de los SILAIS en todo el país. Estas reformas se llevaron a efecto con el objetivo de desarrollar un proceso de programación (planificación), descentralización y desconcentración de la autoridad y los recursos del nivel central, fortalecimiento y perfeccionamiento de los servicios de salud, participación social en la solución de los problemas de salud, y formación permanente de recursos humanos en salud.

Al iniciar la década de los noventa, los hospitales del país mostraban un importante deterioro acumulado en su infraestructura y equipamiento, junto con distorsiones importantes en la organización de los servicios y de los mecanismos administrativos, todo lo cual reducía de forma importante su capacidad de dar soluciones a los problemas de salud de la población.

La aplicación de los planes de ajuste estructural, a principio de los noventa, que condujo a una importante reducción del presupuesto disponible para el Ministerio de Salud, golpeó aún más la difícil situación de los hospitales, afectando principalmente la disponibilidad de medicamentos y material

médico, y reduciendo el personal paramédico (particularmente de enfermería) por efecto de las estrategias de reducción de gasto en personal.

Para enfrentar los efectos de la reducción de gastos gubernamental en salud, y paliar los efectos que las medidas de ajuste estructural podrían tener sobre la población más pobre del país, el Ministerio de Salud inicia una agresiva política de búsqueda de fondos de cooperación externa que permitan realizar las reformas requeridas por el sector salud, al tiempo que se sostienen los servicios de salud en espera de una reactivación económica que permitiría la aparición de un sector privado, con capacidad para absorber la demanda de los segmentos más altos de la sociedad y le permitiría al MINSA enfocar sus esfuerzos en los sectores más pobres del país.

Es en este proceso de Reforma del Sector Salud que se separa al INSS del SNUS, volviendo el INSS a retomar la responsabilidad por la atención de sus asegurados y en 1993, en el marco del Proyecto de Modernización del Sector Salud, financiado por el Banco Mundial, comienza a operar el Modelo de Salud Previsional, con el que el INSS compra servicios médicos a las EMP, de carácter privado. Desde 1994, el INSS ha promovido la atención de salud a través de las EMP, para los asegurados y sus familiares; y a través de las Unidades de Salud Acreditadas (USA), para afiliados al seguro de riesgos laborales.

3. Creación del Subsistema Previsional de Salud Privado (Modelo de Salud Previsional)

Las EMP, como entidades privadas facultadas para actuar en forma paralela al sistema público de salud en el otorgamiento

de prestaciones y beneficios de salud los asegurados del INSS, inician sus actividades en 1993, autorizadas y reglamentadas por Decretos del Presidente Ejecutivo del INSS.

Con esta Ley, se autoriza por primera vez en Nicaragua, la libertad de elección de los asegurados a los prestadores de servicios de salud que mejor le convengan. No obstante, se mantiene la imposición para que los trabajadores enteren su cotización obligatoria en el INSS.

En la actualidad, el sistema se rige por la Resolución 289 del 30 Septiembre de 1996, que oficializa el Reglamento del Seguro Enfermedad Maternidad, las que deben firmar contrato de prestación de Servicios con el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social. La Gerencia de Salud Previsional del INSS es el organismo técnico cuyas principales funciones son:

- Supervisar a las EMP para garantizar a los beneficiarios el pleno cumplimiento de sus derechos y el incremento progresivo de la Calidad de Atención.
- Garantizar la aplicación del Reglamento del Seguro Enfermedad Maternidad, especialmente, lo relativo a la aplicación de sanciones por violaciones expresas al mismo, con el fin de mejorar la relación entre beneficiario y EMP y para incrementar la eficiencia del Sistema.
- Actuar como árbitro en las controversias que surgen entre los afiliados y la EMP, generando un sistema expedito para la resolución de estos conflictos. En esta forma, se procura dar estabilidad al Sistema por la vía de resolver los conflictos que se generen.
- Generar información, con el procesamiento y la oportunidad necesarios, para favorecer la

retroalimentación de las EMP y la transparencia del Mercado de las mismas.

4. Cómo se Forman las Primeras EMP.

La primera Empresa Médica Previsional que firmó contrato fue el Centro Quirúrgico los Chilamates de Masaya, el 18 octubre de 1993; la segunda fue la Sociedad Médica de Granada y la tercera, la Corporación de Zonas Francas de Managua. Esta última nace bajo la modalidad de subcontratación de, prácticamente, todos los servicios médicos al Hospital Alemán Nicaragüense del MINSA, el que destina personal para la atención de los asegurados en una clínica que se crea al efecto en las instalaciones de la Zona Franca. Se crea un sistema de referencias y contrarreferencias de pacientes complicados, graves o que requieren cirugías, de la Clínica de la Zona Franca al Hospital Alemán Nicaragüense y viceversa.

En el año 1994, clínicas privadas que ya existían o que se crean para el efecto, comienzan a firmar contratos con el INSS y se convierten en las primeras Empresas Médicas Previsionales, algunas de estas empresas son: Salud Integral, SUMEDICO y AMOCSA.

La mayoría de estas empresas surgen con instalaciones limitadas, las que en muchos casos no van más allá de algunos consultorios para brindar atención de Consulta Externa y Servicios muy primarios de atención de Emergencias Médicas. La mayoría de ellas opera con la modalidad de subcontratación de servicios a Hospitales del MINSA o a Hospitales y Clínicas privadas establecidos con mayor capacidad y que operan solamente en el subsector privado.

En este mismo período, el INSS, en coordinación con el MINSA dan a la Policlínica Oriental del MINSA la categoría de Empresa Médica Previsional y se le adjudica la atención de los trabajadores del Estado en la ciudad de Managua. Gracias a este papel, la Policlínica Oriental de Managua nace como la EMP más grande del país.

En los años subsiguientes, se incrementa el número de Empresas Médicas Previsionales y aparecen estas empresas en los Departamentos más importantes del país.

Entre las empresas que firman contratos con el INSS aparecen el Hospital Bautista que es el Hospital privado más grande del país; el Hospital Militar que es el Hospital del Ministerio de Defensa y del Ejército de Nicaragua, y posteriormente, firma el Hospital Carlos Roberto Huembes que es el Hospital del Ministerio de Gobernación, convirtiéndose todos estos Hospitales en Empresas Médicas Previsionales. Más tarde, siguiendo el ejemplo de estos Hospitales se incorporan como EMP varios Hospitales Departamentales del Ministerio de Salud.

Con la incorporación de Hospitales de mayor nivel de resolución, el INSS comienza a presionar para que las EMP dispongan de la mayor cantidad de servicios integrados en una misma instalación. Toma fuerza, así, una importante corriente de inversiones en infraestructura por una gran parte de las EMP tendiente a crear y organizar más y mejores servicios de atención médica. Las

EMP que no disponían de mayores servicios comienzan a adquirir o crear sus propios servicios de atención quirúrgica, de hospitalización y de Cuidados Intermedios e Intensivos. Paralelamente, se crean en las EMP o se adquieren otros servicios complementarios tales como Laboratorios,

servicios de Imagenología, servicios de Exámenes Especiales, etc.

Paralela a la incorporación de nuevas Empresas Médicas Previsionales, a partir de 1997, comienzan a cerrar algunas EMP debido a la dificultad de incrementar el número de afiliados, con lo que, o no llegan a alcanzar su punto de equilibrio financiero y enfrentan serios problemas de rentabilidad, o bien, debido a que no tuvieron la capacidad de invertir en la ampliación de su propia infraestructura.

II. EL MODELO DE SALUD PREVISIONAL

1. Metas

La cobertura de salud a los trabajadores asegurados al INSS y sus dependientes sufrió un grave y progresivo deterioro en la década de la Revolución Sandinista y en los primeros tres años posteriores a la misma, que dejó en completo desamparo a un sector muy importante de la PEA del país. El INSS padecía en ese período de un fuerte desfinanciamiento, producto de los procesos hiperinflacionarios de los años 80 y las agresiones a su estructura y potestad, lo que le imposibilitaba, técnicamente, para cumplir el otorgamiento directo de las prestaciones sanitarias a los que los asegurados tenían derecho por haber aportado sus cotizaciones en tiempo y forma. Como consecuencia, se fue generando una baja valoración social del INSS por parte de su población afiliada.

Esto, asociado a otras disposiciones generosas que obligaron al INSS a ejecutar programas de bienestar social que contemplaban el otorgamiento de pensiones más allá de sus posibilidades y de su

verdadero objetivo, fueron creando una actitud de indiferencia y hasta de rechazo en el cumplimiento de las obligaciones obrero-patronales, que se manifestó en evasiones y mora que redujeron las recaudaciones, agudizaron la frágil economía del INSS y establecieron un círculo vicioso que cada vez más comprometieron seriamente las posibilidades del INSS de cumplir con sus obligaciones. Fue característico de este período un agudo deterioro de la calidad, acceso, financiamiento y oportunidad de los servicios de salud.

Estos procesos van moldeando la necesidad de procesos de Modernización y de Reforma del Estado. Con los procesos de Reforma, se fundamenta e impulsa la idea que el Estado debe aprovechar los subsidios cruzados para garantizar la equidad del Sistema de Salud transfiriendo costos de atención de salud de la población pobre con altos riesgos, a la población rica con bajos riesgos. Igualmente, se comprende la necesidad de iniciar un proceso de refuerzo del financiamiento público de los servicios de salud, con una mayor participación del sector privado. No se trata de vender los hospitales y Centros de Salud Públicos sino que el Estado deje de ser el único responsable de garantizar la atención de salud y transfiera parte de esa responsabilidad a la iniciativa privada.

Para dar respuesta a esa problemática, se desarrolló un proceso de revisión y reconsideración de la existente condición de salud de los trabajadores y sus dependientes, con la siguiente meta:

"Facilitarle a los asegurados del INSS y a sus dependientes servicios sanitarios de cobertura progresiva, que sean de calidad técnicamente aceptables, consecuente con las disponibilidades financieras del INSS y que se puedan ejecutar en el menor tiempo posible".

Los procesos de reforma contemplan desarrollar las siguientes líneas de acción:

1. Separación de la función financiadora-administradora, de la función provisor de servicios en el INSS.
2. Creación de un Modelo de Salud Previsional estructurado como un sistema de compra a proveedores de servicios (Selección y Contratación de EMP).
3. Innovaciones en el sistema de pago a proveedores escogiéndose la modalidad de pago Per cápita. Se decide pagar un solo monto per cápita para cubrir todos los riesgos definidos en la cobertura y para cubrir todas las prestaciones al asegurado y su familia.
4. Definición de un paquete de Prestaciones, su Cobertura y sus Exclusiones.
5. Reestructuración en la Financiación y Gastos del INSS con el fin de sanear las finanzas del INSS y volverla económicamente sana.

Para lograr esta aspiración y cumplir con este reto, a partir del año 1992 se movilizaron recursos técnicos nacionales que con la asesoría de consultores de otros países, financiados por agencias internacionales, permitieron la preparación y definición del Plan de Salud Previsional del INSS, el cual se llevó a operaciones felizmente desde finales del año 1993, implantándose con todo éxito desde el año 1994.

Desde el inicio se consideró que los grandes beneficiados con el Modelo de Salud Previsional serían los derechohabientes, la población en general y el Sistema Nacional de Salud.

Con la introducción del Modelo de Salud Previsional se hace visible que el seguro obligatorio de salud es conveniente y necesario, ya que hace efectiva la responsabilidad individual de cuidado de la salud y garantiza la provisión de los recursos necesarios para su cuidado.

Por otra parte, dado el carácter incierto de las enfermedades y el alto costo que tienen muchos tratamientos, el seguro de salud resulta más eficiente que otras alternativas, porque permite reemplazar estos gastos inciertos, que pueden ser de elevado monto en relación con el ingreso familiar, por un gasto regular moderado consistente en la cotización de salud, complementado, si fuese necesario, con un gasto directo mucho más reducido en copago de las prestaciones. En Nicaragua, dados los bajos niveles de ingresos de la población asegurada se optó por un modelo que no contempla copagos en ningún rubro.

2. Definición del Modelo de Salud Previsional

En 1994, el INSS define el Modelo de Salud Previsional de la siguiente manera:

"Es un modelo estructurado por el INSS que permite dar cobertura de salud de calidad óptima a los trabajadores asegurados y sus dependientes a través de, y con la participación organizada de Empresas de Salud del Sector Público o Privado, establecidas para ofertar dichos servicios".

Ya para el año 2000, se define al Modelo de Salud Previsional de la siguiente manera:

"Instancia administrativa destinada a brindar cobertura de atención en salud a los trabajadores y sus

beneficiarios a través de Empresas Médicas Públicas o Privadas debidamente certificadas por el INSS".

3. Objetivo Específico

Al crearse el Modelo de Salud Previsional, se definió como objetivo específico el siguiente:

"Precisar y formular las estrategias para facilitarle al cotizante en el Régimen Integral y sus dependientes –esposa o compañera e hijos menores de dos años de edad– atención de salud ambulatoria y hospitalaria de calidad, prioritarias, de fácil accesibilidad, que sean oportunas, y que éstas sean asumidas íntegramente por el sector público o privado organizados en empresas de salud, a través de convenios suscritos con el INSS, el que retendrá y ejercerá funciones de supervisión para asegurar la calidad en el otorgamiento del servicio. Esta concepción es congruente con la política de modernización y descentralización que está promoviendo el Ministerio de Salud a quien se le reconoce su rol importante de organismo rector en las decisiones de las políticas de salud en nuestro país".

Posteriormente, en el año 1996, al ampliarse la canasta básica de prestaciones del Modelo de Salud Previsional, el objetivo se mantuvo similar, pero ampliándose la cobertura desde hijos menores de dos años a hijos menores de seis años.

4. Principios Fundamentales del Modelo de Salud Previsional

El Modelo de Salud Previsional del INSS respeta y se apoya en los siguientes principios fundamentales de la Seguridad Social:

- *Solidaridad:* El sistema, desde el punto de vista financiero, se estructura en tal forma que, el que cotiza más, participa solidariamente en el sostén y mantenimiento de los servicios de los que cotizan menos.
- *Universalidad:* Procura extender su cobertura y beneficios al ámbito nacional para todos los trabajadores. Inicialmente, y hasta la fecha, el INSS garantiza la cobertura de Prestaciones de Enfermedad Maternidad principalmente al área urbana, debido a la poca oferta de servicios médicos en el área rural.
- *Equidad:* Las prestaciones de salud ofrecidas por el INSS a sus usuarios son iguales en cantidad y calidad, cualquiera sea la categoría de los cotizantes.

5. Particularidades del Modelo de Salud Previsional.

Las particularidades que a continuación se detallan, son generadas del propio Modelo de Salud Previsional:

- *Libertad de Elección:* El asegurado y sus beneficiarios tienen derecho a seleccionar al Prestador de servicio de salud que le brinde y garantice la calidad de la atención médica. Esta Libertad aún no llega a la libertad de cotizar a la entidad que el asegurado quiera dado que solamente el INSS está facultado por la

Ley a ser el recaudador del seguro obligatorio de los trabajadores.

- *Incentiva la competencia:* La organización de Empresas de Salud que pertenecen al Sector Privado, estimula la competencia entre ella y con las del Sector Público, generando servicios de mejor calidad y menor costo.
- *Dinamiza la Economía:* Constituye una fuente importante para la economía nacional al incorporar al Sector Privado en calidad de oferente de Servicios de Salud.
- *Opción a la escogencia de planes complementarios:* El Asegurado tiene la alternativa de "comprar" servicios de salud más amplios que los que ofrece el INSS y que estén de acuerdo a su capacidad económica y sus necesidades reales.

6. Aspectos Financieros y de la Contratación

6.1 Aportes Obrero-Patronales

El sistema de contribuciones para el financiamiento del Seguro Social contempla cuotas técnicas para los seguros de Enfermedad-Maternidad (EM), Invalidez-Vejez y Muerte (IVM), Riesgo Profesional (RP) y para las Pensiones y/o indemnizaciones a Víctimas de Guerra (VG). Las contribuciones para los dos primeros seguros se recaudan de tres fuentes: Empleador, Trabajador y Estado. La cuota para Riesgos Profesionales es financiada, exclusivamente, por el Empleador.

Hasta 1999, las cotizaciones se recaudan de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA # 1. Cotizaciones según porcentaje del salario

Régimen	Empleador	Trabajador	Estado	Total
IVM-RP con Aporte Solidario	12.5%	4.0%	0.5%	17.0%
IVM-RP	6.5%	2.0%	0.25%	8.75%
Facultativo Solidario		13.5%	0.5%	14.0%
Facultativo IVM		5.25%	0.25%	5.5%

Fuente: Anuario Estadístico 1993. INSS

Desde el año 2000, las cotizaciones se recaudan de acuerdo a la siguiente tabla:

TABLA # 2. Cotizaciones según porcentaje del salario

Régimen	Emp.	Trab.	Edo.	Total
IVM-RP con Aporte solidario	15.0%	6.25%	0.25%	21.50%
IVM-RP	9.0%	4.25%	---	13.25%
Facultativo	---	18.25%	0.25%	18.50%

Fuente: INSS

Del total de los fondos recaudados el INSS, a la fecha, hace la siguiente distribución interna del financiamiento:

TABLA # 3. Distribución interna del financiamiento

Régimen	EM	RP	Seguro de Pensiones	VG	Total
Integral	8.50%	1.50%	10.0%**	1.50%	21.50%
IVM-RP	---	1.50%	10.0%	1.50%	13.00%

Fuente: INSS

*Pensión/ Indemnización. **Hasta 2000 fue de 5.5%

Aunque al Seguro de Enfermedad-Maternidad, que es el objeto de la cobertura del Modelo de Salud Previsional, le corresponde una cuota técnica del 8.5%, el INSS ha reconocido públicamente que, de esta cuota técnica, se ha tenido que financiar otros seguros y parte de las pensiones fuera de la cobertura del Seguro Social que se crearon en la década de los 80 (pensiones de guerra, pensiones de gracia y reconocimiento por Servicios a la patria, etc.), lo cual ha determinado recortes a las posibilidades de cobertura del Seguro Enfermedad-Maternidad.

La cuota técnica del Seguro de Enfermedad-Maternidad, a su vez, se distribuye de la siguiente manera:

- 5.6 % Atención Médica y Subsidios.
- 2.0 % Otras prestaciones.
- 0.9 % Administración.

7. Protagonistas en la Implementación del Modelo, Caracterización de su Papel

Desde la creación del Modelo de Salud Previsional se identificaron cuatro componentes básicos que juegan un papel importante en la implementación del Modelo de Salud Previsional, siendo los siguientes:

1. El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS).
2. Las Empresas Médicas Previsionales (EMP).
3. Los Asegurados Activos.
4. Los Empleadores.

7.1 El Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS)

Es el representante del Estado que ejerce la autoridad administrativa máxima del Modelo de Salud Previsional y garantiza la función social del modelo a través de la ejecución de las siguientes actividades:

- 1) *Es el único recaudador y administrador de las cotizaciones Obrero-Patronales.* El monto que corresponde a la cuota técnica de la rama del Seguro de Enfermedad-Maternidad se revierte en la medida de las posibilidades para la administración y otorgamiento de prestaciones en salud y económicas.

2) *Define las prestaciones básicas de salud.* Estos son servicios médico-quirúrgicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico que el INSS ofrece a la población asegurada y sus dependientes a través de Empresas Prestadoras de Servicios de Salud. En Nicaragua, estos servicios están caracterizados en forma extensiva en un documento titulado *"Listado de Prestaciones médico-quirúrgicas, Medios de apoyo, Diagnósticos, Medicamentos y Exclusiones para la cobertura del Seguro de Enfermedad-Maternidad"*.

La definición de la Prestaciones está supuesta a hacerse en función de los problemas de morbilidad de los derechohabientes más prioritarios, tanto en atención ambulatoria como en hospitalización. De acuerdo con la revisión de las estadísticas disponibles al crear el modelo, se encontró que del total de las Consultas Médicas, el 83% se resolvió en las consultas de Medicina General, Obstetricia, Pediatría y Consultas de Emergencias; de todas estas consultas, el 56%, o sea, más de la mitad fue de Medicina General. Cinco años después de operar el Modelo de Salud Previsional en Nicaragua, al año 1998, las estadísticas habían variado de la siguiente manera:

1	Medicina General,	45.3%
2	Obstetricia	8.6%
3	Pediatría	16.6%
4	Consultas Emergencia	8.0%
	Subtotal	78.6%
5	Otras especialidades	21.4%
	Total 98	100.0%

El INSS otorga en la actualidad tres diferentes tipos de prestaciones: Médicas, Económicas y de otro tipo.

Entre las prestaciones Médicas, se incluyen:

1) Atención Integral Médico Quirúrgica y

Diferenciada de acuerdo a canasta de prestaciones, 2) Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, 3) Suministro de medicamentos de acuerdo a canasta de medicamento.

Entre las prestaciones Económicas, se incluyen: 1) Subsidio Económico, 2) Asignaciones familiares (ayudas Sociales) de carácter discrecional.

Otras Prestaciones que garantiza el INSS son:

1) *Apoyo a la Lactancia Materna* con suministro de Leche en polvo para infantes.

2) *Ayudas sociales a los asegurados*, generalmente reservadas para la atención de pacientes con enfermedades catastróficas, también son de carácter discrecional.

3) *Facilita el otorgamiento de servicios de salud*, a los trabajadores y sus dependientes a través de las EMP que estén debidamente acreditadas ante el INSS y autorizadas por éste. Estas Empresas deben otorgar a los derechohabientes todas las prestaciones estipuladas en la Lista de las Prestaciones Básicas de Salud definidas por el INSS que son la sujetas al contrato de compra de servicios.

4) *Precalifica*, el recurso humano y la infraestructura física de los Prestadores de Servicios, para estar seguro que están en la capacidad de dar servicios confiables a los usuarios del INSS.

5) *Firma convenio*, con el Prestador de Servicio de Salud calificado previamente y que ha sido seleccionado por los trabajadores.

6) *Reembolso por capitación*; es decir, aplica un reembolso por cada cotizante activo protegido en el Plan, igual para todos a nivel Nacional destinados a cubrir los costos de la atención o servicios de salud.

7) *Supervisa, Evalúa, Analiza y practica Auditorías periódicas* a las Empresas Prestadoras de Servicios de Salud, con el objeto de dar seguimiento al cumplimiento del Convenio y garantizar la calidad de la atención de salud.

7.2 Empresas Médicas Previsionales (EMP)

7.2.1 Definición:

Los Prestadores de Servicios de Salud contratados por el INSS reciben el nombre de Empresas Médicas Previsionales (EMP) y son empresas del Sector Público o Privado que se organizan con el objeto de ofertar y proveer servicios de salud integral a los asegurados del régimen integral activos y a sus beneficiarios, de conformidad con los términos y condiciones que se exigen en el Modelo de Salud Previsional formulado por el INSS.

Desde el punto de vista del INSS, operan como una administradora de salud en forma similar a como operan los seguros privados, es decir, que buscan como obtener el máximo de asegurados adscritos para diluir los riesgos y obtener un resultado financiero positivo al final del ejercicio.

Estas empresas médicas derivan su nombre del llamado "Modelo de Salud Previsional", que fue creado por el INSS para brindar atención médica a los asegurados que pagan los Seguros de Enfermedad-Maternidad y

riesgos profesionales. Como el INSS no posee las Clínicas ni los Hospitales para brindar dichos servicios, contrata a las EMP para que presten dichos servicios.

El contrato es sencillo: por cada asegurado, independientemente del salario que tenga o de la cuota que aporte al INSS, la EMP recibirá un monto fijo denominado per cápita que actualmente es de C\$ 130.68. Ese per cápita único que paga al INSS por un asegurado le confiere el derecho a él, a su cónyuge y a sus hijos menores de 6 años, para que reciban la atención médica y quirúrgica, los medicamentos y los exámenes de laboratorio que se establece en los listados del contrato. Además, por ese mismo per cápita, la EMP debe pagar al asegurado el subsidio de reposo por enfermedad.

7.2.2 Requisitos que Deben Reunir las Empresas

Para ser aceptadas como potenciales oferentes de Servicios de Salud, las EMP deben reunir los siguientes requisitos básicos:

1. Estar constituidas con Personería Jurídica.
2. Tener el respaldo financiero suficiente, para cumplir con la garantía que por manejo de fondos en la modalidad de pre pagos, requiere el INSS.
3. Disponer de los recursos humanos, de calidad técnica y de antecedentes éticos comprobados que aseguren una calidad adecuada de atención en salud a los trabajadores y sus dependientes.
4. Disponer de la infraestructura física, recursos materiales y abastecimiento de insumos, que aseguren una calidad

adecuada de atención en salud a los trabajadores y sus dependientes.

7.2.3 Mecanismos de Calificación y Contratación

Una vez que se organizan las EMP, envían comunicación al Presidente Ejecutivo del INSS, expresando su interés en participar en el Plan de Salud Previsional y solicitando la debida calificación del INSS.

La aprobación y reconocimiento de la Empresa de Salud, se hace a través del personal técnico de la Gerencia General de Salud Previsional del INSS, quienes hacen una revisión de los recursos que dispone la empresa y de sus subcontratistas, si es que a su vez subcontratan con otras instituciones de salud, con el objeto de comprobar la capacidad de la empresa para dar servicios. La Gerencia General de Salud Previsional presentará por escrito sus recomendaciones y así se lo hará saber a los interesados. Si la Empresa cumple con todos los requisitos, se le extenderá el correspondiente *Certificado de Calificación*.

7.2.4 Certificado de Calificación

Es el documento que el INSS extiende a la EMP que habiendo llenado los requisitos de precalificación, se hace elegible para firmar convenio de venta de servicios médicos del Seguro de Enfermedad-Maternidad.

Con el Certificado de Calificación del INSS, el Prestador de Servicio de Salud estará en capacidad de ofrecer sus servicios de salud a los trabajadores que cotizan para el INSS, ya sea en los centros de trabajos o de manera independiente. En cualquiera de los casos y si los trabajadores o sus representantes aceptan ser servidos por la empresa, así lo

expresarán por medio de una comunicación escrita a la empresa y al INSS.

La Empresa Prestadora de Servicios de Salud calificada, y aceptada por los trabajadores, procede a firmar con el INSS, el *Convenio para el Otorgamiento de Servicios de Salud*.

7.2.5 Forma de Pago o Reembolso por Servicios Prestados

En el Modelo de Salud Previsional de Nicaragua, se escogió la modalidad de pago por capitación, que consiste en una cuota fija mensual que el INSS paga a las EMP por cada asegurado activo de su adscripción, para que esta brinde el paquete de servicios integrales definido por el INSS y sujeto de contrato entre las partes. En esta modalidad de pago no hay reembolso por eventos atendidos en la EMP, y se garantiza cubrir a la gran mayoría de la población asegurada y a sus derechohabientes.

De acuerdo a la metodología básica para el cálculo del per cápita utilizado por el INSS, el monto del per cápita es el resultado de la sumatoria del costo unitario de cada uno de los servicios objetos de prestación por el número de veces o frecuencias en que los derechohabientes hacen uso del mismo.

Empleando el sistema de capitación para el reembolso. Este reembolso con periodicidad mensual, reconoce el monto per cápita predefinido por cotizante, esté o no enfermo, haga uso o no de los servicios de la EMP. El per cápita obliga a la Empresa Médica Previsional a dar los servicios que están comprendidos en el *"Listado de Prestaciones médico-quirúrgicas, Medios de apoyo, Diagnósticos, Medicamentos y Exclusiones para la cobertura del Seguro de Enfermedad-Maternidad"*.

A la fecha el monto del per cápita establecido es de C\$ 130.68 mensual (US\$ 9.91 a una Tasa de Cambio de C\$ 13.1804 por dólar). Con el per cápita que el INSS paga por cada asegurado, la EMP debe cubrir, además del asegurado, a su cónyuge mujer y a todos los hijos menores de 6 años.

El modelo de reembolso per cápita utilizado en Nicaragua tiene una sola tarifa, que cubre todos los servicios contratados, sea cualquier patología o servicio prestado. No hay distintas tarifas según Grupos Relacionados de Diagnósticos, ni pagos diferenciados por grupos de edad o por grupos de riesgo. El riesgo total es trasladado por el INSS a la Empresa Médica Previsional.

7.2.6 Oportunidad en los Pagos

Si bien el Modelo de Salud Previsional nació con la lógica de prepagos a las Empresas Médicas Previsionales, problemas de índole burocrática han impedido al INSS pagar por adelantado a las empresas bajo contrato. Desde finales del año 2000, estos pagos se realizan los 20 de cada mes corriente y, hasta la fecha, ha sido imposible para el INSS pagar la cuota per cápita completa en el mismo mes por lo que las EMP reciben pagos complementarios del per cápita de Empleadores que enteran las cuotas al Seguro Social con mora hasta el 20 del mes siguiente. En ocasiones, problemas de registro y notificación entre sucursales provocan pagos de segundos y terceros complementos hasta con dos o tres meses de retraso.

7.2.7 Variaciones del PerCápita

A continuación se presenta las variaciones del per cápita desde la creación del Modelo de Salud Previsional:

TABLA # 4. Variaciones del Per cápita

Per Cápita	Primero	Segundo	Tercero	Cuarto
Fecha de Inicio	18/10/93	20/11/96	20/01/99	20/12/01
Fecha Fin	20/10/96	20/12/98	20/11/01	20/11/02*
Monto C\$	97.50	113.00	130.68	160.64
U\$	Inicio	15.65	12.82	11.60
	Final	11.17	10.13	9.52
TC	Inicio	6.2297	8.8108	11.2635
	Final	8.7264	11.1556	13.7329

* A UN AÑO DEL ULTIMO REAJUSTE

La EMP está obligada a otorgar las siguientes prestaciones:

1. Atención Ambulatoria
2. Atención Hospitalaria.
3. Atención de Emergencia.
4. Medicamentos.
5. Exámenes de Laboratorios.
6. Radiodiagnósticos y Ultrasonido.
7. Exámenes Especiales de diagnóstico.
8. Exámenes de Anatomía Patológica.
9. Prestaciones Económicas.

Estas prestaciones cubren un listado que contempla:

- 1,020 Códigos de enfermedades de acuerdo a la CEIE.
- 53 Exclusiones.
- 260 Exámenes de Laboratorio clínico en 11 Grupos de especialidades.
- 5 Grupos estudios radiológicos.
- 308 Medicamentos en la lista básica INSS.
- 178 Procedimientos quirúrgicos (Operaciones quirúrgicas mayores y menores).
- 8 Grupos de exámenes especiales
- 6 Grupos de exámenes de anatomía patológica.

7.2.8 Exclusiones

Una de las características del Modelo de Salud Previsional es la elevada selección de riesgos adversos que tuvo que hacer el INSS, a fin de poder adecuar la oferta de servicios

a sus asegurados con el monto disponible en la cuota técnica del Seguro de Enfermedad-Maternidad. En otras palabras, el relativamente reducido monto del per cápita no permitía cubrir una gran gama de riesgos de los asegurados debiéndose excluir de las prestaciones muchos servicios médicos de alto costo.

A continuación se presenta el listado exhaustivo de las Exclusiones del Modelo de Salud Previsional:

1. Atención Odontológica en General.
2. Atención Médica Domiciliaria.
3. Hotelería Hospitalaria no definida en el contrato INSS – EMP.
4. Actos reñidos con la Ética Médica.
5. Procedimientos Experimentales no confirmados por la ciencia.
6. Procedimientos Médicos Diagnósticos o Clínico-Quirúrgicos no disponibles en el país.
7. Cirugía Plástica. Salvo el tratamiento de las patologías enlistadas que lo requieran.
8. Anteojos, lentes de contacto e intraocular, y prótesis oculares.
9. Aparatos y prótesis para la sordera.
10. Prótesis y ortesis externas.
11. Gastos ocasionados por acompañantes.
12. Trastornos Sicóticos.
13. Los siguientes programas especiales que están bajo el control del MINSA: Leishmaniasis, Tuberculosis, Lepra, SIDA, y Rabia.
14. Radioterapia - Quimioterapia.
15. Terapias de Rehabilitación. Fisiatría.
16. Transplantes e implantación de órganos.
17. Diálisis peritoneal y hemodiálisis.
18. Cintilografía, Electromiografía, Medicina Nuclear y Resonancia magnética.
19. Terapia antialcohólica, antidrogas y síndrome de abstinencia en adultos.
20. Diagnósticos y/o tratamientos en Fonoaudiología.
21. Chequeos médicos periódicos y/o voluntarios a los asegurados y beneficiarios.
22. Enfermedades Degenerativas del Sistema Nervioso.
23. Reembolso de gastos por diagnósticos y tratamientos efectuados fuera de la EMP de adscripción por iniciativa del asegurado.
24. Riesgo Laboral.
25. Autopsias y preparación de cadáveres, excepto en aquellos casos en que el familiar acceda al procedimiento.
26. Consulta Externa de pacientes en estado de ebriedad.
27. Subsidio de lactancia, la que continuará siendo proporcionada por el INSS.
28. Malformaciones Congénitas excepto las enlistadas en el ítem U del Listado de Inclusiones, Capítulo XIX. (*Criptorquidia; Ano imperforado; Quiste y fístula tiroglosa, branquiales y periauriculares; Anquiloglosia inferior, Torus palatino, Estenosis hipertrófica congénita del píloro, Luxación congénita de la cadera, Labio Leporino y persistencia de conducto onfalomesenterico*)
29. Tratamiento Quirúrgico de fracturas de columna vertebral con daño neurológico.
30. Tratamiento Quirúrgico de la Hipertensión Portal.
31. Cirugías de tórax en neonatos, excepto Toracotomía cerrada.
32. Cirugías Vasculares del cuello, tronco y abdomen.
33. Errores Congénitos del metabolismo. Excepto Diabetes.
34. Micosis Internas.
35. Cirrosis Hepática.
36. Insuficiencia Renal Crónica.
37. Pancreatitis Crónica.
38. Patologías Endócrinas. Excepto: Diabetes Mellitus, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo, Bocio.
39. Enfermedades Auto inmunes.
40. Procedimientos y Tratamientos Quirúrgicos de valvulopatías cardíacas.
41. Terapias de nutrición celular, de obesidad.
42. Tratamiento Médico-Quirúrgico en el exterior del país.
43. Enfermedades Dermatológicas Crónicas. Excepto las nombradas en el Listado B35 - B37 y L20 - L30.
44. Cuidados Intensivos de pacientes diagnosticados como incurables.
45. Atención en geriatría, excepto para el asegurado activo.
46. Anomalías Cromosómicas.
47. Quemaduras de tercer grado.
48. Injertos y sustitutivos sintéticos de la piel.
49. Estrabismo.
50. Tratamientos con rayos láser.
51. Zapatos y plantillas ortopédicas.
52. Medicina Alternativa: Acupuntura, homeopatía y digitopuntura.
53. Leucemias.

7.2.9 Planes de Salud Complementarios.

En el Modelo de Salud Previsional, las EMP tienen la opción de ofrecer servicios de salud de mayor amplitud que los exigidos por el INSS. En este caso, la EMP contratará dicho servicio con el Empleador y los trabajadores, servicio que será financiado por el empleador, por el trabajador o ambos. No obstante, cuando se suscriben estos contratos de servicios adicionales, el INSS exige que sean informados a la Gerencia General de Salud Previsional del INSS.

7.2.10 Supervisión y Evaluación.

Las Empresas Médicas Previsionales están sujetas a la supervisión técnica, ejercida por la Gerencia General de Salud Previsional del INSS y auditorías periódicas para verificar y garantizar la calidad de los servicios. A partir del año 2000, las supervisiones que anteriormente eran orientadas especialmente a verificar el cumplimiento de estándares de habilitación de las instalaciones, enfocaron nuevos aspectos de mayor relevancia técnica. Así, se ejecutaron supervisiones más específicas al cumplimiento de los requerimientos de los programas Materno-Infantiles y en el aspecto del manejo del expediente clínico.

La supervisión constante y sistemática del INSS, así como la evaluación constante de los servicios médicos que brindan las EMP, son el principal mecanismo, a través del cual, el INSS controla estrictamente la calidad de los servicios y de la atención que brindan estas empresas.

Uno de los aspectos que ha destacado en forma especial en la evaluación de las Empresas Médicas Previsionales, ha sido la realización, cada dos años, de una encuesta de satisfacción de los usuarios con los servicios brindados por las EMP. Estas

encuestas han sido efectuadas por firmas especializadas en el campo y han tenido un elevado nivel de rigurosidad en la selección de la muestra, la metodología a emplear y en el análisis de resultados, habiendo llegado a producir conclusiones de mucha seriedad y altamente representativas de la verdadera situación que investigaba. La primer encuesta se realizó en el año 1996, la segunda en el año 1998 y la última recién se realizó a finales del año 2000.

7.3 Asegurados Activos

Son los principales receptores de los Servicios de Salud, los que deberán estar incorporados en el Régimen Integral y con sus cotizaciones al día para poder gozar de los beneficios del Plan. Tendrán derecho a seleccionar a la Empresa Médica Previsional y deberán hacer uso racional de los Servicios de Salud.

Al inicio del funcionamiento del Modelo de Salud Previsional, los asegurados se adscribían a la EMP de su preferencia en forma colectiva, es decir, que todos los trabajadores asegurados en un centro de trabajo debían adscribirse a una sola EMP. Sin embargo, a partir de noviembre de 1996, el modelo de contratación pasó a ser individual, es decir, que cada trabajador puede elegir a la EMP que mejor le parezca, y así, en un mismo centro de trabajo, los asegurados pueden estar adscritos a cualquier EMP que les parezca.

En cualquiera de las dos formas de contratación, el periodo de duración del contrato con la EMP es de un año, durante el cual el asegurado no puede cambiar de prestador, salvo casos de fuerza mayor en los que el INSS debe dar la aprobación para el cambio anticipado.

Al finalizar el contrato de un año el asegurado puede nuevamente ejercer su derecho de libre elección de la EMP de su conveniencia, pudiendo decidir si se mantiene en la misma empresa o si cambia a una nueva. Si el asegurado no firma el nuevo contrato de afiliación, después de vencerse el período de un año, el INSS lo mantiene con la EMP con la que estaba anteriormente, mientras no firme con otra empresa. En el momento que firma con otra EMP, es trasladado a su nuevo Prestador de Servicios de Salud.

7.4 Empleadores

Deberán enterar cumplidamente las cotizaciones al INSS y tendrán la oportunidad de “comprar” servicios de mayor amplitud, mediante Planes de Salud Complementarios para poder brindar una mayor cobertura de salud a sus trabajadores. Esta cobertura de salud, solamente, en algunos casos está comprendida en los Convenios Colectivos ya existentes en esos centros de trabajadores, sin embargo el costo adicional de esas prestaciones debe correr a cuenta del empleador, previa negociación con la EMP.

8. La Cobertura de la Seguridad Social

8.1 Sectores sociales cubiertos

Al finalizar el año 1998, según estimaciones de población, elaboradas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), publicadas por el Banco Central, se tenía una población nacional de 4,775.0 (*miles de habitantes*), una PEA de 1,630.2 (*miles*), de la cual se encuentra ocupada 1,414.2

(*miles*), los mismos originan una tasa de ocupación por el orden del 86.8% (en esos resultados se debe considerar que incluye a la población sub-empleada) y una tasa de desempleo abierto del 13.2%.

Por su parte, ese mismo año, el Seguro Social presentó una población promedio de asegurados activos de 259,506, logrando una cobertura de: 5.4%, en relación con la población nacional; 16.5%, en relación con la PEA y; 18.4%, en relación con la población ocupada.

La población afiliada de 259,506, del año 1998, tenía un total de beneficiarios de 752.6 (*miles*), de los cuales: el 16% le correspondía a esposas o compañeras y; 74 % a hijos. Entre las actividades económicas más representativas de los asegurados, se destacan los siguientes rubros del sector formal de la economía: Industria manufacturera, comercio, administración pública, defensa, y planes de seguros sociales, componiendo el 67 % del total de asegurados activos

En el detalle de asegurados activos, según régimen de seguro, sobresalen: Régimen Integral con 72.2%; IVM-RP 25.3%; Campo Permanente 2.2% y; Facultativo 0.3%.

Geográficamente, entre los departamentos más representativos por concentrar más población asegurada se encuentran: Managua que representa el 56.3%, Chinandega, 7.8%; León, 6.3% y; Matagalpa, 4.3%. Estas ciudades son las que agrupan más población por ser las que tienen una economía más desarrollada.

TABLA # 5. Porcentaje de Asegurados por Departamento

Departamento	Asegurados	%
Esteli	9,640	3.7%
Madriz	1,947	0.8%
Nueva Segovia	4,652	1.8%
León	16,290	6.3%
Chinandega	20,209	7.8%
Managua, Sucursal Norte	77,727	30.0%
Managua, Sucursal Occidental	35,842	13.8%
Managua, Sucursal Oriental	32,659	12.6%
Managua	146,228	56.3%
Masaya	8,474	3.3%
Granada	6,446	2.5%
Carazo	5,245	2.0%
Rivas	5,050	1.9%
Boaco	3,060	1.2%
Chontales	7,812	3.0%
Matagalpa	11,074	4.3%
Jinotega	4,555	1.8%
RAAN	4,177	1.6%
RAAS	3,026	1.2%
Rio San Juan	1,621	0.6%
Total	259,506	100.0%

Fuente: Anuario Estadístico INSS, 1998.

Por otra parte, en la distribución de asegurados activos por área de propiedad, sobresalen las áreas de: sector privado, agrupando 160,896 trabajadores y el sector privado extranjero, con 36,076 asegurados.

TABLA # 6. Porcentaje de Asegurados por Sector

Área de Propiedad	Asegurados	%
Ministerios e Instituciones del Estado	26,759	10.3%
Entes o Empresas Privadas Nacionales	19,775	7.6%
Estatal	7,465	2.9%
Estatal Privado Extranjero	805	0.3%
Privado	160,896	62.0%
Privado Extranjero	36,076	13.9%
Privado Nicaragüense y Extranjero	7,047	2.7%
Otros	683	0.3%
Total	259,506	100.0%

Fuente: Anuario Estadístico INSS 1998

Para el año 2000, el promedio de asegurados activos al Seguro Social fue 308,531; logrando una cobertura de 6.0% en relación con la población nacional.

La población afiliada de 308,531 del año 2000, tuvo un total de beneficiarios de 894.7 (miles).

En el detalle de asegurados activos, según régimen de seguro, sobresalen: el Régimen Integral, 75.97 %; IVM-RP, 21.96 % ; Campo Permanente, 1.68 % y; Facultativo, 0.3%.

TABLA # 7. Porcentaje de Asegurados por Régimen de Seguro

Regímenes de Seguro	2000		1998	
	Asegurados	%	Asegurados	%
Total	308,531	100.0%	259,506	100.0%
Integral	234,399	76.0%	187,283	72.2%
IVM-RP	67,781	22.0%	65,663	25.3%
Campo Permanente	5,205	1.7%	5,788	2.2%
Facultativo	1,146	0.4%	772	0.3%

Fuente: Anuarios Estadísticos INSS

8.2 Dificultades de Expansión

Al revisar el comportamiento del número promedio de asegurados activos del INSS por años, en el período de 1990 al 2000, se observa que hasta el año 1994 el total de afiliados iba en disminución progresiva. Coincidentemente, con la introducción del Modelo de Salud Previsional en el año 1994, a partir del año 1995 se inicia un crecimiento positivo que alcanza su máxima expresión en el año 1998.

TABLA # 8. Crecimiento del Número de Asegurados por Año 1990-2000

Año	Asegurados	Crecimiento	% Crec.
1990	261,439		
1991	228,930	-32,509	-12.4%
1992	214,675	-14,255	-6.2%
1993	207,490	-7,185	-3.3%
1994	203,439	-4,051	-2.0%
1995	208,152	4,713	2.3%
1996	220,600	12,448	6.0%
1997	234,253	13,653	6.2%
1998	259,506	25,253	10.8%
1999	284,759	25,253	9.7%
2000	308,531	23,772	8.3%

Fuente: Anuarios Estadísticos INSS

Los asegurados activos del año 1998, en relación con los del año 1997, experimentaron un crecimiento del 10.8%. De acuerdo al INSS el crecimiento ha sido producto del dinamismo que ha presentado la economía del país en los últimos años por el incentivo de la inversión en la empresa privada y extranjera.

Sin embargo, al analizar el crecimiento de los asegurados al INSS en relación con el crecimiento de la Población total, se observa un crecimiento sistemático de la proporción de asegurados. Este comportamiento es similar cuando se analiza el crecimiento de la proporción de asegurados activos frente a la PEA, lo cual indica que cada vez más trabajadores están buscando la protección de la seguridad social, revirtiéndose la tendencia decreciente que se manifestó en la década de los 80, y que se proyectó hasta el año 1994, período en que la población de asegurados disminuyó drásticamente.

TABLA # 9. Comportamiento de asegurados Vs Crecimiento de la población

Año	(PT)I	Aseg.s	Aseg/PT	PEA	Aseg/PEA
1995	4,255,089	208,152	4.9%	1,487,700	14.0%
1996	4,357,100	220,600	5.1%	1,534,100	14.4%
1997	4,628,100	234,253	5.1%	1,598,000	14.7%
1998	4,775,000	259,506	5.4%	1,661,300	15.6%
1999	4,935,600	284,759	5.8%	1,728,900	16.5%
2000	5,068,100	308,531	6.1%		

Fuentes: Anuarios Estadísticos INSS, Informes anuales del Banco Central de Nicaragua

En la estructura por regímenes de la Seguridad Social, el régimen IVM-RP experimentó una disminución del 3% en el año 98 frente al 97, lo que se explica por la campaña de motivación que realiza el INSS a escala nacional con los empleadores y asegurados para que se trasladen de régimen (*IVM-RP al Integral*), con el propósito de que los trabajadores califiquen el derecho para recibir atención médica. Durante el año 1998, 117 empleadores solicitaron traslado de régimen.

Al analizar el comportamiento del empleo en Nicaragua el Banco Central, en su informe de 1999, manifiesta que la evolución del mercado laboral mantuvo en ese año un ritmo positivo gracias a un mayor dinamismo en la actividad económica. La población ocupada registró un crecimiento del 7.1% en 1999, y superó al crecimiento de 1998. Esto permitió un incremento en la tasa de ocupación, del 86.8% en 1998 al 89.3%, en 1999.

En número de empleos generados, el incremento significó 102.4 miles de puestos de trabajo. Los sectores que más contribuyeron en la expansión fueron: agrícola, construcción y comercio, que en conjunto contribuyeron con el 82% de los empleos generados. Cabe señalar la creciente contribución del sector construcción en el mercado laboral, el cual registró un aumento de 24.9 miles de puestos de trabajo en 1999, comparado con 4.5 miles en 1998. Este crecimiento se produjo como consecuencia de un incremento en las inversiones públicas en infraestructura, dirigido a la reconstrucción de puentes, carreteras, escuelas, centros de salud y viviendas destruidos por el huracán Mitch, a finales de 1998.

Según los registros del INSS, en el año 1999, se incorporaron al sector formal de la economía un total de 22.6 miles de trabajadores. Este aumento, que equivale a un 8.7%, se dio, principalmente, en las actividades económicas de mayor dinamismo. Estas incluyen los sectores industria, comercio, construcción, y establecimientos financieros, los que en conjunto contribuyeron con el 72.7 % del total de nuevos empleos.

III. CARACTERIZACIÓN DE LAS EMP AL AÑO 2000.

1. Por Número de Afiliados

Para 1993, solamente una Empresa Médica Previsional inició operaciones, no obstante, para el año 1998, habían firmado contrato 49 Empresas, de las cuales, 38 estaban funcionando. Al año 1999, ya habían firmado contrato con el INSS 52 EMP, de las cuales 43 funcionaban al finalizar el año. Para el 2000, habían firmado 60 y están funcionando 48. (Ver tabla en la página siguiente).

Para 1998, nueve Empresas Médicas Previsionales (24% de las EMP) tenían adscritos al 73.1% de los asegurados activos de ese año, mientras 29 EMP (el 76% de las EMP) solo tenían la afiliación del 26.9% restante. En 1999, las 9 EMP más grandes tenían al 71.0% de los asegurados adscritos, sin embargo, para este año las mismas nueve empresas representaban ya solamente el 20% del total de EMP operando (ver tabla en la siguiente página).

2. Por Distribución Geográfica

Para el año 1999, de las 43 Empresas Médicas Previsionales que operaron, 17 se localizaron en Managua, la capital, representando el 40% de las EMP. Esas 17 EMP adscribieron a 138,343 asegurados de los 178,126 que se afiliaron a Empresas Médicas Previsionales en ese año.

En porcentajes, se aprecia que las EMP de Managua concentraron al 77.7% de los asegurados, mientras las restantes 26 EMP de los departamentos del país concentraron

solamente al 22.3%. Las Empresas Departamentales que mayor cantidad de asegurados adscribieron fueron, en orden decreciente: León con 14,795 afiliados para un 8.3%; Chinandega con 4,771 afiliados para un 2.7% y Masaya con 4,473 afiliados para un 2.5%.

TABLA # 10. Empresas Médicas Previsionales por Departamentos del País 1999

#ord	Nombre de la EMP	Cod	Depto.	1999
1	Policlinica Oriental	9	Managua	23,015
2	Hospital Bautista	5	Managua	21,012
3	PAME	25	Managua	20,449
4	Salud Integral S.A.	6	Managua	15,191
5	Corp Zonas Francas	3	Managua	11,070
6	EMAN	4	Managua	10,227
7	SUMEDICO S.A.	7	Managua	9,091
8	Nuevo H. Monte España	26	Managua	8,490
9	Médicos Unidos	19	Managua	3,974
10	MEDIINTEGRAL	15	Managua	3,842
11	SERMESA M. Lezcano	24	Managua	3,088
12	Emp. Servicios Medicos	38	Managua	2,152
13	Centro Medico Trinidad	20	Managua	2,133
14	CRUZ AZUL paramédicos	23	Managua	1,952
15	Centro MQ 2001	36	Managua	1,482
16	Centro Medico La Popular	52	Managua	960
17	Corp. Médica Los Robles	51	Managua	215
Subtotal				138,343
1	EXCEL MEDIC	28	Esteli	1,960
2	INFASA	27	Esteli	247
3	Hospital San Juan de Dios	49	Esteli	236
4	ESMESA Ocotal	43	Ocotal	608
5	AMOCSA	8	León	7,999
6	BEMENIC	16	León	4,089
7	POLIMESA	42	León	1,890
8	Clinica La Fraternidad	50	León	817
9	La Consulta	11	Chinandega	2,782
10	Flor de Sacuanjoche S.A.	13	Chinandega	1,989
11	Policlinica Santa Cruz	41	Corinto	435
12	Centro Qx. Los Chilamates	1	Masaya	2,569
13	SIRDISA	39	Masaya	1,904
14	Hosp. Privado Cocibolca	35	Granada	1,066
15	H. Amistad Japon Nic.	48	Granada	507
16	Sociedad Médica Granada	2	Granada	147
17	Emp. Médica de Carazo	10	Jinotepe	1,803
18	E. Médica San Sebastián	40	Diriamba	536
19	Hospital Garcia Laviana	44	Rivas	957
20	CMQ El Socorro	29	Boaco	871
21	CLINICA SAN Ramón	22	Juigalpa	2,664
22	Hospital Catalina	12	Matagalpa	1,199
23	EMPREVIARE	37	Matagalpa	880
24	Hospital Amin Halum	46	Jinotega	764
25	Empresa Salud y Familia	34	RAAN	557
26	H. Dr. Ernesto Sequiera	45	Bluefields	307
Subtotal				39,783
43	Total			178,126

TABLA # 11. Empresas Médicas Previsionales por Número de Afiliados 1998-1999

#Ord	Nombre de la EMP	Cód	1998
1	Policlinica Oriental	9	21,434
2	Hospital Bautista	5	17,503
3	PAME	25	14,846
4	Salud Integral S.A.	6	13,191
5	EMAN	4	9,666
6	SUMEDICO S.A.	7	9,449
7	Corporación de Zonas Francas	3	9,281
8	AMOCOSA	8	7,701
9	Nuevo H. Monte España	26	6,383
10	BEMENIC	16	4,210
11	Médicos Unidos	19	3,902
12	MEDIINTEGRAL	15	3,723
13	SERMESA M. Lezcano	24	3,205
14	La Consulta	11	2,695
15	Centro Qx. Los Chilamates	1	2,182
16	Emp. Médica de Carazo	10	2,081
17	CLINICA SAN Ramón	22	1,960
18	Centro Medico Trinidad	20	1,794
19	EXCEL MEDIC	28	1,679
20	CRUZ AZUL paramédicos	23	1,656
21	Hospital Catalina	12	1,258
22	Flor de Sacuanjoche S.A.	13	1,248
23	POLIMESA	42	947
24	SIRDISA	39	924
25	Servicios Médicos S.A	14	916
26	Centro MQ 2001	36	915
27	Emp. Servicios Médicos	38	720
28	El Socorro	29	690
29	INFASA	27	616
30	Sociedad Médica Granada	2	420
31	Intermédica	18	368
32	Empresa Salud y Familia	34	360
33	EMESA	30	345
34	EMPREVIARE	37	338
35	ESMESA Ocotal	43	331
36	H. Privado Cocibolca	35	317
37	Emp. Médica San Sebastián	40	216
38	Policlinica Santa Cruz	41	215
Total			149,685

#Ord	Nombre de la EMP	Cód	1999
1	Policlinica Oriental	9	23,015
2	Hospital Bautista	5	21,012
3	PAME	25	20,449
4	Salud Integral S.A.	6	15,191
5	Corporación de Zonas Francas	3	11,070
6	EMAN	4	10,227
7	SUMEDICO S.A.	7	9,091
8	Nuevo H. Monte España	26	8,490
9	AMOCOSA	8	7,999
10	BEMENIC	16	4,089
11	Médicos Unidos	19	3,974
12	MEDIINTEGRAL	15	3,842
13	SERMESA M. Lezcano	24	3,088
14	La Consulta	11	2,782
15	CLINICA SAN Ramón	22	2,664
16	C. Qx. Los Chilamates	1	2,569
17	Emp. Servicios Médicos	38	2,152
18	Centro Medico Trinidad	20	2,133
19	Flor de Sacuanjoche S.A.	13	1,989
20	EXCEL MEDIC	28	1,960
21	CRUZ AZUL	23	1,952
22	SIRDISA	39	1,904
23	POLIMESA	42	1,890
24	Emp. Médica de Carazo	10	1,803
25	Centro MQ 2001	36	1,482
26	Hospital Catalina	12	1,199
27	Hosp. Privado Cocibolca	35	1,066
28	C. Médico La Popular	52	960
29	Hospital Garcia Laviana	44	957
30	EMPREVIARE	37	880
31	El Socorro	29	871
32	Clinica La Fraternidad	50	817
33	Hospital Amin Halum	46	764
34	ESMESA Ocotal	43	608
35	Empresa Salud y Familia	34	557
36	E. Médica San Sebastián	40	536
37	H. Amistad Japón Nic.	48	507
38	Policlinica Santa Cruz	41	435
39	H. Dr. Ernesto Sequiera	45	307
40	INFASA	27	247
41	H. San Juan de Dios	49	236
42	Corp. Médica Los Robles	51	215
43	Soc. Médica Granada	2	147
Total			178,126

*Corresponde al inciso # 1 : Por Número de Afiliados

3. Por Sectores de Pertenencia

Para el año 1999, de las 43 Empresas Médicas Previsionales que operaron 34 eran de Naturaleza Privada, representando el 80% de las EMP. Estas adscribieron a 110,594 asegurados de los 178,126 que se afiliaron a Empresas Médicas Previsionales en ese año.

En porcentajes, se aprecia que las EMP de naturaleza Privada concentraron al 62.1% de los asegurados, mientras las restantes 9 EMP de tipo Público o Gubernamental, concentraron al 37.1%.

TABLA # 12. Empresas Médicas Previsionales por Subsector y Departamentos 1998-1999

#Ord	Nombre de la EMP	Cód.	Depto.	Sector	1,999
1	Hospital Bautista	5	Managua	Privado	21,012
2	Salud Integral S.A.	6	Managua	Privada	15,191
3	SUMEDICO S.A.	7	Managua	Privada	9,091
4	Nuevo H. Monte España	26	Managua	Privada	8,490
5	Médicos Unidos	19	Managua	Privada	3,974
6	MEDIINTEGRAL	15	Managua	Privada	3,842
7	SERMESA M. Lezcano	24	Managua	Privada	3,088
8	Emp. Servicios Médicos	38	Managua	Privada	2,152
9	Centro Médico Trinidad	20	Managua	Privada	2,133
10	CRUZ AZUL paramédicos	23	Managua	Privada	1,952
11	Centro MQ 2001	36	Managua	Privada	1,482
12	Centro Médico La Popular	52	Managua	Privada	960
13	Corp. Médica Los Robles	51	Managua	Privada	215
14	EXCELI. MEDIC	28	Esteli	Privada	1,960
15	INFASA	27	Esteli	Privada	247
16	ESMESA Ocotal	43	Ocotal	Privada	608
17	AMOCOSA	8	León	Privada	7,999
18	BEMENIC	16	León	Privada	4,089
19	POLIMESA	42	León	Privada	1,890
20	Clinica La Fraternidad	50	León	Privada	817
21	La Consulta	11	Chinandega	Privada	2,782
22	Flor de Sacuanjoche S.A.	13	Chinandega	Privada	1,989
23	Policlinica Santa Cruz	41	Corinto	Privada	435
24	Centro Qx. Los Chilamates	1	Masaya	Privada	2,569
25	SIRDISA	39	Masaya	Privada	1,904
26	Hosp. Privado Cocibolca	35	Granada	Privada	1,066
27	Sociedad Médica Granada	2	Granada	Privada	147
28	Emp. Médica de Carazo	10	Jinotepe	Privada	1,803
29	E. Médica San Sebastián	40	Diriamba	Privada	536
30	CMQ El Socorro	29	Boaco	Privada	871
31	CLINICA SAN Ramón	22	Juigalpa	Privada	2,664
32	Hospital Catalina	12	Matagalpa	Privada	1,199
33	EMPREVIARE	37	Matagalpa	Privada	880
34	Empresa Salud y Familia	34	RAAN	Privada	557
Subtotal					110,594
1	Corp. Zonas Francas	3	Managua	Pública	11,070
2	Policlinica Oriental	9	Managua	Pública	23,015
3	PAME	25	Managua	Pública	20,449
4	EMAN	4	Managua	Pública	10,227
5	Hospital San Juan de Dios	49	Esteli	Pública	236
6	H. Amistad Japon Nic.	48	Granada	Pública	507
7	Hospital García Laviana	44	Rivas	Pública	957
8	Hospital Amin Halum	46	Jinotega	Pública	764
9	H. Dr. Ernesto Sequiera	45	Bluefields	Pública	307
Subtotal					67,532
43	Total				178,126

Cuando se relaciona naturaleza privada o pública con el departamento de ubicación, se observa que 4 EMP de tipo Público o Gubernamental ubicadas en Managua retenían al 36.4% de los afiliados totales del país. Por su parte, las 4 EMP de tipo Privado y de mayor tamaño, ubicadas también en Managua, concentraron al 30.2% del total de asegurados afiliados a alguna EMP.

En los departamentos, las EMP de tipo Público o Gubernamental prácticamente no tuvieron hasta el año 1999 una presencia significativa. Las 5 EMP Públicas que están ubicadas en los departamentos a duras penas adscribieron en este año 2,271 afiliados para un 1.6% del total. Por la parte de las EMP Privadas, en los departamentos destaca AMOCOSA, en León, la que por su tamaño se ubica como la Empresa Médica Previsional departamental más grande con 7,999 afiliados para un 4.5%.

Las Empresas Departamentales que mayor cantidad de asegurados adscribieron fueron en orden decreciente: León con 14,795 afiliados, para un 8.3%; Chinandega con 4,771 afiliados, para un 2.7% y; Masaya con 4,473 afiliados, para un 2.5%.

IV. FORTALEZAS Y DEBILIDADES DEL MODELO DE SALUD PREVISIONAL

De la descripción anterior, podemos resumir la situación actual del *Modelo de Salud Previsional*, bajo la mirada de sus fortalezas y debilidades.

1. Fortalezas del Modelo de Salud Previsional

Fortalecimiento del Papel del INSS en la Reforma del Sistema Nacional de Salud

Una de las mayores fortalezas del Modelo de Salud Previsional se deriva del reforzamiento impresionante del papel que jugaba y juega el INSS en el Sistema Nacional de Salud al implementarse el Modelo de Salud Previsional en el marco de un paquete más amplio de Reformas.

El INSS, como institución, ha ejecutado su papel en forma seria y profesional y ha presentado una lección exitosa a los demás subsectores del Sistema Nacional de Salud, siendo un abanderado de avanzada por su impacto positivo y sus contribuciones al proceso de Modernización y de Reformas del Sector Salud y del Estado.

Modelo en Franco Desarrollo y Consolidación

Al día de hoy, el Modelo de Salud Previsional es un modelo en franco desarrollo y consolidación, que cuenta con la voluntad de las autoridades superiores de Salud y de Gobierno en el fortalecimiento y potenciación del Modelo. Como consecuencia el INSS ha visto un desarrollo importante de su función reguladora de la calidad de atención médica y de los servicios que recibe el asegurado, habiendo logrado el desarrollo y la puesta en ejecución de un Programa de Garantía de Calidad de la Atención Médica en las EMP y todo un programa de certificación.

Apoyo Financiero de Organismos Internacionales

Otra fortaleza estrechamente relacionada con la anterior es el apoyo financiero de organismos internacionales que actualmente respalda al Modelo de Salud Previsional, apoyo que en gran parte se debe a la experiencia exitosa de su operación.

Alta Valoración Social del Modelo

Debe mencionarse, como otra de las fortalezas del Modelo es la alta valoración social que, de él, tiene la población en general y que se expresa en niveles del 80% de satisfacción general con las prestaciones recibidas por parte de la población de asegurados.

Buena Capacidad Resolutiva de las EMP

Ha habido una mejoría significativa de la capacidad resolutiva de las Empresas

Médicas Previsionales. Al haberse incrementado los niveles de competencia entre las EMP, estas se vieron obligadas a mejorar sistemáticamente la calidad de sus servicios para atraer mayor número de afiliados, produciéndose como consecuencia una mejoría significativa de la capacidad resolutiva de las empresas operando en el Modelo de Salud Previsional. A la par, se han mejorado los niveles de eficiencia y la operación de la atención médica, basada, cada vez más sobre intervenciones médicas de mejor relación costo-beneficio. La mayoría de las EMP ha experimentado un incremento de la Atención Ambulatoria de los asegurados, así como un incremento en la percepción de los usuarios sobre los niveles de resolución de las intervenciones médicas como una estrategia para la reducción de costos.

Mejoramiento de la Calidad e Incremento de la Inversión Privada en Salud.

Con la aparición del Modelo de Salud Previsional, se ha posibilitado el mejoramiento de la tecnología y de la calidad de la atención de salud y se ha promovido la ejecución de importantes proyectos de inversión privada en salud, ya sea directamente por las EMP o por otros agentes incentivados por el aumento de demanda que ha generado el sistema.

2. Debilidades

No obstante, el desarrollo que ha alcanzado el sistema y sus evidentes ventajas para los asegurados que reciben una atención diferenciada, es un hecho objetivo que en el mercado de la salud previsional subsisten algunas imperfecciones que impiden lograr el óptimo de eficiencia y bienestar social de sus derechohabientes. En este sentido, se destacan como principales limitaciones:

Obstáculos de Carácter Legal.

Hasta hoy, el Modelo de Salud Previsional ha sido cuestionado públicamente por organismos gubernamentales como la Contraloría de la República, debido a que la Ley Orgánica vigente del Seguro Social no contempla la compra de servicios médicos a terceros, dado que a la fecha de la promulgación de la Ley el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) disponía de sus propias instalaciones para la atención a los asegurados, mismas que perdió en la década de los ochenta, cuando el gobierno de turno decidió trasladar todas las clínicas y Hospitales del Seguro Social al Ministerio de Salud.

Falta de Recursos Técnicos y de Materiales

Esta limitante está condicionada por dos factores: uno es el pobre porcentaje de PEA del país cubierta por el Seguro Social, factor que determina que los montos de recaudación y la disponibilidad total del Seguro Enfermedad-Maternidad sea relativamente insuficiente para mejorar los niveles de prestaciones otorgadas al asegurado. El otro factor es el hecho de que la cuota técnica del Seguro de Enfermedad-Maternidad está subsidiando otros seguros del mismo INSS, como herencia de las decisiones tomadas en la década de los ochenta.

Baja Cobertura Poblacional.

Como se vio en el apartado de las coberturas del Seguro Social en relación con la población total, estas son relativamente bajas y están creciendo muy lentamente. Del año 1995, que los asegurados activos representaban el 4.9% de la población total, a duras penas se ha logrado incrementar dicha cobertura, a un estimado de 6.1% para el año 2000. Es decir, que después de seis años el incremento de cobertura ha subido un punto porcentual.

Imposibilidad Financiera para Otorgar los Servicios de Salud en Forma Integral a través de las EMP.

El monto relativamente reducido de recurso que capta el INSS, por el sistema de cotizaciones vigente impide cubrir a cabalidad la demanda total de la población de derechohabientes, obligando al Modelo de Salud Previsional vigente a realizar una elevada selección de riesgos adversos en el que las exclusiones de cobertura y de grupos de edad impiden la atención integral de la población en su conjunto.

Los avances tecnológicos de la medicina, que posibilitan la introducción de sistemas de diagnóstico y tratamiento más complejos y costosos, favoreciendo una mayor eficiencia en el control de las enfermedades y de la calidad de vida; constituyen paradójicamente un factor de encarecimiento de los costos técnicos de atención a la salud.

Este factor de aumento de costos, sumado al aumento de gasto en salud inherente al envejecimiento y al cambio en el perfil epidemiológico de la población, provocan una tendencia de aumento sostenido del costo de la salud.

El Modelo de Salud Previsional no ha sido ajeno a estas presiones, verificándose una tendencia de aumento del costo de las prestaciones, en la cual han incidido:

- El aumento de demanda que ha generado el sistema,
- El uso desmedido de prestaciones, muchas veces excesivo o innecesario por parte de algunos beneficiarios,
- El aumento de los gastos de administración e intermediación de algunas EMP, entre otros.

La conjunción de estos factores de aumento de costos contribuye a crear presiones al aumento del per cápita por sobre la capacidad real del INSS para cubrir dichos aumentos, dado que, a su vez, el INSS depende de las remuneraciones reales que perciben sus asegurados. Dichas situaciones, provocan, periódicamente, un desequilibrio, en desmedro de la calidad de atención que pueden recibir los afiliados.

Bajo Nivel de Automatización de la Información.

El manejo manual de la información, por las delegaciones del INSS, y la pobre intercomunicación de este con las EMP, provoca muchas interferencias y muy tardías respuestas en la relación INSS-EMP generándose una situación negativa para el asegurado, que al final es quien recibe las consecuencias de las fallas de comunicación. Esto se manifiesta de la siguiente manera:

- Desconocimiento de derechos a asegurados, por errores en la transmisión de la información de las sucursales del INSS al nivel Central. Se reportan a las EMP como morosos sin derechos de atención médica a asegurados que están al día.
- Incumplimiento de pagos a las EMP por asegurados que, aunque aparecen como morosos en los reportes de las EMP, en realidad pagaron al INSS y se les libraron sus colillas de comprobación de derechos. Los asegurados en esta situación pueden ser rechazados en las EMP si no presentan sus colillas de comprobación de derechos.
- Traslados de afiliados de una EMP a otra, aunque sus contratos estén debidamente acreditados en la primera. Esto provoca que pueda rechazarse la atención en una u otra EMP por el cruce de información.

Falta de Identificación Adecuada de los Asegurados y sus Beneficiarios.

Grandes cantidades de asegurados o de beneficiarios no portan sus respectivas identificaciones como tales, por lo que, constantemente, las EMP están siendo agredidas por personas sin derechos que suplantando a derechohabientes, con o sin su consentimiento. Este problema es mas grave con la identificación de cónyuges e hijos, grupos en los que la identificación es casi inexistente.

Falta de Transparencia del Mercado

Debido a lo nuevo del Modelo de Salud Previsional, al usuario le resulta muy difícil conocer a cabalidad la cobertura de su plan de salud y tener plena conciencia de sus derechos y obligaciones. Generalmente, el asegurado, al presentarse a la EMP, tiene una mayor expectativa de sus derechos que los que realmente le confiere el Modelo de Salud Previsional.

Cabe señalar, que la falta de transparencia propia de este mercado juega contra las EMP, ya que, en cierta medida, contribuye a favorecer el sobre uso o mal uso de prestaciones y de subsidios médicos por parte de algunos asegurados, hechos estos que resultan generalmente difíciles de detectar y controlar.

Las EMP también tienen dificultades para evaluar acertadamente el riesgo que asumen al celebrar un contrato de salud con un afiliado, debido ya no al ocultamiento de información por parte de algunos afiliados, sino a la obligatoriedad de afiliar al asegurado, independientemente, de sus condiciones preexistentes. Si bien es cierto que el INSS para controlar estas situaciones ha introducido una serie de salvaguardas, tales como exclusiones y períodos de espera, así como a la exclusión de las coberturas de aquellos cotizantes y beneficiarios de tercera edad o con enfermedades preexistentes de

difícil acotación, en la práctica, dado que estas restricciones limitan la posibilidad de acceso al sistema y perjudican a una buena parte de los cotizantes, se genera en la opinión pública y en los medios de comunicación masiva una fuerte crítica y presión contra las EMP, las que se ven obligadas, bajo esta presión, a prestar servicios que estaban originalmente fuera de contrato.

En definitiva, estos factores generan ineficiencias e incrementos del costo del seguro que pueden ser trasladados a los usuarios por parte de las EMP'S, vía restricción de beneficios o adopción de controles excesivos al uso de determinados beneficios.

Las imperfecciones del mercado del Modelo de Salud Previsional se suman a otras imperfecciones propias del mercado de la salud, lo que acentúa las ineficiencias en la asignación de los recursos del sector. En general, el paciente carece de capacidad para optimizar la elección del prestador de servicios de salud y para evaluar sus prescripciones, lo cual resulta bastante relevante, por ser estas últimas las que generan la demanda de prestaciones en servicios de diagnóstico y tratamiento, cuyos costos son asumidos por la EMP.

El seguro de salud, en el que el asegurado no tiene que hacer ningún copago, tiende a agravar estos problemas, porque contribuye a incentivar el aumento excesivo de la demanda por diagnósticos y tratamientos al eliminar la responsabilidad total del costo directo de las prestaciones por parte del usuario.

En esta forma, la falta de transparencia del mercado atenta contra la competencia y la eficiencia del sistema, lo que resulta grave por tratarse de un seguro obligatorio, donde está en juego el financiamiento de la

atención de salud de un segmento importante de la población.

Falta de Proyección de Largo Plazo.

El Modelo de Salud Previsional presenta en esencia una falta de proyección de largo plazo, en el sentido que no asegura una atención integral de similar calidad durante toda la vida de los afiliados, y que no considera adecuados incentivos a las acciones de fomento y prevención de la salud. Por los factores que se analizan a continuación, el sistema no garantiza atención integral durante toda la vida del afiliado. Estos factores son: el Carácter anual del Seguro de Enfermedad-Maternidad y los Problemas de financiamiento de eventos médicos catastróficos.

Carácter Anual del Seguro de Enfermedad-Maternidad

De acuerdo con lo establecido por el INSS, el Seguro de Enfermedad-Maternidad que brindan las EMP está sujeto a la revisión anual del monto del per cápita y de los beneficios del plan, y si es necesario, a la readecuación de los mismos. Igualmente, se contempla la desafiliación anual voluntaria por parte del afiliado, de la misma manera que se establece que las prestaciones cesan en el momento en que el empleador deja de cotizar la cuota del asegurado, ya sea por mora o por baja del trabajador, frustrando la posibilidad de asegurar al afiliado la estabilidad de varios años en su régimen de salud.

Por otra parte, la posibilidad de desafiliación anual por parte del afiliado, tiende a desincentivar las acciones que podrían realizar las EMP en materia de prevención, que resultan más costo-efectivas para la preservación de la salud, al permitir, con un menor costo la eliminación o reducción de las posibilidades de contraer enfermedades.

Esta falta de proyección de los costos del sistema en una perspectiva de largo plazo, más el hecho que el Seguro de Enfermedad-Maternidad (que no cubre a los asegurados en la tercera edad) disminuye, y en un momento dado, elimina la posibilidad de permanencia del afiliado, cuando aumenta su riesgo de uso de prestaciones al llegar a la tercera edad.

Al aumentar en la tercera edad el riesgo de enfermarse, los afiliados a las EMP, de acuerdo a lo establecido por el INSS en el Modelo de Salud Previsional, tendrán que afrontar el retiro de sus beneficios, en circunstancia que, simultáneamente, disminuyen sus ingresos al pasar a la edad pasiva. En otras palabras, el asegurado enfrenta una grave limitación de su posibilidad de acceso a los beneficios del sistema, justamente, cuando más los necesita, debiendo ser trasladado a los servicios públicos estatales del MINSA con la consiguiente disminución de beneficios y sobrecarga del sistema estatal.

Problemas de Financiamiento de Eventos Médicos Catastróficos

Se entiende por eventos catastróficos, las enfermedades crónicas u otros trastornos de la salud que demandan intervenciones complejas, tratamientos largos u otras prestaciones con un costo excesivo en relación con el monto de las cotizaciones aportadas al INSS.

El Modelo de Salud Previsional contempla cobertura reducida para casi todas las prestaciones que se requieren en estos casos, limitando la posibilidad de utilización de las prestaciones requeridas, por lo que la mayoría de los pacientes con enfermedades crónicas o catastróficas terminan en el sistema estatal. No obstante, aquellas EMP que tienen una mayor proporción de afiliados que presentan *Eventos Médicos Catastróficos* que si están cubiertos por el

Modelo, enfrentan un deterioro de su competitividad general.

Lo anterior puede generar dificultades al sistema en el largo plazo, en la medida que puede crear crecientes presiones futuras sobre el sistema estatal.

V. EXPERIENCIAS EXITOSAS Y LOGROS

El gran ganador con el Modelo de Salud Previsional ha sido el Asegurado, que en comparación a lo que recibía en la década de los 80, ahora por el mismo pago al INSS, recibe un paquete de servicios de salud de mayor calidad que incluye atención médica especializada, exámenes, medicamentos, cirugías, atención al parto y subsidios. Pero, no solamente ha mejorado el acceso a los servicios, sino que ha permitido la diferenciación de la atención de los asegurados, mejorando, notablemente, la dignificación del trato del asegurado. Estos factores han incrementado la confianza de los asegurados en el Modelo de Salud Previsional.

Otro efecto que debe destacarse en el Modelo de Salud Previsional es la equidad y solidaridad que se ha alcanzado en beneficio de los asegurados con menos ingresos económicos. En la medida en que el Modelo de Salud Previsional no establece diferencias para la atención de los asegurados, independientemente de su cotización al INSS (todos tienen el mismo derecho de atención en las EMP) se ha logrado que aquellos asegurados que tienen mayores ingresos económicos y menos necesidades subsidien a los asegurados con menos ingresos económicos y con mayores necesidades. Según el INSS, la mejoría de la atención de los asegurados, desde la introducción del Modelo de Salud Previsional, ha permitido una disminución del pago en salud de los hogares de menos

ingresos económicos. Desafortunadamente no se conoce de la publicación de estudios en este sentido para el caso de Nicaragua.

Las tasas de mortalidad del Modelo de Salud Previsional son mucho más bajas que las mismas del sistema público y las estadísticas de atención y de producción de servicios del Modelo de Salud Previsional son más creíbles, estables y eficientes que las del sistema público. Este aspecto tiene una evidente influencia positiva en la mejora significativa de los niveles de salud de la PEA, incrementando sus capacidades productivas. Según diferentes estimaciones de las autoridades del INSS, la productividad de servicios y los resultados del Modelo de Salud Previsional han tenido un fuerte impacto en la estructura de morbilidad y mortalidad de la población derechohabiente. Este efecto también tiene su expresión en la mejoría de los indicadores nacionales de salud.

Las auditorías médicas de casos en el Modelo de Salud Previsional también son más frecuentes, y abordan temas que el MINSA dilatará muchos años para poder darles atención. Las recomendaciones y sanciones, producto de los resultados de estas auditorías, son ejecutadas en una forma más eficiente, más fuerte y más rápida en el Modelo de Salud Previsional que en el sistema público. En este Modelo de Salud Previsional el asegurado puede interponer quejas y denuncias de mala atención ante distintas instancias, y sabe que será escuchado y alguien resultará sancionado. Así, en forma objetiva, se aprecia que el Modelo de Salud Previsional ha posibilitado, a niveles nunca vistos en nuestro país, el ejercicio real del reclamo ante la insatisfacción por el servicio brindado. Por otra parte, el Modelo de Salud Previsional ha ido mejorando continuamente, y los actuales niveles de exigencia que se hacen a las EMP son mucho más rígidos que en 1995. Clínicas que no llenaron los requisitos, cada vez más exigentes, del INSS, han ido siendo cerradas. Este es un enorme beneficio que

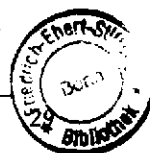
tiene el asegurado del INSS y que no tendrá en mucho tiempo el usuario de los servicios públicos del MINSA.

La operación del Modelo de Salud Previsional, en relación la administración y gestión de servicios propios para proveer los servicios que ahora se brindan a través de las EMP, ha producido un beneficio adicional al INSS, por cuanto se estima que el Modelo de Salud Previsional disminuye notablemente los costos del INSS para la atención médica de los asegurados, en relación con los costos que tuviera si los servicios fueran propios, a la par que le permite exigir y presionar cada vez más para incrementar la calidad de la atención al asegurado en las EMP, la que dista muchísimo de la que recibía el asegurado en el Sistema Nacional Público de Salud. Gracias a esta labor, el INSS ha experimentado un impresionante mejoramiento de su imagen institucional ante el Gobierno y ante la población.

Aunque no es fácil disponer de los datos, el INSS ha manifestado que entre los logros del Modelo de Salud Previsional deben incluirse: el incremento de la cobertura territorial, el nivel del aseguramiento y el incremento de las tasas de uso de los servicios médicos.

Otro logro a nivel general, que se puede atribuir al Modelo de Salud Previsional ha sido la Reactivación del subsector privado de la salud, reactivación que a su vez ha tenido una contribución substancial en la reactivación económica del país y en la creación de fuentes de empleo en las Empresas Médicas Previsionales y sus subprestadores, que se integraron al contrato de proveeduría de servicios al INSS.

En el Ministerio de Salud, la creación del Modelo de Salud Previsional produjo en forma directa un incremento de sus ingresos extra presupuestarios, pasando a ser esta una relevante fuente de ingresos del MINSA.



La creación, en 1994, del mecanismo de Atención Previsional por parte del INSS a los asegurados, introdujo un incentivo importante para la reestructuración de los Hospitales Públicos. Para aprovechar este mecanismo, todos los hospitales públicos crearon "Áreas de Atención Privada" destinadas a vender servicios a personas con capacidad de pago y a pacientes asegurados del INSS que son atendidos por empresas previsionales que no cuentan con servicios de Hospitalización.

Pero, la reforma ha ido mas allá, en la medida en que la mayoría de los Hospitales departamentales del MINSA han dado el paso de convertirse a si mismos en Empresas Médicas Previsionales y han procedido, en el año 2000, a firmar contrato de prestación de servicios a los asegurados del INSS. La aparición de estos servicios "prepagados" ha introducido elementos de mejoramiento administrativo, incluyendo mejoramiento de los sistema contables, reorganización de los cuerpos médicos, y mejoramiento de la hotelería de algunas salas del hospital.

VI. PROBLEMAS DE OPERACIÓN DEL MODELO

Uno de los principales problemas del Modelo de Salud Previsional es el elevado número de exclusiones, tanto de servicios como de grupos de edad, con lo cual el INSS deja sin cobertura a grupos de edad importantes y deja sin protección a los asegurados contra enfermedades catastróficas y crónicas de alto costo.

Las enfermedades y condiciones que no están cubiertas por el Modelo de Salud Previsional, obligatoriamente, deben ser

cubiertas por el Ministerio de Salud y sus unidades de atención médica, con lo cual se produce un subsidio cruzado del MINSA al INSS. Los hospitales públicos, al ser financiados por el presupuesto fiscal de la república y al brindar cobertura universal, pasan a asumir el rol de asegurador indirecto de última instancia de toda la población.

Pero, lo que es más grave es que las dificultades contables y los insuficientes mecanismos de control y gerencia en estos hospitales públicos han producido la aparición de "subsidios cruzados internos", desde los servicios públicos a los servicios diferenciados (privados o previsionales) de estos. Generalmente, los servicios diferenciados y previsionales, en estos hospitales públicos, operan subsidiados por el presupuesto estatal sin retribuir al hospital los costos reales del uso de la infraestructura, equipamiento y personal de apoyo. Estos servicios con operación viciada constituyen un mecanismo de "descapitalización de los paupérrimos servicios públicos" que reduce oprobiosamente la disponibilidad de recursos para atender a la población de menores posibilidades económicas y que, obviamente, no está ni siquiera asegurada en el Modelo de Salud Previsional.

Desde el punto de vista del médico contratado por las EMP y las Asociaciones Médicas, las cosas no han ido lo bien que se esperaba. En el Modelo de Salud Previsional, el INSS, al transferir montos financieros reducidos a las EMP, ha obligado a incrementar el control del trabajo del médico general o especialista en busca de una mejor eficiencia. Como resultado, las EMP, igual que han hecho empresas similares en otros países, han introducido una serie de medidas de control y eficiencia, tales como: Evaluaciones sistemáticas del desempeño; normas para la atención estandarizada; encuestas de satisfacción de los usuarios; incentivos para reducir procedimientos innecesarios; autorizaciones

obligatorias antes que el paciente pueda ser enviado a ciertos exámenes y tratamientos; y terminaciones abruptas de contratos si los doctores fallan al comportamiento esperado.

Desde la óptica de las EMP, el monto total del per cápita pagado es reducido y no se corresponde con las exigencias de calidad de los servicios. Para estas empresas, los niveles de calidad que la Gerencia de Salud Previsional exige a las EMP están desligados de la calidad que definió como posible, la Gerencia del INSS encargada de calcular el per cápita. Así, mientras en el per cápita se definió una calidad posible a brindar con C\$130.68, la Gerencia de Calidad de Atención del INSS exige una calidad muy superior, asumiendo incorrectamente que la calidad no tiene límites monetarios.

Otro problema que ha sido reiteradamente señalado por las EMP es que el INSS ha descargado en estas empresas, además de todos los riesgos médicos de la población de asegurados, la difícil tarea de enfrentar los reclamos de la población y del gremio médico por las insuficiencias del per cápita, por las limitaciones de la canasta de prestaciones y por las limitaciones en general del Modelo. Para el asegurado la cara visible del INSS es la Empresa Médica Previsional a la que está afiliado y al no tener claro hasta donde llega la responsabilidad de la EMP descarga su descontento en la EMP aunque la causa de su insatisfacción corresponda al INSS.

En la relación práctica entre el asegurado y las EMP, estas han descubierto y señalado al INSS fuertes contradicciones entre la canasta de prestaciones definidas como derechos del asegurado y las alternativas para el manejo de la prestación. Así, en el listado de enfermedades cubiertas se incluyeron patologías, pero en el listado de medicamentos no se incluyó el tratamiento para las mismas, y viceversa, el listado de

medicamentos contempla fármacos que están destinados al tratamiento de patologías excluidas del listado de enfermedades.

Pero quizás uno de los problemas más serios del Modelo de Salud Previsional es que fue puesto en operación a través de Resolución Ministerial del Presidente Ejecutivo del INSS, sin que la Ley Orgánica de la Seguridad Social contemplara la modalidad de compra de servicios médicos a terceros. Esto ha provocado una oleada de críticas públicas y gubernamentales al Modelo, enfatizándose, que el INSS ha incurrido en ilegalidad y violación de la Ley al comprar servicios a las Empresas Médicas Previsionales, habiéndose llegado a señalar a estas como ilegales y como instrumentos de enriquecimiento ilícito.

Finalmente, un problema de la relación INSS-EMP, ha sido la práctica impositiva de cambios unilaterales a los términos del contrato por parte del INSS, sin que las EMP puedan recurrir o apelar a ninguna autoridad superior. Esto es posible gracias a que el INSS es el único comprador de servicios médicos, de tal manera que si las EMP no están de acuerdo con el cambio de los términos del contrato, solo tienen un camino, que es el de renunciar al contrato. Gracias a la creciente demanda de empresas que quieren firmar contratos la EMP sabe que de renunciar inmediatamente será sustituida en el mercado por la competencia. Gracias a esta práctica, la ejecución del Reglamento del Seguro de Enfermedad-Maternidad que rige al contrato, también está sujeta a lo que decide el INSS, dejando indefensa a la EMP en caso de arbitrariedad o en caso de no estar de acuerdo.

Por su parte, el INSS ha señalado como un problema del Modelo el desigual desarrollo de las Empresas Médicas Previsionales, entre las cuales hay las que tienen un impresionante desarrollo gerencial y de sus

servicios, pero también hay todavía muchas empresas pequeñas con baja capacidad gerencial y pobre capacidad resolutive, lo que va en detrimento de los afiliados a esas EMP.

VII. PERSPECTIVAS

Hay en general, tanto en las autoridades de Gobierno como en las autoridades de salud y de la Seguridad Social, un fuerte convencimiento de que el INSS debe consolidar su papel dentro del Sistema Nacional de Salud como resultado final del proceso de modernización del INSS, fortaleciendo el Modelo de Salud Previsional y dotándolo del marco legal y regulatorio que le permita consolidarse en el futuro.

En consonancia se debe hacer un esfuerzo serio y urgente para introducir, si no se ha enviado aún, ante la Asamblea Legislativa del País un proyecto de ley que reforme la actual Ley de Seguridad Social de Nicaragua. La nueva Ley permitirá legalizar la operación del Modelo de Salud Previsional con la compra de servicios a las Empresas Médicas Previsionales asegurando la estabilidad futura del Modelo de Salud Previsional

En la actualidad, el INSS está haciéndole frente al nuevo reto de ampliar la cobertura de la canasta básica de prestaciones médicas para incluir nuevas enfermedades, exámenes, medicamentos y cirugías a las listas existentes y para incluir a los grupos de la 3ª edad en los grupos cubiertos. En otras palabras, el INSS está tratando de reducir la selección de riesgos adversos que son una limitante del modelo actual.

La reducción de las exclusiones del actual Modelo de Salud Previsional deberá ser un proceso estratégico y progresivo, para ir

ampliando la cobertura y disminuyendo las exclusiones y dado que ese proceso está en dependencia de las posibilidades de recaudación del INSS y del incremento del número de asegurados activos del país, el INSS tiene el reto de ampliar la cobertura territorial y de asegurados, de sus seguros y regímenes corriendo paralelo al aumento de la fuerza laboral y a la reactivación económica del país.

Si ocurriera el aumento de la canasta de prestaciones, esta situación conllevaría obligatoriamente al aumento del monto del per cápita vigente y, al menos, debe tomarse en cuenta las siguientes variables agregadas:

- El necesario incremento a los salarios médicos y personal paramédico para hacerlos más justos y dignos.
- Los incrementos progresivos de los costos de los servicios públicos (Energía, Agua, teléfonos, etc).
- El incremento progresivo de los costos de los subprestadores de servicios de las EMP's.
- Considerar la política de devaluación progresiva de la moneda que está establecida en el país y que actúa ineluctablemente en los costos de operación del modelo.
- Los costos de inversión agregados a las elevadas exigencias de calidad de la atención y de los servicios médicos, así como costos más adecuados a la costosísima tecnología de la medicina moderna.
- Los cambios en los cálculos de base el menos una vez al año.
- Diferenciación del per cápita según grupos de edad y riesgos, dado que el

riesgo no es igual para todos los grupos de población.

De igual manera deberá explorarse otras modalidades de pago para la cobertura de eventos médicos crónicos o catastróficos cuya solución se escape de las posibilidades del modelo per cápita actual.

Un reto importante que debe asumir el Modelo de Salud Previsional es incrementar sus niveles de coordinación con el MINSA, para la eliminación paulatina de los subsidios cruzados que reciben los asegurados del presupuesto fiscal. A su vez, el MINSA tiene el reto de eliminar los oprobiosos subsidios internos que reciben sus servicios diferenciados o previsionales a expensas de los servicios públicos para personas sin cobertura del Seguro Social.

Otra línea de acción que ha comenzado a materializarse y que debe profundizarse hasta su conclusión es la revisión del marco regulatorio del funcionamiento y operación del Modelo de Salud Previsional. Esta tarea comienza por hacer los ajustes necesarios al reglamento y al contrato vigente, con el fin de:

- Hacerlos más claros, definidos y justos para ambas partes.
- Incorporar procedimientos que no se previeron al momento de su elaboración pero que en la práctica funcionan de una manera que está debidamente establecida y que sometidos a discusión entre las partes han sido modificadas de mutuo acuerdo.
- Depurar errores de conceptos y perfeccionar su contenido regulatorio.

Una vez concluida la revisión del marco regulatorio y del espíritu del contrato, el INSS y las EMP tienen el reto de hacer

cumplir y respetar el contrato y sus nuevas reglamentaciones.

Para ganar aliados entre quienes hoy se oponen al Modelo, debe considerarse la demanda de las Asociaciones Médicas para que los salarios del personal médico sean calculados y contemplados por el INSS en el per cápita que se transferirá a la EMP's. De efectuarse estos cálculos debe supervisarse a las EMPs para que éstas a su vez paguen los salarios médicos incorporados al per cápita.

Así mismo deberá incrementarse las oportunidades para la investigación y para la educación continua del personal médico y paramédico. Igualmente deberán revisarse las cargas de trabajo y los horarios para hacerlos más adecuados a lo aceptado nacional e internacionalmente

VIII. BIBLIOGRAFÍA

- 1) Guerra, A. *Antecedentes de la situación de los Hospitales en Nicaragua*. Folleto, Managua Nicaragua. 2000.
- 2) Valladares, L. *Modelo Previsional INSS. Rama del Seguro Enfermedad Maternidad. Apuntes críticos*. Folleto, Managua 2000.
- 3) Espinosa, J. *La Política de Salud en Nicaragua*. Fundación Friedrich Ebert. Nicaragua. 2000.
- 4) Avendaño, N. *Economía y Salud 1990-1999*. Fundación Friedrich Ebert. Nicaragua. 2000.
- 5) MINSA. *Programa de Modernización del Sector Salud. 1998-2002. Documento de Consulta Nacional*. MINSA. Nicaragua. Julio 1998.
- 6) MINSA. *Análisis del Sector Salud en Nicaragua. MINSA-OPS*. Nicaragua. Marzo 2000.
- 7) Consejo Consultivo del Área Social. *Propuesta de desarrollo del Sector Salud en el marco de la reconstrucción y transformación de Nicaragua*. Folleto, Managua 1999.
- 8) MINSA. *Política Nacional de Salud. 1997-2002*. MINSA. Nicaragua. 1997.
- 9) MINSA. *Plan Maestro de Salud 1991-1996*. MINSA. Nicaragua. 1991.
- 10) Guerra, A. *Algunas consideraciones sobre el sistema de salud actual en Nicaragua*. Folleto, Managua Nicaragua. 2000.
- 11) Valladares, L. *Esbozos de un Plan de Salud*. Folleto, Managua Nicaragua. 2000.
- 12) Cuadra, E.; Baltodano, A.; Saldomando, A. *Orden Social y Gobernabilidad en Nicaragua 1990-1996*.
- 13) Rosenthal, G., Vásquez, J. *Reporte Final del subcomponente: Alternativas de Financiamiento*. MSH 1996.
- 14) Diop, F. et al. *Household Health Seeking Behavior in Zambia*. Technical Report # 20. PHR. 1998.
- 15) INSS. *Modelo de Salud Previsional a los Trabajadores asegurados y sus beneficiarios*. INSS Nicaragua. Octubre 1993.
- 16) INSS. *Anuario Estadístico*. INSS Nicaragua. 1996.

- 17) INSS. *Anuario Estadístico*. INSS. Nicaragua. 1997.
- 18) INSS. *Anuario Estadístico*. INSS. Nicaragua. 1998.
- 19) Quintanilla, P. *Seguro de Enfermedad-Maternidad. Evolución e impacto frente a los procesos de cambio de la Seguridad Social y las Reformas del Sector Salud*. Ponencia ante el XXXI Congreso Médico Nacional AMN. Nicaragua 2000.
- 20) Zapata, J. *Estudio y Evaluación del Seguro Social*. Fundación Friedrich Ebert. 1999.
- 21) Superintendencia de ISAPRES. *Sistema de Instituciones de Salud Previsional en Chile*. Superintendencia de ISAPRES. Chile. Abril 1995.
- 22) Acuña, C. *Evolución y Reforma de los Sistemas de Protección de la Salud, en los países del Mercosur y Chile*. Fundación Friedrich Ebert. 2001.