

contact

Publicación del Consejo Mundial de Iglesias



SEGUROS COMUNITARIOS DE SALUD

No **159**

Julio-septiembre
2001

(Impreso en
Noviembre, 2003)

- 2 Editorial
- 3 Introducción
Financiación de la salud por el pueblo
Crónica
- 6 ¿Qué lugar ocupa el seguro de salud?
- 11 La colaboración entre gobiernos,
ONG y organizaciones
internacionales es esencial
- 14 Entrevista
"Esta no es una empresa lucrativa..."

Experiencias

- 16 Para las mujeres, de las mujeres y
por las mujeres...
- 19 Solidaridad y responsabilidad
compartida
- 22 RAHA — El buen camino
- 24 Actualidad
**Respuesta de las organizaciones
religiosas al Fondo Mundial**
- 25 Estudio bíblico
Preparados para el futuro
- 26 **REDES**
Lecturas, anuncios



Desde que los economistas empezaron a ocuparse del programa de salud, se han planteado y puesto a prueba nuevas maneras de encarar la atención de salud y su organización. Desde entonces, los costos de la atención de salud y su financiación han pasado a ser aspectos importantes de la tarea de planificar una política de salud. Se ha adquirido experiencia en materia de planes para financiar diversas formas de atención de salud, pero sigue sin resolverse la vieja cuestión de saber si los planes de financiación benefician a los pobres, o sea si les garantizan el acceso a una atención de salud de calidad.

Al mismo tiempo, muchos países encuentran dificultades para hacer frente a los costos siempre en aumento de la atención médica y de salud con un criterio a largo plazo. Esto plantea otra pregunta: ¿pueden cubrir los planes de seguro comunitario el déficit de financiación de la atención de salud? La cobertura de los servicios de atención primaria y las prestaciones de la seguridad social en los momentos de enfermedad constituyen beneficios concretos para los pobres cuando éstos son protegidos por los planes de seguros de salud comunitarios.

La complejidad de organizar estos planes limita la capacidad de ampliarlos con la debida premura. Se necesita tener más ejemplos con datos concluyentes, si se quiere generalizar el seguro de salud comunitario. No obstante, la cuestión de la ampliación sigue siendo un problema que se intenta resolver intensificando la creación de redes, como la que se está formando en el África Oriental.

Ahora bien, es importante tomar nota que la diversificación de las fuentes de financiación para la atención de salud es el aspecto princi-

pal que hay que tener en cuenta y el seguro de salud comunitario es sólo uno de los medios de lograrla. En las economías industriales llevó tiempo hacer que este sistema fuera fiable; por eso, una simplificación excesiva no permitiría hacer justicia a la cuestión. Aprovechando la rapidez de las comunicaciones actuales y la necesidad que tiene la gente de que se le asegure el acceso a la atención de salud, un intercambio más amplio de experiencias en materia de seguros de salud comunitarios podría hacer que muchos servicios de salud de base religiosa adoptaran el sistema y aprendieran de la experiencia de otros.

El principio de riesgos compartidos inherente a los planes de seguro puede resultar no muy comprensible todavía para la elite de los países en desarrollo. La comprensión y la posterior participación de las comunidades rurales exige una preparación rigurosa y una orientación y un diálogo amplios.

Para poder implantar el seguro de salud comunitario es obvio que tiene que haber un sistema de salud en funcionamiento del cual se podrían adquirir los servicios. Para atraer clientes es necesario introducir reformas complementarias que garanticen la calidad del sistema de atención de salud. Esto es lo que sucede en los lugares donde hay varias entidades que prestan los servicios y hay posibilidades de competencia. La gestión de los planes a veces queda en manos de quienes prestan los servicios y a veces en manos de las comunidades. La gestión a cargo de las entidades que prestan los servicios no favorece el principio de separación entre proveedores y clientes, pero en determinadas situaciones éste puede aplicarse. Entre los problemas que suelen plantearse figuran la mala administración, la malversación de fondos, la mala organización y el control de la utilidad social mediante una estricta supervisión. De la práctica se pueden sacar enseñanzas que ayuden a resolver esos problemas. En los artículos que se presentan en este número de *Contact* se ponen de relieve algunas enseñanzas y se exponen con más detalle algunas experiencias interesantes.

Eli Nangawe

Editorialista invitado

Comisión Cristiana de Servicios Sociales
Apartado Postal 9433, Dar-es-Salaam,
Tanzania



Portada

No hay beneficiarios pasivos, sino participantes activos...

Foto: Partners/The Leprosy Mission Int.

FINANCIACIÓN DE LA SALUD

POR EL PUEBLO

Al resistirse los gobiernos a gastar más en salud, la privatización de los servicios sanitarios encuentra una aceptación cada vez mayor por parte de muchas autoridades. Las políticas económicas de hoy requieren que los hospitales y centros de salud sean administrados como cualquier otra empresa comercial, lo que significa excluir la atención médica gratuita y, si es posible, tratar de obtener beneficios. No es extraño, pues, que el seguro de salud haya llegado a ser casi un nuevo eslogan. Pero los países en desarrollo con su baja renta per cápita no admiten tan simples soluciones. En tales situaciones, los planes formales de seguridad podrían tener como complemento un seguro de salud de base comunitaria, cooperativas sanitarias o sistemas financiados por los usuarios. El Dr. N Devadasan explica el concepto de seguro de salud comunitario y sus ventajas



FAO/E Linusson

Pro Pobres

¿Qué es el seguro de salud comunitario?

Los planes comunitarios de salud, a diferencia de otros seguros "corrientes", se refieren a una comunidad específica y están concebidos esencialmente para personas del sector no estructurado, sobre todo los pobres de zonas rurales y urbanas. A diferencia del pago de cuotas por el usuario o del seguro privado, sistemas en los que cada cual paga por su seguro, en un plan comunitario, la comunidad asume la responsabilidad de la salud de sus miembros. Los individuos pertenecientes a la comunidad se unen y pagan anticipadamente por cualquier miembro de la comunidad que caiga enfermo, de manera que cuando padezca enfermedad no ten-

ga carga financiera alguna. Esto es muy importante en países en los que el sector laboral no estructurado va en aumento y el crecimiento económico está estancado.

El seguro comunitario es viable cuando la comunidad ya está organizada con otros fines. Ejemplos corrientes son los grupos de microcréditos, los grupos de mujeres, los clubes de agricultores, etc. Los beneficios son diversos, desde la disponibilidad de un foro preexistente para explicar el concepto de seguro hasta la reducción de las cargas administrativas para recaudar las cuotas y reembolsar los gastos.

En un plan comunitario, la comunidad asume la responsabilidad de la salud de sus miembros





Trabajando para garantizar un futuro saludable

En un plan de seguros, hay normalmente tres o cuatro interesados: la compañía de seguros, el personal de sanidad, el individuo enfermo o sano y el organismo regulador. En el seguro de salud comunitario (SSC), el individuo es sustituido por la comunidad.

En África y en India, hay varios planes administrados por ciertas ONG que ofrecen atención de salud a personas que trabajan en sectores no estructurados y viven sobre todo en zonas rurales. No todos están registrados, pero algunos como el proyecto Bwamanda en África y la iniciativa SEWA en Ahmedabad, India, son bien conocidos.

Tipos y número de beneficiarios

Los beneficiarios de la mayoría de los planes se definen tanto geográficamente como por su clase de trabajo. La afiliación puede ser individual o por familias. Algunos planes están concebidos sólo para mujeres, p.ej. SEWA, otros para toda la comunidad, p.ej. ACCORD que beneficia a la comunidad tribal de los nilgiris.

La atención de salud es un derecho fundamental, y el gobierno tiene la responsabilidad de facilitarla a quienes no pueden pagarla

Los beneficios para el paciente van desde servicios gratuitos de ambulatorio a admisiones subvencionadas en un hospital de una ONG o en determinados hospi-

tales privados. Además, algunos planes cubren también accidentes personales, daños a las propiedades e incluso pérdida de salarios.

Modalidades de pago

La mayoría de los planes se financia mediante una combinación de cuotas pagadas por los asegurados, aportaciones del Gobierno, donaciones y otros ingresos varios como intereses devengados, etc. La cuota en la mayoría de los planes es única, pagada anualmente y casi siempre en efectivo. En algunos planes más complejos, las cuotas dependen de los ingresos. En India, muchos planes de SSC han establecido una escala variable de cuotas según los ingresos. Algunos planes como el de Sevagram también permiten el pago en especie.

Ganar o perder: no es sencillo

Los debates suelen centrarse en las ganancias financieras de un SSC. Es bien sabido que un SSC difícilmente puede obtener beneficios, pues las cifras que manejan son pequeñas y no pueden beneficiarse de las economías de escala. Pero la cuestión importante es: ¿por qué habría de autofinanciarse un SSC? La atención de salud es un derecho básico, y el Gobierno tiene la responsabilidad de facilitarla a quienes no pueden pagarla. Lo que el seguro de salud comunitario puede hacer (y hace) es reducir la subvención necesitada tomando la iniciativa de tratar de obtener de forma creativa recursos locales. Así, si una comunidad de una tribu primitiva contribuye en un 20 por ciento a sus gastos sanitarios mediante seguro, habría que considerarlo un éxito.

Administración

Dicho esto, no hay que negar que una de las mayores dificultades para conseguir que un seguro comunitario no fracase es garantizar que los pagos se efectúen puntualmente y, lo que es más importante, que se hagan y contabilicen esos pagos. Por la irregularidad de sus ingresos, para la mayoría de las personas en el sector no estructurado es difícil pagar en dinero líquido en fechas predeterminadas. Por ello es importante que el SSC sea flexible y adapte las fechas de recaudación a los períodos en que la comunidad disponga de fondos.

La atención de salud es un derecho básico, y el Gobierno tiene la responsabilidad de facilitarla a quienes no pueden pagarla

Por otra parte, los costos administrativos de los planes en el sector de las ONG suelen ser bajos. Ello se debe probablemente a que estos planes no invierten mucho en promoción mercantil y la mayoría de los gastos se hacen para favorecer a los beneficiarios. Las ONG y la comunidad se hacen cargo también de muchos de los costos administrativos asumiendo la responsabilidad de recaudar las cuotas y tramitar las reclamaciones y los reembolsos.

Papel de las ONG

Las ONG interesadas en organizar un SSC pueden realizar varias funciones esenciales.

- a) Pueden sensibilizar a la comunidad respecto a las ventajas y los resultados del seguro.
- b) Pueden formar grupos que negocien con los aseguradores.
- c) Pueden actuar como vigilantes para reducir los abusos del sistema, descubriendo las reclamaciones falsas y corrigiendo las demoras de tramitación de las compañías aseguradoras.
- d) Agilizar la administración; hacer pagos anticipados, obteniendo el reembolso de la compañía.
- e) Supervisar a los proveedores y reducir los riesgos morales limitando procedimientos e investigaciones innecesarios.
- f) Velar por que el seguro cubra enfermedades corrientes (diarrea, malaria) y no sólo los grandes males del corazón o el riñón.

Ventajas

La fuerza del SSC radica en su posible uso como instrumento para que la comunidad aprenda a valerse por sí misma.

- ✓ Complementa los esfuerzos de movilización social uniendo a la comunidad en torno a una cuestión que interesa a todos.
- ✓ La comunidad ya no es receptora pasiva de servicios, ni sus miembros los reciben en cuanto personas individuales. Todos tienen una voz porque contribuyen al costo, y es también importante que esa voz sea colectiva, lo que refuerza su identidad de grupo.
- ✓ El sistema refuerza el proceso de

diálogo con la comunidad. El proceso de diálogo da una mejor comprensión a los beneficiarios. Brinda también una oportunidad y un foro para debatir sobre la salud y sus circunstancias, el desarrollo, el medio ambiente, la justicia social, etc. Por ejemplo en Gudalur en la India meridional, los miembros de la comunidad estaban insatisfechos porque aunque pagaba, no recibían inyección alguna; ello dio ocasión para un debate detenido sobre las razones por las que las inyecciones no eran necesarias para el tratamiento.

Las ONG pueden también actuar como vigilantes

En otras palabras, el SSC construye y refuerza todo el sistema, mientras que el seguro de salud tradicional es tan sólo un mecanismo de financiación.

continúa en pág 21...



¿QUE LUGAR OCUPA EL SEGURO DE SALUD?

La atención de salud gratuita es una ilusión. No existe atención de salud gratuita; la realidad es clara: ¡las familias pagan todo!...pero las consecuencias (o sea la 'carga') para la familia es muy variable según la forma de pago. El Dr. Bart Criel explica...



¡Poder para la comunidad!

Introducción

En el África subsahariana de los años sesenta, la atención de salud gratuita era un derecho constitucional y se suponía que los sistemas públicos de sanidad estaban enteramente financiados mediante impuestos. Pronto se comprobó que esto era una ilusión.

La crisis económica internacional de los años setenta tuvo efectos inevitables sobre los presupuestos oficiales destinados a sanidad. La gratuidad resultó un mito: al final del día, los pacientes se veían obligados a comprar los medicamentos en el sector privado porque éstos escaseaban en el sector público. Asimismo, los pacientes tenían que hacer pagos bajo cuerda a un personal sanitario mal remunerado.

Una respuesta pragmática a esta situación fue la introducción en los años setenta y ochenta de pagos directos al contado por el paciente en el momento y el lugar en que utilizaban los servicios. Hoy día, la política de pago al contado es un hecho en toda África. Esta política, legitimada por la iniciativa de Bamako de la Organización Mundial de la Salud y del

UNICEF, ha sido un éxito cuando los pagos del usuario se han utilizado para mejorar la calidad del servicio público de sanidad.

Sin embargo, las desventajas de hacer pagar al usuario son claras, sobre todo cuando los costos son relativamente elevados, como ocurre en muchos países africanos. Se dificulta el acceso de los grupos de población pobres a la atención de salud, lo que puede significar la total exclusión cuando los ingresos familiares son estacionales, como es el caso de muchas comunidades rurales africanas.

De ahí que los sistemas de seguro sean técnicamente una opción interesante, que además puede contribuir a la solidaridad dentro de la comunidad.

Mecanismos de ayuda mutua

En la mayoría de los países en desarrollo en particular, se han creado varios mecanismos colectivos para hacer frente a riesgos individuales. Estos riesgos son no sólo los referentes a hechos del ciclo vital como nacimientos y muertes, sino también a las enfermedades.

El seguro implica la posibilidad de una contradicción entre la inversión inicial (es decir los costos para el asegurado) y el resultado final (es decir el rendimiento personal) de esa inversión para quien la hace. Esto ocurre a menudo en la práctica. Desde un punto de vista financiero, esto significa que siempre habrá ganadores y perdedores: todos pagan para compensar los daños sufridos por algunos. El principio del seguro difiere pues del principio de reciprocidad, en el que lo aportado y lo que se espera obtener son más o menos equivalentes.

El seguro puede equipararse a diversos grados de solidaridad. En el caso del seguro, esto significa la aceptación (implícita) de que la cuantía del beneficio

Todos pagan para
compensar los gastos
de algunos

personal no llegará al nivel de la inversión inicial. En el caso de sistemas de seguro obligatorio, como existen en muchos países europeos, esta relación desigual se impone a los ciudadanos por la ley. Se institucionaliza la solidaridad, pero ésta es reversible. Que revierta o no, depende de la opción política y social que haga la sociedad.

Mecanismos de ayuda mutua sin seguro

La solidaridad de familia y de clan se basa en la obligación moral —no escrita, pero codificada— de ayudar a los miembros de la familia.

Estos sistemas de ayuda mutua son selectivos, ya que quienes no pertenecen a la familia, el clan o el grupo étnico no pueden beneficiarse de la ayuda. La “cobertura” va claramente más allá de acontecimientos negativos como enfermedad o accidentes, e incluye sucesos felices como nacimientos y fiestas.

Junto a los sistemas tradicionales de solidaridad familiar, hay en África una proliferación de movimientos asociativos que desempeñan un papel importante en el sector de la ayuda mutua. Estas asociaciones pueden reunir a personas más allá de relaciones de parentesco, intervienen en una amplia gama de acontecimientos (positivos y negativos), y contribuyen a la creación y el refuerzo de redes sociales. Estos movimientos asociativos pueden clasificarse por las características sociales de las personas que los componen, o por la índole de los servicios que prestan.

La ‘*tontine*’ o asociación de ahorro y crédito rotativos es un tipo de movimiento asociativo muy difundido en toda África. No se trata de sistemas de seguros, sino más bien de sistemas de ahorro extraoficiales (pero no ilegales). Una *tontine* suele consistir en un grupo limitado de personas que tienen algo en común (por ejemplo una misma profesión) o que se conocen de una u otra forma. Cada participante paga regularmente a un fondo común (el “bote”) que se adjudica después por turno a cada uno de los participantes. La inversión, generalmente financiera, es proporcional en principio al be-

neficio individual obtenido. Las *tontines* se suelen crear para generar un pequeño capital que se invierte en un pequeño negocio o se utiliza para comprar bienes especialmente caros. Rara vez se movilizan las *tontines* para cubrir gastos de salud, ya que éstos son difíciles de prever y planificar por anticipado.

Sistema de pago previo

En los sistemas de pago previo, se realiza anticipadamente un cierto pago, a veces por las personas pero generalmente por una familia, a un proveedor de servicios de salud o a una institución sanitaria. Cada consulta en el servicio o la institución se anota con cargo a ese pago según la tarifa correspondiente hasta que se agota el crédito. Este sistema es en realidad poco frecuente y suele utilizarse para pagar por anticipado los costos de atención de salud relativamente previsibles, como consultas prenatales o para niños menores de cinco años. El pago previo, no obstante, es una opción interesante porque permite pagar en un momento en que se dispone realmente de fondos en la familia. De todas maneras, los efectos del pago previo son limitados porque los grandes gastos, como los derivados de un ingreso en hospital, son más difíciles de financiar por anticipado. Además, en estos sistemas el riesgo suele repartirse entre un número relativamente pequeño de personas (una familia, por ejemplo).

Mecanismos de ayuda mutua con seguro

Hay que hacer una distinción entre el modelo de seguro obligatorio de salud (especialmente el modelo Bismarck de varios países europeos) y los sistemas voluntarios de atención de salud.

Existen sistemas de seguro obligatorio de salud en la mayoría de los países africanos. Casi todos ellos se establecieron en los últimos años de gobierno colonial o en los primeros años tras la independencia de los jóvenes Estados africanos. Este modelo

Los planes tradicionales como “tontines” rara vez cubren los gastos de salud



Autor/a anónimo/a



Bismarck de seguro de salud es de hecho un modelo importado de Europa, introducido en países con una estructura social y política totalmente diferente. En realidad, se ha comprobado que estos sistemas llegan sólo a un sector de la población, en particular a los funcionarios.

La posible extensión de estos sistemas de seguro de salud a la población rural o a personas empleadas en el sector no estructurado requiere una capacidad de gestión y de dirección eficaz y real de los organismos públicos. Lamentablemente, tal capacidad no es hoy fácil de conseguir en la mayoría de los países subsaharianos. Además, es muy dudoso que un gobierno subsahariano tenga suficiente crédito ante el pueblo para organizar y gestionar un sistema de seguro de salud de alcance nacional.

Sistemas públicos o privados

Dentro de la categoría de sistemas voluntarios de seguro de salud, puede distinguirse entre sistemas de inspiración pública o privada. En el segundo caso, las primas suelen ser proporcionales a la magnitud del riesgo de salud y son independientes de los ingresos familiares, lo que afecta a la equidad de estos pagos. En consecuencia, la mayoría de la

población africana quedaría excluida *de facto* de la participación en tales iniciativas de seguro privado de salud.

El seguro de salud como función y como dispositivo institucional

La función consiste en facilitar la accesibilidad al sistema de atención de salud. El aspecto institucional consiste en proteger el capital familiar (ahorros y otros bienes) en caso de servicios de salud de costo elevado; dicho de otro modo, evitar que una familia caiga en la pobreza a causa de los gastos en servicios sanitarios. El seguro de salud como función es un fin en sí mismo; no es así si se mira como dispositivo institucional. Desde esta perspectiva, un ciudadano británico puede estar tan "asegurado" como uno alemán, aunque la atención de salud en el Reino Unido se financie principalmente con impuestos y en Alemania se financie con contribuciones a la seguridad social aportadas por trabajadores y empresarios.

Según quien preste los servicios —cooperativa, gobierno o una ONG— y según la naturaleza de los riesgos cubiertos —altos o bajos— pueden distinguirse dos tipos de seguro. Un primer tipo es el que se cubre un riesgo "alto" (p.ej. admisión en un hospital) y el hospital es propietario o gestor del plan. Un segundo tipo es el que cubre especialmente riesgos bajos (p.ej. consultas primarias) y cuya gestión suele corresponder a una estructura comunitaria. Aunque ambos tipos tienen su lugar, otros factores son importantes.

Factores importantes

1) Población beneficiaria: Cuanto mayores sean las dimensiones de la población, menor tiende a ser el potencial de la comunidad para participar en la gestión del plan. Una población mayor permite economías de escala, lo que contribuye a la eficacia y al buen funcionamiento del plan.

2) Traslapo: A menudo hay una coincidencia parcial entre la población beneficiaria de un plan de seguros y la población atendida por entidades funcionales existentes de atención de salud (p.ej. un distrito sanitario). La financia-

Hay dos tipos de seguros: de riesgos altos y de riesgos bajos

ción de la atención de salud puede entonces ser un medio para racionalizar el modelo de organización de los servicios de salud de esa misma entidad funcional (por ejemplo, racionalización del sistema de envío de pacientes a otros servicios).

3) Institución intermediaria

Una institución intermediaria —u órgano supervisor— entre la fuente de los fondos (p.ej. las familias) y el destino final de los fondos (p.ej. el dispensador de servicios) puede desempeñar un papel activo.

Si se combinan estas diversas variables, pueden distinguirse dos modalidades de sistemas voluntarios de seguros de salud: por un lado, el modelo “mutualista” o participativo; por otro, el modelo “de proveedor” o tecnocrático.

El modelo mutualista

En el modelo mutualista, la asociación de los miembros, o Mutualidad Sanitaria (MS) funciona como estructura intermediaria entre la fuente y el destino de los fondos.

El modelo mutualista es con frecuencia parte de una sociedad dinámica más amplia en la que la solidaridad y la autogestión son preocupaciones importantes. El asegurador y el dispensador de servicios dialogan, negocian las condiciones de la atención que se ofrecerá al asegurado y definen las modalidades de financiación del conjunto de los beneficios. Todo ello se especifica en un contrato. En la MS hay un compromiso (a menudo explícito) de obtener resultados, es decir de ofrecer ciertos tipos y niveles de atención a un precio convenido.

El funcionamiento de tal estructura intermediaria acarrea por supuesto gastos adicionales para el conjunto del sistema, pero con esta estructura puede obtenerse una mejor calidad y eficiencia de los proveedores de servicios. Tal estructura puede servir como una especie de fuerza complementaria para los servicios de atención de salud. Que esta posibilidad se realice o no, depende principalmente de los objetivos perseguidos y de la capacidad de gestión del que contrata los servicios.

Mutualidades según su estructura jurídica

Existe en África, especialmente en el África francófona, una dinámica de sistemas de seguro de prestaciones mutuas, aunque este “movimiento” sea todavía reciente y esté mal estructurado. Cabe distinguir entre las mutualidades que tienen y las que no tienen la estructura jurídica de una sociedad. El primer modelo tiene en cuenta los individuos y sus relaciones. El segundo apunta a una población más mezclada, pero que como grupo comparte otras características: por ejemplo, habitantes de una ciudad o un barrio, o participantes en un movimiento social. El primer sistema suele contar con muchos más miembros, mientras que el segundo se queda a menudo en una pequeña escala, con pocos cientos de miembros como máximo, lo que evidentemente influirá sobre su posibilidad de subsistir desde un punto de vista financiero.

La dinámica mutualista cuenta con un importante apoyo técnico e institucional. Muchas iniciativas mutualistas, no obstante, tropiezan con problemas en la concepción y la gestión institucional del sistema. La viabilidad financiera de las asociaciones mutualistas africanas está condicionada, en conjunto, por la falta de economías de escala.

El modelo de proveedor o tecnocrático

Se trata también de un modelo voluntario de seguro de salud, aunque sin una estructura intermediaria entre el pagador y el proveedor de la atención de salud; en otras palabras, el proveedor es también el asegurador.

Esta construcción institucional tiene una similitud con el modelo de HMO (*Health Maintenance Organization*) corriente en Estados Unidos. En África, este modelo se aplica en situaciones en las que la administración de distrito es responsable de la organización y gestión de un sistema de seguro. La población beneficiaria es entonces aquella de la que el distrito es explícitamente responsable. Puede ser la población de todo el distrito o la población que vive en la “zona” de un centro de salud. En general, se



Coexisten en África
sistemas de
mutualidad con
sistemas de seguro de
salud obligatorio

invita entonces a los pacientes asegurados a pedir consulta con un responsable bien definido del servicio de salud, el cual asume el riesgo financiero.

Este modelo puede aumentar notablemente el acceso a la atención de salud cuando la finalidad que mueve al personal del distrito es el bien público y cuando tal personal posee la necesaria capacidad de gestión. El sistema de seguro para los servicios hospitalarios que se puso en marcha en 1986 en el distrito de Bwamanda de la República Democrática del Congo es un ejemplo bien documentado de este modelo. Una importante limitación del modelo, sin embargo, es la falta de una "fuerza moderadora" frente a los servicios de salud. Existe efectivamente el riesgo real de que los profesionales de la salud dominen el proceso de toma de decisiones. El caso del plan de Bwamanda lo ilustra claramente.

Conclusión

Entre los diversos planteamientos examinados hay sistemas muy flexibles y otros muy formalistas. Coexisten en África mutualidades de salud con sistemas

de gestión centralizada y seguro de salud obligatorio, aunque son independientes entre sí. No es así cuando la dinámica de las mutualidades de salud ha evolucionado gradualmente. En tal caso, un sistema es resultado histórico del otro.

Es evidente que hay formas intermedias entre los dos modelos mencionados de seguro voluntario de salud. El modelo intermedio no sólo es posible, sino que tal vez es deseable. En efecto, conciliaría la transparencia y el potencial de participación del modelo mutualista con la eficiencia del modelo de proveedor o tecnocrático de mayor escala. Puede alcanzarse así una síntesis mejor entre las prioridades de la población y la competencia técnica de los profesionales de la salud, lo que sólo será posible si hay un diálogo continuo entre ambas partes.

Este modelo intermedio parece coherente con la filosofía de la atención primaria de salud formulada por la Organización Mundial de la Salud en Alma Ata (OMS 1978). La filosofía de la atención primaria de salud aboga por la participación del consumidor en el proceso de gestión del sistema de salud, así como por una accesibilidad óptima a los servicios de salud.

Dr. Bart Criel, Departamento de Salud Pública, Instituto de Medicina Tropical, Nationalestraat 155, B-2000 Amberes, Bélgica
Tel: +32 32476293 Fax: +32 32476258
Correo-e: bcriel@itg.be



Hospitalización: ¿Un privilegio de los ricos?

LA COLABORACIÓN ENTRE GOBIERNOS, ONG Y ORGANIZACIONES INTERNACIONALES ES ESENCIAL

Los planes comunitarios de seguros, sobre todo para las poblaciones del sector no estructurado, pueden tener gran importancia en los países con débiles perspectivas de crecimiento y una creciente fuerza laboral no estructurada. El Dr. Christoph Benn examina la situación en el África subsahariana y analiza algunos de los problemas, tales como la manera de organizar servicios de salud accesibles y de buena calidad utilizando recursos no gubernamentales junto con el apoyo del Gobierno, de manera transparente y responsable.

Introducción

En muchos países del África subsahariana, el funcionamiento, la gestión y la viabilidad financiera de los servicios de salud atraviesan una grave crisis. Los principales responsables de tales servicios son los gobiernos, las instituciones de beneficencia (sobre todo las instituciones que dependen de las iglesias) y, en menor grado, las organizaciones privadas o lucrativas.

La distribución de los servicios varía de un país a otro, pero en países como Kenya, Uganda y Tanzania, las iglesias aportan entre el 30 y el 45 por ciento del número total de hospitales y de camas de hospital.

Los gobiernos desempeñan una función, por un lado, como proveedores directos de servicios y, por otro lado, como fuentes de financiación, ya que subvencionan centros de salud de instituciones de beneficencia. Tales instituciones reciben apoyo financiero de diversas fuentes: impuestos, cuotas directas de los pacientes y donaciones de instituciones internacionales. Este modelo está resultando cada vez más insuficiente, ya que los ingresos en concepto de impuestos son bajos en los países pobres y no se utilizan con mucha eficiencia. El pago de cuotas por los pacientes pobres es limitado y discrimina a los sectores más pobres de la sociedad. Al disminuir las donaciones internacionales, es necesario buscar nuevas formas de financiación de la atención de salud.

El concepto de seguro de salud comunitario

Una alternativa atractiva parece ser el modelo de seguro de salud comunitario. Se basa en el reparto del riesgo y la puesta en común de los recursos, y ha



FAO/IE. Contil

funcionado bastante bien en muchos países industrializados. Recientemente se han iniciado varios proyectos experimentales en el África subsahariana, tratando de hacer realidad esta idea.

Muchas organizaciones internacionales como la OMS, la OIT y el Banco Mundial se han interesado por este planteamiento. Se han evaluado varios planes en vigor, para aprender de la experiencia.

Las enseñanzas que se deducen del seguro de salud comunitario son las siguientes:

- ☞ Los planes de seguro necesitan una política gubernamental clara y un marco jurídico.
- ☞ El marco tiene que adaptarse a la situación local y nacional.

Los programas de inmunización son un buen ejemplo de colaboración entre gobiernos, ONG y organizaciones internacionales

El pago de cuotas por los pacientes pobres es limitado y discrimina a los sectores más pobres de la sociedad

Básicamente, tenemos que distinguir entre seguro de salud para el sector estructurado y seguro de salud para el sector no estructurado

- ☞ Los proyectos experimentales pueden ayudar a desarrollar una política nacional de seguro de salud.
- ☞ Los planes de seguro no pueden sustituir un sistema nacional de salud; sólo pueden aportar una contribución.
- ☞ La introducción del seguro de salud podría tener efectos negativos para las personas que por diversas razones no puedan adherirse a ninguno de los planes. Así pues, habría que introducir mecanismos para reducir las desigualdades y asegurar el acceso de los sectores más pobres de las comunidades (cuotas progresivas, políticas de exención y subsidios).
- ☞ En las zonas rurales hay pocas posibilidades de recuperar los costos. Los planes de seguro por sí solos no pueden resolver los problemas financieros.
- ☞ Los planes de seguros deben verse más bien como un instrumento adicional para financiar servicios de salud esenciales.
- ☞ Incluso los planes de seguros bien concebidos y administrados tendrán que ser subvencionados por los gobiernos.
- ☞ Los planes de seguros no son únicamente instrumentos para conseguir fondos adicionales, sino que pueden mejorar el sentido de participación, propiedad y responsabilidad comunitarias.
- ☞ En todo plan comunitario es preferible separar el proveedor del pagador de los servicios de salud, pero ello depende de la disponibilidad de diferentes proveedores, para que el usuario pueda optar entre ellos.



Autor/a anónimo/a

☞ Antes de trazar un plan es preciso entender detalladamente las preferencias, las necesidades, la solvencia, etc. de las personas. Para ello puede recurrirse a estudios de viabilidad.

☞ Es preciso que las comunidades estén bien informadas sobre to-

dos los aspectos de los planes de seguros antes de iniciarlos.

- ☞ Unos planes bien diseñados deben contar con una buena comercialización, que anime a adherirse al mayor número posible de participantes.

Hay muchos planes de seguros de salud diferentes. Básicamente, tenemos que distinguir entre seguro de salud para el sector estructurado y seguro de salud para el sector no estructurado, entre plan basado en el proveedor (en general un hospital) y plan basado en la comunidad, entre planes de pago previo con beneficios directos para el pagador y verdadero riesgo compartido con beneficios sólo para quienes necesitan los servicios.

Ejemplos de planes de seguro relacionados con una ONG

Los dos planes siguientes se sitúan en zonas rurales y sirven principalmente al sector no estructurado de la sociedad. Ambos programas fueron iniciados y administrados por sus respectivos hospitales dependientes de iglesias y no son realmente comunitarios, aunque están estrechamente relacionados con la comunidad: el de Bwamanda a través de su amplio Programa de Atención Primaria de Salud y el de Kisiizi a través de la participación de sociedades funerarias tradicionales.

El Plan de Seguro de Salud de Bwamanda en la República Democrática del Congo (Zaire)

El plan de seguro de Bwamanda se fundó en 1986, siendo por lo tanto uno de los planes africanos con más larga experiencia. Funciona en un distrito noroccidental del Congo con 158.000 habitantes. Hasta 1997, el 61 por ciento de la población estaba inscrito en este plan, lo que equivale a 100.000 personas. El proveedor de servicios de salud es un hospital de misión con 138 camas apoyado por la Iglesia Católica Romana. Dada la situación política actual, no hay apoyo alguno del Gobierno central, pero hay una buena cooperación con la administración del distrito.

Los suscriptores del seguro pagan una cuota anual muy pequeña de sólo 0,50 dólares por persona. No obstante, para reducir el riesgo moral, se han introducido varios componentes:

- ❶ Los suscriptores deben aportar el 20

por ciento de los costos reales.

- Σ Hay un sistema estricto de envío de los pacientes al servicio competente. Sólo los pacientes examinados en uno de los 23 centros de salud y remitidos a un nivel superior tienen derecho a los prestaciones del seguro.

Para reducir el riesgo de selección negativa, se han establecido los siguientes mecanismos:

- ❶ Sólo familias completas pueden afiliarse al plan,
- Σ Se permite la afiliación al plan sólo una vez al año, después de la cosecha.

Con estas precauciones, el plan funciona muy bien, ha facilitado el acceso de la población a unos servicios de salud adecuados y ha ayudado a los proveedores del servicio a sobrevivir incluso en un período de grandes dificultades políticas y económicas.

La Sociedad Hospitalaria de Kisiizi en Uganda

Introducida en Uganda occidental en 1996, se inició con el apoyo del hospital de misión de 200 camas de la Iglesia Anglicana. La comunidad de la zona de Kisiizi había conocido ya un tipo de fondo de solidaridad, la sociedad tradicional Engozi. El fondo, al que contribuía el 96 por ciento de la comunidad, se utilizaba para entierros y otros sucesos imprevistos. Tras su ampliación, cubrió los períodos de enfermedad y dio acceso a los servicios del hospital de Kisiizi. La cuota anual es de unos 3 dólares por persona. Se convino un pago complementario del 25 por ciento. Una sociedad Engozi sólo puede adherirse al plan de salud cuando así lo decidan el 60 por ciento de sus miembros. Actualmente hay 6.000 miembros y el plan contribuye con una cantidad considerable a los costos de funcionamiento de los servicios de salud.

Evidentemente, hay también proyectos que han fracasado o que se encuentran aún en las primeras fases de ejecución. Pero los ejemplos de Bwamanda y Kisiizi indican que es muy posible establecer planes viables de seguro de salud en el África rural.

Cooperación más estrecha entre las ONG y los gobiernos

Los planes de seguro de salud están concebidos como instrumento adicional

para facilitar el acceso a un buen servicio de atención sanitaria. En muchos países del África oriental hay ya una buena cooperación entre los gobiernos y las ONG, y hay varias razones por las que se requiere este tipo de cooperación para iniciar planes de seguro que funcionen bien.



FAO/R. Faidutti

Tanto los gobiernos como las ONG desempeñan un papel indispensable a este respecto.

Las ONG pueden:

- ✓ Identificar comunidades para proyectos experimentales.
- ✓ Iniciar estudios de viabilidad con la plena participación de las comunidades.
- ✓ Proporcionar apoyo técnico y formación a las comunidades y a sus representantes que quieran iniciar un nuevo plan.
- ✓ Facilitar el intercambio y la coordinación entre planes existentes.
- ✓ Garantizar el acceso equitativo a los sectores más pobres de una comunidad.

Uganda es un buen ejemplo de este tipo de cooperación. Organismos sin finalidad de lucro se encargan de una parte considerable de los servicios nacionales de salud. Cooperan con el Gobierno en la formulación de políticas sanitarias

La buena salud es un derecho humano



Autor/a anónimo/a

y en la ejecución de programas, incluidos los planes de seguro de salud. El gobierno no está satisfecho de la contribución de las ONG e incluso ha aumentado recientemente sus subvenciones a los centros sanitarios de las instituciones de beneficencia. Se ha constituido la Asociación Ugandesa Financiadora de Servicios Comunitarios de Salud para coordinar todas las actividades nacionales. Actualmente nueve planes forman parte de esta asociación.

Los organismos internacionales tendrán que dar apoyo técnico y financiación inicial. Una vez que el plan sea operacional, los afiliados pagarán sus servicios de atención de salud a las instituciones sanitarias gubernamentales o a las instituciones de beneficencia. Ambas necesitarán ser subvencionadas para cubrir sus gastos de funcionamiento, y el plan tendrá que integrarse en el sistema de salud del distrito y en la política sanitaria nacional. Es obvio que se requiere una estrecha cooperación entre la comunidad, el Gobierno y las ONG. Pero si se consigue esta cooperación, habrá excelentes oportunidades para que toda la población pueda disfrutar de unos servicios de salud de calidad.

Christoph Benn, Instituto Alemán de Misión Médica, Paul-Lechler-Str.24, D-72076, Tübingen, Alemania Tel:++49 7071-206520 Fax: ++497071-206510 Correo-e: benn@difaem.de

Fuente: Presentación en la reunión preparatoria de la Cumbre Social Mundial de las Naciones Unidas, Nueva York, abril de 2000.

“ESTA NO ES UNA EMPRESA LUCRATIVA...”



Stephen Mutyaba, secretario ejecutivo de la Oficina Médica Protestante de Uganda, es conocido y respetado como investigador y por su dedicación a la financiación de la sanidad mediante el seguro de salud comunitario (SSC). En una entrevista con **Reena Mathai-Luke** en Tübingen, aboga por el SSC pero, lejos del apasionamiento de la mayoría, Stephen considera la iniciativa con ojo crítico y racionalmente.

Contact: Aunque a todos nos guste la idea del seguro de salud comunitario, ¿considera usted realmente que es una opción viable para financiar los servicios de salud?

SM: Tras muchos años de experiencia en este campo yo apostaría por este sistema con una condición: que el plan tenga algún apoyo externo, sea del Gobierno o de algunos donantes.

La cuestión es que muchos cometen el error de comparar el seguro de salud comunitario con otros planes comerciales de seguro o de financiación sanitaria. Esto es una equivocación. Tenemos que tener muy claro que el seguro de salud comunitario no pretende ser una empresa lucrativa. Por ello no puede autofinanciarse a menos que tenga algún tipo de apoyo o respaldo financiero. De otro modo, puede resultar una experiencia muy decepcionante.

Contact: Hay en el plan un elemento que lo hace un poco utópico. ¿No le parece?

SM: No estoy seguro de lo que entiende usted por un poco utópico. Pero ciertamente tiene muchos aspectos buenos, porque favorece a los pobres y busca la equidad.

Y como he dicho, partiríamos de una base falsa si lo evaluáramos sólo con criterios económicos.

Contact: Pero, visto que sus fracasos son más frecuentes que sus éxitos, ¿cree usted que los factores geopolíticos desempeñan un papel importante?

SM: Creo en efecto que los factores geopolíticos y sociales condicionan la financiación de la sanidad. Por ejemplo, en Alemania el seguro de salud es una norma aceptada, mientras que en muchos países en desarrollo es todavía un sueño.

Volviendo a las iniciativas comuni-



tarias, es sabido que el plan de Burundi es un éxito. Otro ejemplo es la iniciativa de Bwamanda. No se trata de que haya pocos éxitos y muchos fracasos. Yo diría que hay muy pocas iniciativas y demasiados indecisos.

Contact: ¿Podría usted hacer una lista de las ventajas y las limitaciones del seguro de salud comunitario?

SM: La lista es algo larga, pero vale la pena hacerla. Empezaré con las ventajas. Primero, facilita la participación de la comunidad. Además, promueve la igualdad entre los sexos y da a la mujer un acceso directo y fácil a los centros de salud, aun cuando no sea la que aporta ingresos a la familia.

Las cuotas pueden ajustarse al poder adquisitivo de la comunidad. Las comunidades pueden también establecer un mecanismo de exención. Finalmente, los riesgos de salud son compartidos por sanos y enfermos, lo que de hecho ayuda a promover la solidaridad comunitaria.

Hay también algunas ventajas adicionales. Por ejemplo, algunos donantes a menudo están más dispuestos a apoyar iniciativas de SSC. La comunidad internacional y muchos gobiernos africanos buscan alternativas para financiar la atención de salud y en algunos países las subvenciones de los gobiernos a las ONG de las iglesias pueden utilizarse para las exenciones del SSC.

En cuanto a las limitaciones, se resumen en que el plan de SSC no incluye a toda la población. Las comunidades rurales tienen poca capacidad para pagar las cuotas puntualmente, lo que se agrava por el carácter imprevisible de los ingresos en la agricultura de subsistencia.

El programa se limita a la atención primaria de salud y requiere el respaldo de buenos servicios hospitalarios. Además no puede pasar de ser simplemente "curativo", a causa del analfabetismo y de la reticencia de la clientela a la atención primaria de salud.

Otro aspecto importante es que hay pocos modelos exitosos de los que se pueda aprender. Además, problemas como la contabilidad irregular o las malversa-

ciones agravan la situación. Y el último y no menor punto negativo es el error de que el SSC debería ser comercialmente viable.

Contact: ¿Cuál es el factor que usted considera más importante para defender el sistema?

SM: Creo que es una excelente plataforma para la participación de la comunidad y la equidad entre sexos. Además de atender a las necesidades de salud de los pobres, hace que se sientan a gusto.

Contact: ¿Ve usted un papel claro de la iglesia en esto?

SM: Creo que la iglesia está en una posición ideal para dirigir este plan. La iglesia como ONG tiene excelentes credenciales y una buena proyección. Su implantación geográfica en zonas desatendidas, su flexibilidad en los planos de gestión y programación, su personal abnegado, su capacidad para movilizar recursos y su experiencia en proyectos financiados con cuotas de usuarios, hacen que tenga ventaja sobre los gobiernos. Además, como la comunidad se reúne cada domingo, la iglesia tiene la oportunidad de movilizar las iniciativas sin demasiado esfuerzo.

Contact: ¿Es usted optimista sobre el futuro del SSC como norma más bien que como excepción?

SM: Creo que no es para mañana. Pero estoy seguro de que, con un empujón, cobrará tanta fuerza como el movimiento contra la trata de esclavos.

Los gobiernos pronto comprenderán que para proteger la salud de sus ciudadanos es preciso apoyar a los pobres y ayudarlos a encontrar opciones a largo plazo que faciliten su acceso a la atención básica de salud.

Stephen Mutyaba, secretario ejecutivo, Oficina Médica Protestante de Uganda, Box 4127, Kampala, Uganda. Correo-e: upmb@africaonline.co.ug



Hay muy pocas iniciativas y demasiados indecisos.

Una excelente plataforma para la participación de la comunidad y la equidad entre los sexos

PARA MUJERES, DE MUJERES Y POR LAS MUJERES...

LA EXPERIENCIA SEWA

La Asociación de Trabajadoras Autónomas ("Self-Employed Women's Association" – SEWA) en Ahmedabad (Gujarat, India) reúne a más de 153.000 trabajadoras pobres autónomas. Registrada como sindicato en 1974, inició un plan de seguro comunitario en 1992. Sus miembros son principalmente trabajadoras sin un salario fijo. Adscrita a los valores gandhianos, ha evolucionado hasta hacerse una organización y un movimiento. Goza de gran prestigio por su labor pionera en favor de los desfavorecidos, y el secreto de su éxito es su visión global de la potenciación de la comunidad. El seguro de salud es uno de los componentes

– Informe de **Reena Mathai-Luke**

CMAI

Misión

El **Seguro SEWA** brinda protección social al sector económicamente débil y explotado de las mujeres trabajadoras. Anima a las mujeres pobres a afiliarse, para protegerse contra riesgos diversos mediante una organización de seguro en la que ellas mismas son usuarias, propietarias y administradoras de todos los servicios.

Las socias de SEWA son activas desde un punto de vista económico y aportan una importante contribución a la economía nacional. Sin embargo, no se reconoce su trabajo. Son pobres, explotadas, analfabetas y difícilmente pueden reclamar protección jurídica. SEWA se propone dar los medios a estas mujeres para que aprendan a defender sus derechos.

Potenciación

SEWA tiene tres grandes categorías de trabajadoras autónomas:

- ❖ Pequeñas vendedoras o comerciantes, por ejemplo de legumbres, frutas o pescado.
- ❖ Trabajadoras en su casa como modistas o costureras, tapiceras, tejedoras, recogedoras de papeles, elaboradoras de bidi (cigarrillos locales), etc.

- ❖ Proveedoras de servicios como transportar cargas en la cabeza o en carretas, trabajar en el campo, en salinas, etc.

SEWA funciona principalmente mediante la acción conjunta de sindicatos y cooperativas. Sus campos de actividad económica son un banco enteramente femenino –el banco SEWA–, guarderías infantiles y atención de salud mediante cooperativas de salud, vivienda, asesoramiento jurídico y seguro.

Concientización

La idea de riesgo compartido era prácticamente desconocida para las socias de SEWA hasta 1992. En su lucha por sobrevivir, la idea de compartir el riesgo y apoyarse mutuamente en tiempos de crisis era difícil de comprender.

"Este año no he estado enferma; ¿me devolveréis el dinero?" Este tipo de pregunta era frecuente. Hacía falta tiempo, paciencia, muchos consejos hasta que penetrara el mensaje.

Aprendieron también a guardar cuidadosamente facturas, certificados e impresos que eran documentos esenciales para hacer valer sus derechos.



Principios

El programa de seguro de SEWA se basa en los siguientes principios fundamentales:

- ✓ Ayuda mutua: El plan se destina a las socias de SEWA (y sus familias) y se basa en la ayuda mutua y la solidaridad.
- ✓ Autogestión: El seguro de SEWA funciona como una cooperativa de mujeres y administrada por mujeres.
- ✓ Plan participativo/contributivo: las aseguradas tienen que aportar su prima cada año mediante pagos regulares o estableciendo una cuenta de depósito fijo en el banco SEWA.

Viabilidad financiera

La finalidad de SEWA es asegurar la viabilidad a largo plazo del programa de seguro. Se apoya en principios de seguro atinados y los límites de cobertura son modestos y adecuados en el mercado de SEWA. Los productos del seguro se valoran con un amplio margen para reserva y contingencias. También se han elaborado procedimientos de garantía, y los resultados son comprobados por un asesor actuuario. La gerencia controla mensualmente la relación entre ingresos y gastos y otros indicadores.

Primas

Las primas se fijan anualmente en la fecha de renovación de la póliza (1 de julio). Pueden recaudarse cada año por anticipado, o las socias pueden optar por un Plan de Depósito Fijo.

Hay tres "ofertas paquete" y las socias pueden aplicar los intereses de los depósitos fijos al pago de la prima anual.

Titulares y garantía

Sólo las socias de SEWA y sus maridos tienen derecho a las prestaciones. Los maridos no pueden inscribirse mientras su esposa no sea socia de SEWA. Las prestaciones a los hijos se añaden más tarde. Las mujeres deben tener entre 18 y 58 años para poder hacer la suscripción anual. El seguro de vida termina a los 58 años de edad. Sin embargo, las demás prestaciones siguen en vigor mientras la socia pague la prima y esté afiliada a

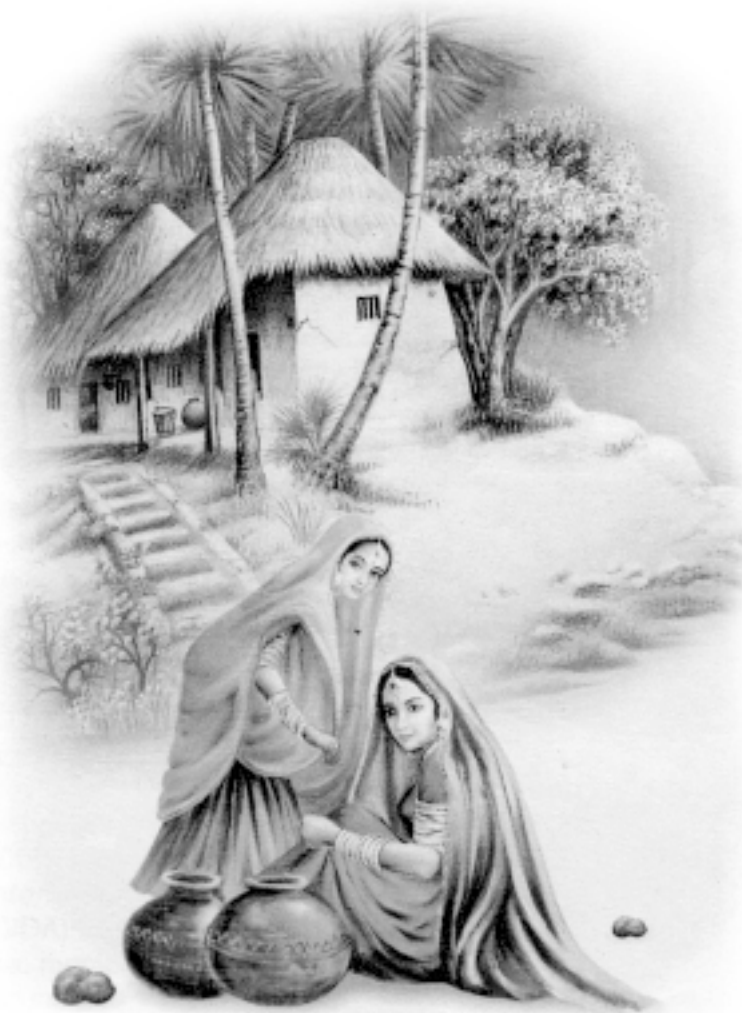
SEWA. La inscripción se hace una vez al año el 1 de julio, pero las socias que hayan optado por el depósito fijo para pagar la prima pueden inscribirse en cualquier momento. Para la hospitalización no hay condiciones previas. Hay un año de espera para las prestaciones de maternidad y para las operaciones de histerectomía y cataratas. Además, se pagan las prestaciones para un solo episodio de enfermedad crónica (p.ej. tuberculosis) que tenga lugar después de la inscripción.

Hospitalización y maternidad

Los gastos de hospitalización se reembolsan a las socias de SEWA, así como los gastos médicos por enfermedad. La prestación de maternidad es una suma fija que se paga tras el parto como ayuda por los gastos extraordinarios y la pérdida de ingresos.

Efectos

Con la ayuda de SEWA, muchas de estas mujeres analfabetas se han dado cuenta ahora del poder que adquieren con



la independencia económica y, lo que es más importante, de lo que vale el apoyo de una comunidad.

Una beneficiaria agradecida del plan de seguro de salud dice: "Normalmente cuando un miembro de la familia está enfermo o tiene que ingresar en el hospital, es una desgracia para todos. Esta vez, cuando me llevaron al hospital con malaria cerebral, mi familia estaba preocupada, pero finalmente no tuvimos apuros de dinero."

Planes para el futuro

Con la introducción del plan de seguro, las trabajadoras han aprendido a hacer planes para el futuro. La prima que ponen de lado cada año da testimonio de que planifican para imprevistos y para cubrir sus riesgos. El 1992, 7.000 mujeres planificaron su futuro mediante el seguro. La cifra se elevó a 20.000 mujeres en 1996 y sigue creciendo.

Cambio de actitudes

Las mujeres prestan menos atención a su propia salud y a su bienestar que a la salud de su marido, sus hijos y otros miembros de la familia.

bros de la familia.

Un efecto positivo de este plan de seguro de salud fue que las mujeres enfermas tuvieron que hacerse hospitalizar ellas mismas para obtener las prestaciones del plan. Muchas que necesitaban ser hospitalizadas se resistían o hubieran aceptado la hospitalización como último recurso. Las condiciones para el reembolso de los gastos médicos exigían la hospitalización, de manera que las mujeres se veían obligadas a cuidarse ellas mismas.

Otro resultado positivo del programa es que las mujeres han superado su inhibición ante las consultas con médicos y el hecho de ir al hospital. Se han establecido así vínculos más estrechos con los médicos locales y con los hospitales municipales, lo que ha reforzado los servicios de consulta para las socias de SEWA, independientemente de que estén o no afiliadas al programa de seguro.

Dificultades

A menudo los hospitales y los médicos locales de las aldeas no son reconocidos por las compañías de seguros, lo que crea dificultades para los asegurados.

El desconocimiento de la documentación necesaria les lleva a presentar documentación e información incompletas, con el consiguiente rechazo de la solicitud por la compañía aseguradora.

Además, la compañía aseguradora ha especificado que los hospitales incluidos en el sistema han de tener un número mínimo de camas y un tipo específico de certificado que ha de incluirse para que sea posible el pago. En las aldeas hay a menudo hospitales pequeños que no reúnen estas condiciones, y por esta razón se rechazan casos que necesitan la prestación del seguro.

Por último, los médicos a veces "timan" a los pobres. En aldeas y poblaciones pequeñas, con frecuencia los "doctores" no tienen estudios ni título. Las compañías de seguro no reconocen el tratamiento, por lo cual el paciente que va al "médico" de buena fe no consigue el reembolso de los gastos.

Self-Employed Women's Association (SEWA)
Reception Centre, Opp. Victoria Garden, Bhadra,
Ahmedabad 380001, India. Tel: 91-5506444, 5506477
Fax: 91-79-5506446 Correo-e: mail@sewa.org



Robb Kendrick/Aurora

SOLIDARIDAD Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDA

Filipinas es uno de los pocos países que ha registrado éxitos en la financiación de planes comunitarios de salud. La población de Guimba, Nueva Ecija, por ejemplo, animada por su rica experiencia en la gestión de la salud pública, inició el *Lunas Damayan Health Project*, proyecto de seguro social de salud administrado por la comunidad. **Dennis B. Batangan** explica en qué consiste este proyecto de cooperativa diversificada de servicios de salud.



Salud para todos

Introducción

El **Lunas Damayan Health Project** fue establecido en 1996 por la *People-Managed Health Services and Multi-Purpose Cooperative* (en adelante: la Cooperativa). Su objetivo es crear formas accesibles de financiación de los servicios de salud en las zonas rurales. La Cooperativa hace esto ayudando a las administraciones comunitarias a trazar un plan más centrado en lo social para financiar los servicios de salud en la comunidad. El proyecto piloto de este plan de seguro social de salud es el **Lunas Damayan Project** de Guimba, Nueva Ecija, Filipinas.

Lunas Damayan quiere decir “asistencia mutua para la curación”; la palabra filipina *lunas* significa “curar” o “sanar”, y *damayan* “atención y asistencia mutua”.

El proyecto pretende establecer y mantener un sistema de financiación y prestación de un servicio social de salud para la población rural adoptando las características de un seguro social de salud. Su propósito es hacer accesibles y baratos los servicios de salud para la po-

blación rural. Se pretende también aumentar la participación de los beneficiarios en la gestión de sus servicios de salud y de su financiación. Una de las estrategias clave del proyecto es su adaptación a las prácticas y los planes que ya existen en la comunidad. Y el uso de la expresión local *lunas damayan* ha ayudado a que la gente comprenda el concepto y la metodología del proyecto.

Grupos de apoyo

Los elementos técnicos del **Lunas Damayan Health Project** fueron un aporte del *Social Health Insurance Networking and Empowerment Project* (SHINE), un programa de asistencia bilateral del Ministerio de Salud, mientras que los fondos fueron proporcionados, desde septiembre de 1996 hasta septiembre de 2000, por *Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe* (EZE), un organismo alemán de asistencia al desarrollo y, a partir de 2001, el Organismo Canadiense de Desarrollo Internacional (CIDA) ha apoyado la consolidación del *Lunas Damayan Council* que funciona a nivel municipal.

En la actualidad, el proyecto se está integrando en el Programa Nacional de Seguro de Salud, con la asistencia del Ministerio de Reforma Agraria y de la empresa de seguros Philippine Health Insurance Corporation.

Administración

La ejecución del plan comenzó con un acuerdo entre la comunidad y la Cooperativa por el cual se establecía el *Lunas Damayan*. Se procedió después a inscribir a los miembros de la comunidad que deseaban participar, redactar y aprobar las normas internas y determinar sistemas y procedimientos financieros y administrativos, así como los límites máximos de las prestaciones. Los miembros acordaron el importe de la contribución y los tipos de prestaciones que se otorgarían. La organización comunitaria administra sus propios fondos de salud y recauda las contribuciones de los miembros. Administra las operaciones diarias del sistema y negocia con los proveedores de servicios de salud.

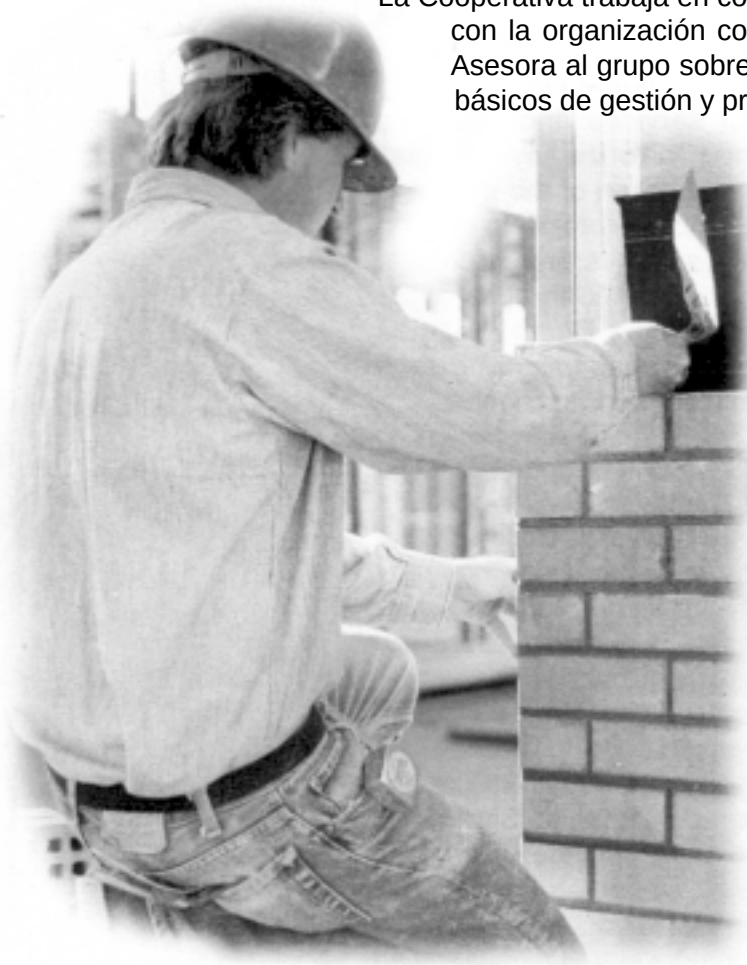
La Cooperativa trabaja en cooperación con la organización comunitaria. Asesora al grupo sobre sistemas básicos de gestión y proporciona

personal experimentado en cuestiones sociales y administrativas. Se explica a los miembros la filosofía y los mecanismos del sistema de financiación y prestación del servicio de salud. Para asegurar la eficiencia del sistema, se da formación al personal sobre materias conexas importantes. La Cooperativa se encarga de orientar debidamente a todos los participantes. Instruye además a la organización comunitaria respecto a medidas para economizar costos, como la salud preventiva y la atención primaria de salud. Inicialmente, también ayudaba a mantener y administrar la red comunitaria de servicios de salud y facilitaba el acceso a éstos de los miembros. Para formalizar estos acuerdos, la cooperativa y la comunidad participante firmaron un memorándum de acuerdo. La comunidad publicó además un manual explicativo para los miembros especificando las prestaciones, la cuantía de las contribuciones y el funcionamiento y los procedimientos del sistema; sobre esta base los miembros deciden afiliarse o no al sistema. Los que lo hacen, firman un acuerdo con la organización comunitaria en el que se detallan los derechos y obligaciones de ambas partes.

Sistemas operacionales

Cuando un miembro cae enfermo y necesita medicación, va directamente al médico del proyecto con su tarjeta de miembro. Comprobada ésta, el médico receta el tratamiento. Si el paciente necesita ser hospitalizado, el médico le entrega una carta de ingreso, con la que se ingresa al paciente en el hospital o la clínica de la Cooperativa. El coordinador del proyecto atiende a las necesidades del paciente. En casos urgentes, el miembro puede ser admitido directamente en el hospital. Tras el tratamiento, se establecen las facturas dentro del límite convenido y se envían a la Cooperativa. Los miembros reciben la correspondiente notificación y se encargan de recaudar las contribuciones.

Dennis B. Batangan, presidente, People-Managed Health Services and Multi-Purpose Cooperative (PMHSMPC), Phil. Research Associate, Institute of Philippine Culture, Ateneo de Manila University, Quezon City, Filipinas. Correo-e: dbatangan@yahoo.com



EL SECRETO DE ESTE ÉXITO

Lunas Danayan funciona con las siguientes características:

Participación popular: El plan requiere la participación de los dirigentes así como la de los miembros de la comunidad, los cuales deciden sobre las principales orientaciones y procedimientos y sobre el límite de las prestaciones y las contribuciones. Utilizan sus propios mecanismos para recaudar las contribuciones de los afiliados.

Viabilidad del plan: Según el plan, el número de participantes es indiferente en lo que concierne a la viabilidad. La organización comunitaria puede ser viable en sí misma, ya que la cantidad que hay que recaudar para cada caso puede cubrirse con la contribución de los miembros.

Sostenibilidad

Las comunidades participantes asumen papeles activos y decisivos en la gestión de la empresa de seguro social de salud en la zona. Sabiendo que el proyecto es suyo y funciona para su propio beneficio, todos muestran interés en aprender las normas y los mecanismos de la empresa.

Simplicidad/eficiencia

Como la comunidad copartícipe ya existe en cuanto organización, los miembros están vinculados a ella. Se conocen entre sí. Han participado de antiguo en actividades comunes. Todo lo que tiene que



hacer la cooperativa es introducir el concepto de plan de seguro social de salud y establecer sistemas de gestión de salud, orientar a los miembros sobre los aspectos importantes del plan e instruirlos sobre los requisitos administrativos del servicio de salud y los sistemas financieros.

Aceptabilidad social

Para los miembros de las comunidades participantes, el sistema no es difícil de entender y aceptar. En efecto, se trata de una práctica corriente en la comunidad. Lo usual, por ejemplo, en los programas de ayuda funeraria, es que cuando un miembro fallece su familia reciba automática e inmediatamente una cantidad fija y predeterminada del fondo funerario. Los miembros contribuyen entonces con una cierta cantidad para reponer el fondo.

continuación de la pág 5...

FINANCIACIÓN DE LA SALUD POR EL PUEBLO

Sostenibilidad

Conviene aclarar lo que se entiende por sostenibilidad:

La sostenibilidad financiera no suele ser posible, pero como iniciativa comunitaria es viable, siempre que el plan de seguro se inscriba en el marco de otros esfuerzos de capacitación de la comunidad de los que sea complemento.

Problemas

Los problemas inherentes a estos planes son el bajo número de afiliados y la limitada capacidad para

proteger los intereses de los más pobres, en lo que se refiere al acceso y a la financiación. Estos sistemas se basan además en la demanda local de servicios, y no en las necesidades como las perciben los profesionales.

Por último, a menos que se garantice la calidad de la atención de salud, habrá pocos afiliados al seguro de salud comunitario.

Conclusiones

El seguro gana hoy popularidad. Gobiernos, compañías y proveedores hablan de seguros. Lamentablemente, no todas las ofertas corrientes de seguros son beneficiosas

para los usuarios ni éstos las han considerado aceptables. Menos todavía para los pobres, que quedan aún más marginados. En este contexto, los planes comunitarios de seguro ofrecen a los pobres una oportunidad para aligerar la carga abrumadora de la atención de salud.

El Dr. N Devadasan tiene una larga experiencia en la aplicación de un SSC. Actualmente trabaja para la OMS en India. Dirección: WHO, Nirman Bhavan, New Delhi 110001, Tel: +91 11 301 8955 Correo-e: devadasann@whoindia.org

Advertencia: Las opiniones aquí expresadas son las del autor y no reflejan necesariamente la posición de la OMS sobre la cuestión.

RAHA—EL BUEN CAMINO

En 1969 la Iglesia Católica fundó la Raigarh-Ambikapur Health Association (RAHA), para tratar de estimular a la población tribal local, normalmente reticente, a cuidar de su salud. Durante casi 18 años la RAHA no tuvo una estructura formal, hasta que el padre Charles Van Besouw le dio una nueva orientación registrándola como sociedad. Hoy es en todos los aspectos un movimiento popular que cubre actualmente cuatro grandes distritos con un total de cuatro millones de habitantes.

Sor Elizabeth informa:

Introducción

La RAHA está escondida en el remoto cinturón oriental de la montañosa meseta central de la India. Esta región, habitada principalmente por tribus, ha sido atendida tradicionalmente por la diócesis católica de Raigarh y Ambikapur. Las tribus — Oraon, Kwar, Gonds y Kural— constituyen el 52 por ciento de la población total y viven en aldeas apartadas y aisladas. Son gentes pacíficas que disfrutan de la vida bailando y cantando. Viven en casas de barro cubiertas con tejas de fabricación local. Las mujeres ocupan un lugar digno en la sociedad y se mueven con libertad. Trabajan en los campos y los bosques junto con los hombres.

Esta región tiene muy pocas escuelas y centros primarios de salud del gobierno. El acceso a un hospital o a una escuela es una odisea para estas tribus, ya que no sólo hay pocos sino que se encuentran lejos de sus hogares.

La gente confía más, por consiguiente, en su médico de aldea, un herbolario con algunos conocimientos respetables sobre las propiedades curativas de raíces y hojas, pero que en situaciones de peli-

gro o urgencia grave poco puede ayudar, pues no dispone de los remedios que tienen un efecto rápido.

En este escenario apareció la RAHA para llenar el vacío. La zona del proyecto se ha extendido y cubre ahora cuatro distritos en 41 bloques que comprenden 2.000 aldeas.

Plan de seguro médico

Los 85 centros rurales de salud existentes prestan servicios tanto curativos como preventivos en las zonas rurales. Pero, por el bajo nivel económico de la gente y el gasto adicional que supone llegar a estos centros, la mayoría de estas poblaciones tribales no se acercan a tales centros. En estas circunstancias, la RAHA, que estaba ya trabajando para estas poblaciones tribales, tuvo la idea de organizar un plan de seguro médico para pagar la atención médica a los más necesitados.

Objetivos del plan:

- ❖ Subvencionar la atención médica a los miembros a nivel primario, secundario y terciario.
- ❖ Estimular la participación popular en los servicios de atención de salud.

- ❖ Estimular la disponibilidad para la ayuda en la comunidad contribuyendo a la atención médica de sus miembros mediante cuotas pagadas por los afiliados.
- ❖ Reducir la explotación por parte de los prestamistas.
- ❖ Hacer que los servicios médicos estén disponibles en la propia aldea.

Las cuotas de los afiliados

Toda persona que desee afiliarse al plan deberá pagar anualmente una cuota **en especie o en efectivo** equivalente a dos kilos de arroz. El plan está abierto a los nuevos miembros entre octubre y enero (época de la cosecha). Las prestaciones están disponibles desde abril hasta marzo del año siguiente. La afiliación es válida por un año y ha de renovarse anualmente (independientemente del sexo, la edad, la casta, los títulos o la religión). Los estudiantes pueden afiliarse en junio y julio de cada año.

Condiciones de afiliación:

- ☞ No puede ser admitida una persona que padezca enfermedad crónica o sufra crisis no naturales (p.ej. intentos de suicidio) en el momento de solicitar la admisión.
- ☞ Para ser atendido en el centro rural de salud, el paciente necesita acudir primero al agente sanitario voluntario de la aldea o la zona.
- ☞ En caso de urgencia o ausencia del agente sanitario, el paciente puede acudir directamente al centro rural de salud.
- ☞ En el centro rural de salud es el enfermero o la enfermera responsable quien decide el tratamiento y la medicación.

Prestaciones

a) A nivel de aldea: El agente sanitario se ocupa de las dolencias menores y da tratamiento gratuito. A este nivel no se prescriben jarabes, antibióticos ni inyecciones. Para las dolencias menores, el primer tratamiento se basa en hierbas o remedios caseros.

b) Como pacientes externos en el centro rural de salud:

Modalidades de contribución de los pacientes a los costos de los servicios de hospital:

Distancia al Hospital	Contribución del paciente	Contribución de estudiante
Hasta 25km	250 rupias	50 rupias
Hasta 50km	200 rupias	50 rupias
Hasta 75km	150 rupias	50 rupias
Más de 75km	100 rupias	50 rupias

Normalmente, los pacientes afiliados al plan de seguro médico serán admitidos en la sala general del hospital.

El afiliado puede recibir las siguientes prestaciones: consulta gratuita, medicinas gratuitas hasta 100 rupias anuales.

En el centro rural de salud, el paciente que necesite jarabe o inyecciones tendrá que pagar su costo.

c) Como pacientes hospitalizados:

Consulta gratuita y reducción del 50 por ciento sobre la factura total. Además una mujer embarazada que esté afiliada, si es admitida en el centro rural de salud, tendrá que contribuir con sólo 50 rupias a los gastos de asistencia al parto.

d) A nivel del hospital:

Se aplica una reducción de 1.250 rupias sobre el total del tratamiento por año.

Organización

La RAHA no tiene una estructura organizativa rígida. La directora ejecutiva trabaja con los coordinadores de Salud y Desarrollo de las comarcas de Kunkuri, Ambikapur y Rajgarh, ayudada por un nutrido equipo de enfermeras de diferentes congregaciones. A nivel de base, forman parte del equipo agentes sanitarios de aldea, comadronas tradicionales y asesores sanitarios escolares.

La RAHA es un movimiento popular, sin burocracia ni jerarquía rígidas. Cree más bien en el trabajo en equipo, la participación popular, el liderazgo democrático y adaptado a la situación. Al promover la participación popular, facilita la formación de dirigentes locales, moviliza los recursos locales y asegura la viabilidad del programa.

Sor Elizabeth, directora ejecutiva, Raigarh Ambikapur Health Association (RAHA), Bit Chowk, PO Pathalgaoon-496 118, Dt. Jashpur Chattisgarh, Mp, India



Autoría anónima

*Un estudio realizado por **Christian Connections for International Health** y la **Ecumenical Pharmaceutical Network** ilumina algunas de las zonas de sombra del Fondo Mundial – Pasajes del estudio*

Antecedentes

El Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, recientemente establecido con el fuerte apoyo del Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, es un intento de ampliar los recursos de que disponen los gobiernos, los organismos nacionales y las organizaciones comunitarias para hacer frente a las principales infecciones causantes de mortalidad

los MCP promuevan alianzas entre los ministerios, las ONG, el sector privado y las instituciones multilaterales..

Como en la lucha contra esas enfermedades han contribuido considerablemente organizaciones cristianas y de otras religiones, creemos que la actividad del Fondo y los países que presentan propuestas de financiación deben ser también objeto de la atención de tales organizaciones. Con este fin,

Respondieron organizaciones de 54 países, de las cuales 139 de África, 22 de Asia, cuatro de América Latina, tres de Europa, cuatro de América del Sur y una de América del Norte. Todas tenían algún tipo de afiliación religiosa.

La encuesta reveló también que las organizaciones religiosas parecen desconocer en general el Fondo Mundial y los MCP. Muchas de esas organizaciones están además descontentas respecto de la información recibida sobre el proceso de los MCP.

El 50 por ciento de las respuestas señalaba la necesidad de más consultas con una base más amplia. El 45 por ciento deseaba más información del Gobierno; el 31 por ciento creía que debería darse más tiempo para reunir los datos; el 40 por ciento buscaba más preparación para redactar mejores propuestas; y el 27 por ciento quería mejores orientaciones sobre las propuestas.

Los resultados de la encuesta muestran que:

RESPUESTA de las ORGANIZACIONES

en los países en desarrollo: SIDA, tuberculosis y malaria. Se pretende que el Fondo Mundial consiga la participación de todos los principales interesados en el problema. La Junta del Fondo Mundial ha recomendado que se establezca en cada país un Mecanismo de Coordinación de País (MCP) como estructura por medio de la cual se presenten propuestas. Se trata evidentemente de que

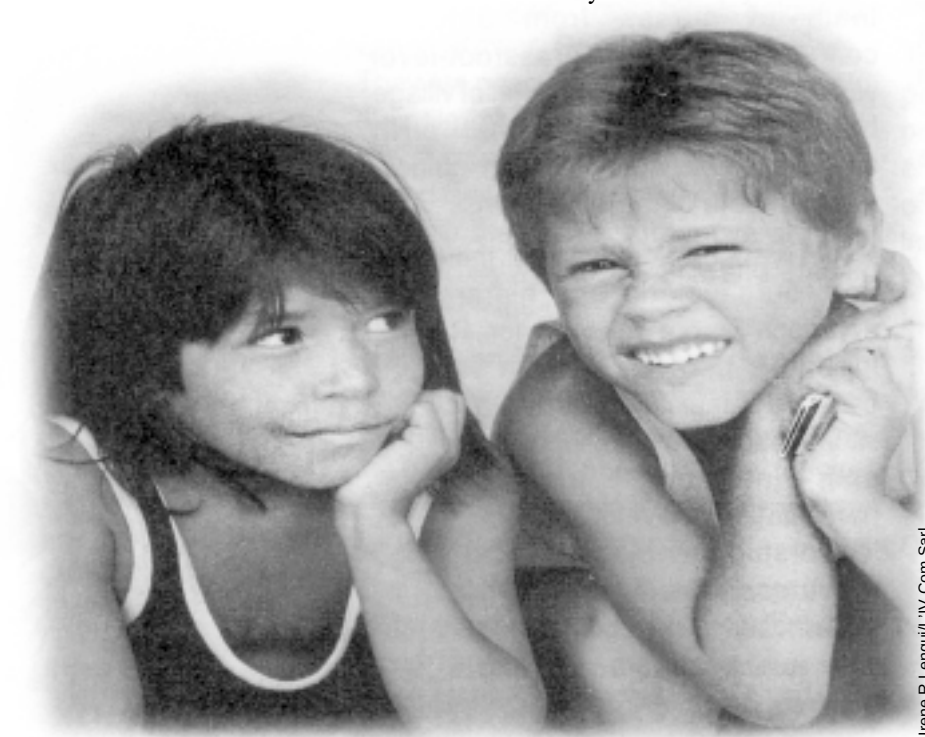
RELIGIOSAS al FONDO MUNDIAL

Christian Connections for International Health (www.ccih.org) y la *Ecumenical Pharmaceutical Network* enviaron una encuesta a varios cientos de organizaciones religiosas que reunían las condiciones para solicitar ayuda financiera.

- las organizaciones religiosas desconocen en general el Fondo Mundial
- las organizaciones religiosas que tienen conocimiento del Fondo Mundial no están satisfechas, en general, en relación con sus posibilidades de participación en los Mecanismos de Coordinación de País (MCP)
- hay diferencias en las actitudes de los gobiernos frente a las organizaciones religiosas
- las organizaciones religiosas tienen mucho interés en trabajar con los respectivos MCP y con el Fondo Mundial.

Pueden verse más detalles en el sitio web: www.cci.org.

El Dr Christoph Benn, miembro de la Junta del Fondo Mundial, agradecerá cualesquiera comentarios u observaciones. Correo-e: been@difaem.de



Irene R Lengua/IV Com Sari

“PREPARADOS PARA EL FUTURO”

GENESIS 41:33-36

Toda insistencia es poca sobre la importancia de planificar el futuro. No llovía cuando Noé construyó el arca. El Dr. Christoph Benn discurre sobre este tema con referencia a la Biblia.

La vida es variable. A veces nos sentimos contentos y felices, a veces estamos alicaídos y deprimidos. Hay momentos de nuestra vida en que estamos fuertes y sanos, y todos nosotros pasamos por épocas de debilidad y mala salud. A veces nos sentimos cercanos a Dios y espiritualmente enriquecidos, y a veces experimentamos la soledad y el abandono. Esta experiencia es común para todos los seres humanos, en todas las culturas y todos los lugares. Las preguntas que debemos plantearnos son las siguientes: ¿qué hacemos para prepararnos para tiempos más difíciles? ¿Podemos valernos de experiencias estimulantes, de tiempos de abundancia, para alimentarnos, para constituir una reserva para tiempos de escasez y penuria?

La sabiduría de José

Hay un ejemplo muy alentador en las Sagradas Escrituras que nos habla de experiencias similares. En la conocida historia de José, se nos cuenta que sufrió todo tipo de calamidades. Fue maltratado por sus hermanos, vendido como esclavo, llevado a un país extranjero y encerrado en prisión sin culpa. Pero Dios había de utilizarlo de un modo especial y le dio el don de interpretar los sueños.

Dijo José al Faraón

“Es necesario que el Faraón se provea de un hombre prudente y sabio, y que lo ponga sobre la tierra de Egipto. Haga esto el Faraón: ponga gobernadores sobre el país, que recojan la quinta parte de las cosechas de Egipto en los siete años de la abundancia. Junten toda la provisión de estos buenos años que vienen, recojan el trigo bajo la mano del Faraón para mantenimiento de las ciudades y guárdenlo. Y esté aquella provisión en depósito para el país, para los siete años de hambre que habrá en la tierra de Egipto; y el país no perecerá de hambre.”

José ayudó al Faraón a prepararse para el futuro, a hacer planes y a utilizar la abundancia de los años fecundos para el tiempo de escasez que ciertamente vendría. Una idea similar está en la base de todo tipo de seguro. Contribuimos a un plan de seguro en tiempos de salud, cuando hay recursos disponibles, para poder beneficiarnos en tiempos de enfermedad. Es bueno prepararse para ello con antelación para no ser sorprendidos en situación desesperada. Además, es bueno que muchas personas pongan sus recursos en común, para que todos se beneficien. José no pidió a cada familia egipcia que pusiera de lado algo en su propio granero. Pidió a todo el país, ricos o pobres, funcionarios o agricultores, que pusieran en común sus recursos en grandes almacenes para que cada cual tuviera una parte cuando la situación se hiciera difícil. Esta clase de cooperación es no sólo un acto de prudencia, sino también de solidaridad y apoyo mutuo.

Tomemos ejemplo

Todo el relato constituye una lectura muy valiosa por cuanto nos enseña cómo el plan funcionó: no sólo los egipcios se libraron del hambre, sino que incluso los pueblos de países vecinos acudieron para beneficiarse de la sabiduría que Dios otorgó a José, incluida su propia familia que se trasladó desde Israel.

Dios nos concede recursos de diferentes tipos: recursos materiales, así como naturales y espirituales. Debemos utilizarlos prudentemente considerando las necesidades inmediatas y el futuro, y teniendo en cuenta tanto nuestros allegados más cercanos como la comunidad más amplia. Tal es la bendición que recibimos de Dios, y la lección es tan válida hoy como lo fue en el tiempo de José en la tierra extraña de Egipto.

INFORMACIÓN SOBRE SEGUROS COMUNITARIOS ESTUDIOS TEÓRICOS:

Estudios teóricos:

1. Dror D 1999. **Micro- seguro: extendiendo los seguros de salud hacia l@s excluidos.**
2. Brown W 2000. **Provisonamiento de Seguro en Comunidades de bajo Ingreso - II Parte.** Lecciones iniciales de Experimentos de Micro-Seguros para el Pobre.
3. Ziemek S 2000. **Marcos de Seguros Mutuos y Protección Social.**
4. Criel B. 2000. **Sistemas de Seguros de Salud Local en Países en Vías de Desarrollo:** un documento de investigación de políticas.
5. Ekman B 2001. **Programas de Seguros de Salud Comunitarios en Países en Vías de Desarrollo:** Teoría y Experiencias Empíricas.
6. Hsiao W C 2001. **(Necesidades no cubiertas de 2 mil millones: la comunidad financia una solución?).**

Estudios comparados en gran escala (5 temas)

1. Dave P 1991. **Comunidad y auto-financiamiento en programas voluntarios en India.**
2. McPake B 1993. **Financiamiento Comunitario en Atención en Salud en África:** Una evaluación de la Iniciativa Bamako
3. Gilson L 1997. **Las lecciones de los derechos de usuarios en África.**
4. Atim C 1998. **Contribución Mutua a Organizaciones de Salud para el Financiamiento, Entrega y Acceso a la Atención en Salud. Síntesis de una Investigación en Nueve Países de África Occidental y Central.**
5. Bennett S 1998. **Programas de Seguros e Salud para Personas fuera del Sector Formal de Empleo**
6. Musau S N 1999. **Seguros de salud comunitarios:** Experiencias y lecciones aprendidas del este y sur de África
7. CLAISS. 1999. **Síntesis de Micro-seguros y otras formas de extender la protección social en salud en América Latina y el Caribe.**
8. Narula I S 2000. **Mecanismos y Sustentabilidad de Financiamiento Comunitario en Salud:** Un Análisis Comparativo de 10 países asiáticos)

Estudios de casos – AFRICA

1. Arhin D 1994. **Programa de Tarjetas de Seguros de Salud en Burundi:** ¿Una valorización social o un negocio inviable?
2. Diop F P 1994. **Evaluación del Impacto de la Prueba Piloto de los Costos de Recuperación de la Atención Primaria en Salud en Níger.**
3. Arhin D C 1995. **Seguro de Salud Rural:** Una Alternativa Viable para los Costos de los Usuarios.
4. Diop F 1995. **El impacto de los programas alternativos de recuperación de costos tanto en acceso como en equidad en Níger.**
5. Ogunbekun I Adeyi O, Wouters A and Morrow RH. 1996. **Costos y Financiamiento en el mejoramiento de la calidad del servicio de salud maternal a través de la Iniciativa Bamako en Nigeria**
6. Roenen C 1997. **TEI Programa Kanage de Financiamiento Comunitario:** ¿Qué podemos aprender del fracaso?
7. Soucat A 1997. **Comportamiento en busca de salud y gastos domésticos en Benin y Guinea:** La implicancia de la equidad de la Iniciativa Bamako
8. Soucat A 1997. **Compartiendo costos locales en los Sistemas de las Iniciativas Bamako en Benin y Guinea asegurando la viabilidad de la atención primaria en salud**
9. Atim C 1999. **Movimientos sociales y seguros de salud:** una evaluación crítica de los programas de seguros sin fines de lucro, voluntarios con estudios de caso de Gana y Camerón
10. Criel Bart 1999. **El Programa de Seguro del hospital Buamanda:** ¿efectivo para quién? Un estudio de su impacto en los patrones de hospitalización
11. Atim C 2000. **Una evaluación externa del Programa de Financiamiento del Seguros de Salud de la Comunidad de Nkoranza, Gana**
12. Jütting J 2000. **¿Permiten los programas de mutuales de seguros de salud mejorar el acceso a la atención en salud?** Resultados preliminares de una encuesta de hogar rural en Senegal
13. Schneider P 2000. **Desarrollo e Implementación de Programas de Prepago en Ruanda.**
14. Gilson L 2000. **Los Impactos en Equidad de las Actividades de Financiamiento comunitario en tres países africanos.**
15. Okumara J 2001. **El Impacto del modelo Bamako en el fondo rotativo para drogas en el uso de drogas en Vietnam.**

Estudios de casos – ASIA

1. Hsiao W C 1995. **El Sistema de Salud Chino:** Lecciones para otras naciones.
2. Ron A 1996. **Un programa de salud en comunitario en Filipinas:** una extensión de un proyecto integrado comunitario de base.

3. Liu Y 1996. *¿Es factible y necesario el financiamiento comunitario para la China rural?*
4. Supakankunti, S. 1997. *Expectativas Futuras para el Seguro de Salud Voluntario en Tailandia.*
5. Supakankunti S. 1998. *Análisis Comparativo de Varios Programas de Costos Compartidos en Myanmar (Birmania)*
6. Carrin G 1999. *Reforma del Sistema Cooperativo del Sistema Médico Rural en la República Popular China: experiencia interina en 14 países pilotos.*
7. Desmet A 1999. *El potencial de la movilización social en Bangladesh: la organización y funcionamiento de dos programas de seguros social en Bangladesh.*
8. Chen N 2000. *Estudio y Experiencia de un Sistema Médico de Cooperativa de riesgo en China: Experiencia en Weifang Provincia de Shandong.*
9. Gumber A 2000. *Seguro de salud para el sector informal: Estudio de caso de Gujarat*
10. Xing-yuan G 2000. *Estudio sobre el Financiamiento en Salud en la China Rural.*
11. Preker A 2001. *Informe Misión Filipinas.*

Estudios de casos - AMERICA LATINA Y EL CARIBE

1. Toonen J 1995. *Financiamiento Comunitario para la Atención en Salud.* Un estudio de caso de Bolivia
2. DeRoeck D 1996. *Servicios de Salud Rural en las dependencias de la Seguridad Social Campesino: Análisis de la Infraestructura y Encuestas de Hogar*
3. Fiedler J L . 1999. *Una valorización de los Fondos Comunitarios para Medicamentos de Holanda*
4. Fiedler J L 2000. *Financiamiento de la Atención en Salud a Nivel Local: Los Fondos Comunitarios para Medicamentos de Honduras.*

Estudios de casos - REGIONES DIVERSAS

1. Ron A 1999. *Las ONGs en los programas de seguros de salud: ejemplos de Guatemala y Filipinas.*

PUBLICACIONES DEL CMI

Where Needs Meet Rights (Donde las necesidades coinciden con los derechos): Este libro en rústica de Bas de Gaay Fortman y Berman Klein Goldewijk considera los derechos económicos, sociales y culturales de los pueblos del mundo desde una nueva perspectiva. Cuando pobreza, violencia y mundialización confluyen para privar a la

gran mayoría de la población de sus derechos humanos fundamentales, este libro proyecta luz sobre algunos planteamientos creativos nuevos sostenidos por convicciones religiosas.

ISBN: 2-8254-1319-4, en rústica, 160pp.
Precio: CHF 15,00; USD 9,95; GBP 6,50.
Colección "Risk book"

Consejo Mundial de Iglesias
P.O.Box 2100,
1211 Ginebra 2
Suiza
Tel: 41 22 791 6111
Fax: 41 22 791 0361
Correo-e: publications@wcc-coe.org

PUBLICACIONES DE LA OMS

Equity and Health: Views from the Pan American Sanitary Bureau (Equidad y salud: opiniones de la Oficina Sanitaria Panamericana). El concepto de equidad se ha impuesto como principio primario para el trabajo de la Oficina Sanitaria Panamericana. Esta oficina ha reunido información y ha analizado las cuestiones relativas a las disparidades en materia de salud en América,

especialmente en conexión con los factores socioeconómicos. Los autores han intentado explicar cómo la equidad (o la falta de equidad) influye sobre la salud y otros factores.

PAHO, 2001, 169pp (E.S.P.) ISBN: 9275 122881. Precio: CHF 44; USD 22; En países en desarrollo CHF 30,80. Nº de pedido 1630008

Organización Mundial de la Salud
1211 Ginebra 27
Suiza
Fax: 41 22 791 4167
Correo-e: austinm@who.ch

OTRAS PUBLICACIONES

God, Faith and the New Millenium (Dios, fe y el nuevo milenio)
En este libro, Keith Ward discurre sobre una interpretación nueva y positiva de la vida en

armonía con la fe cristiana y la ciencia. Se plantea preguntas como "¿Supone un suicidio intelectual el ser cristiano en la edad científica moderna?"
CHF 27.-, 218 pp

Publicado por **Oneworld Publications**
185 Banbury Road
Oxford-OX-27AR
Inglaterra
Fax: 018165310598
Correo-e: info@oneworld-publication.com

ANUNCIOS

Asamblea Mundial de la Salud 2002 (AMS) 13-17 de mayo, Ginebra

Este acontecimiento despierta mucho interés. El "Foro de las ONG para la salud", con ocasión de la AMS, incluirá un simposio sobre "Acción conjunta por la salud".

XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA. Barcelona, España, 7-12 de julio de 2002: La conferencia será una plataforma para ponerse al día sobre el VIH/SIDA. Para más detalles, contactar con **ONUSIDA**.

Christian Connections for International Health (CCIH) Retreat (Retiro sobre conexiones cristianas para la salud internacional), **26-28 de mayo, Washington DC:**

El tema es "El profesional cristiano de la salud ante la crisis actual de la salud". Véanse más detalles en www.ccih.org

Working together – Networking a Pan-African HIV/AIDS Christian Response (Red de colaboración panafricana para una respuesta cristiana al VIH/SIDA), **21 a 24 de junio, Gaboronre, Botswana:** Conferencia organizada por el Botswana Christian Aids Intervention Programme (BOCAIP), abierta a los cristianos de toda África. Una buena oportunidad para la participación y los contactos entre cuantos trabajan en la lucha contra el VIH/SIDA y la apoyan. Contacto: Katrin Taylor. Correo-e: Taylor@botsnet.bw

CARTAS



Queridos lectores y lectoras:

Gracias por interesarse por *Contact*. Aunque recibimos muchas cartas de nuestros lectores que comentan positivamente su contenido, presentación, etc., quisiéramos animarles a que actualicen nuestra información comunicándonos experiencias locales y artículos breves sobre los siguientes temas:

- | | |
|-------|---|
| ☞ 175 | Rehabilitación en el marco de la comunidad |
| ☞ 176 | Huérfanos del SIDA |
| ☞ 177 | Problemas de los ancianos, con especial atención a los que tienen que cuidar de los nietos. |

Aunque no prometemos publicar todos los artículos que recibamos, la respuesta de ustedes nos ayudará a mejorar la revista.

La Redacción

Contact trata diversos aspectos de la participación de las iglesias y las comunidades en el ámbito de la salud y se esfuerza por informar sobre iniciativas actuales, innovadoras y valientes de la promoción de la salud y la curación.

Contact es una publicación trimestral del Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en español, francés, inglés y portugués. Resultado de una colaboración entre el propio Consejo Mundial (CMI), la Asociación Médica Cristiana de la India (CMAI), el Instituto Alemán para las Misiones Médicas de Tübingen (DIFÄM) y la Secretaría de Coordinación Médica de los Países Bajos (MCS). Su tirada actual es de unos 15.000 ejemplares.

Los artículos pueden reproducirse libremente a condición de que se cite como fuente a: *Contact*, publicación del Consejo Mundial de Iglesias. En el primer número de cada año se publica, en las diferentes versiones en los distintos idiomas, la respectiva lista completa de los números anteriores de la revista.

Comité de Redacción: Christoph Benn, Christina de Vries, Elizabeth Moran, Patricia Nixon, Sonia Covarrubias y Reena Mathai-Luke. En relación con este número agradecemos la colaboración de Miriam

Reidy-Prost, Catherine Alt y Jenny Roske. Jefa de redacción: Reena Mathai-Luke; diseño gráfico: Indira Mark; lista de lectores que reciben la revista: Indira Mark. Impreso por Impulsive Creations.

El costo medio de producción y envío de cada ejemplar de *Contact* es de US \$2.50, lo que representa un total de US \$10 por cuatro números. A los lectores que puedan permitírsele se les ruega encarecidamente que se suscriban a *Contact* para cubrir esos costos.

Christian Medical Association of India, 2, A-3 Local Shopping Centre, Janakpuri, Nueva Delhi 110 058, India. Tel: 91 11 559 9991/2/3, 552 1502. Fax: 91 11 5598150. Correo-e: subscribe@cmai.org

Contact puede leerse también en el sitio Web del Consejo Mundial de Iglesias: <http://www.wcc-coe.org/wcc/news.contact.html>

La versión en español de *Contact* está siendo producida y distribuida por **Fundación Educación Popular en Salud (EPES)**, en colaboración con Colectivo Con-spirando.

Toda correspondencia puede ser dirigida a: **EPES, General Korner 38. El Bosque, Santiago, Chile.** Fono: (56-2) 5487617; Fax: (56-2) 5486021. Correo electrónico: epes@entelchile.net