

SERVICIOS DE SALUD PARA LOS POBRES

2008

Rwanda

Los Pobres y los Seguros de Salud Basados en la Comunidad

Rwanda se está recuperando del genocidio de 1994, en el que murió casi un millón de personas. Gradualmente, se recompone el tejido social con ayuda de la comunidad internacional. La economía se encuentra en recuperación: el producto interno bruto (PIB) ha aumentado a un ritmo anual superior al 6% entre 1995 y 2001, y en los últimos años, entre el 4% y el 6%. No obstante, Rwanda es uno de los países más pobres del mundo: su PIB per cápita no llega a los US\$300 anuales y seis de cada 10 ruandeses viven en la pobreza. En las zonas rurales, donde habita el 90% de la población, el 66% es pobre.

Los sistemas de ayuda mutua y aquéllos basados en valores de solidaridad comunitaria, surgidos de la necesidad, son una característica de la sociedad de Rwanda desde hace mucho tiempo. En el sector de atención de la salud, al igual que en otras esferas, se han implementado estrategias paliativas en vecindarios, aldeas y comunidades más amplias. Las asociaciones de *hamac* (sistema de ayuda mutua) transportan a los enfermos a los establecimientos sanitarios. En los vecindarios y en las células se recolectan recursos para los casos de emergencia. Se organizan tontinas estructuradas en las células para satisfacer las necesidades primordiales, en particular la atención médica. El marco de asociación y participación de la comunidad incluido en las estrategias de desarrollo del sistema de salud no concedía demasiada atención a estos rasgos culturales de la sociedad ruandesa antes de la guerra de 1994. En las comunidades han surgido iniciativas de ayuda mutua en el sector de la salud, en parte como respuesta a la reaparición de aranceles para el usuario en los establecimientos sanitarios públicos y de las misiones. Las autoridades sanitarias y las organizaciones no gubernamentales (ONG) han aprovechado estas iniciativas comunitarias y han trasladado estos sistemas paliativos espontáneos a una estrategia deliberada

cuyo fin es establecer el seguro de salud basado en la comunidad (SSBC).

Surgimiento de los sistemas de seguro de salud basado en la comunidad (SSBC)

A partir de la experiencia adquirida a nivel local con las organizaciones sanitarias de ayuda mutua, el Ministerio de Salud puso en marcha en 1998 programas experimentales en los distritos sanitarios de Byumba, Kabgayi y Kabutare. Estos programas experimentales jugaron un papel fundamental en el diseño y la organización de sistemas de SSBC en todo el país, constituyeron una plataforma para compilar información con el fin de evaluar los resultados en relación con los objetivos fijados para el sistema de salud y permitieron que los agentes y asociados del sector se familiarizaran con las estrategias que respaldarían su expansión.

Los sistemas de SSBC en Rwanda consisten en organizaciones de seguros de salud basadas en una alianza entre la comunidad y los prestadores de atención sanitaria. A fin de regular las relaciones contractuales entre los asociados y las organizaciones de ayuda mutua, los sistemas de SSBC elaboran sus propios estatutos y estructuras organizativas (asambleas generales, juntas de directores, comités de vigilancia, directorios ejecutivos). La participación en los sistemas de SSBC es voluntaria y se funda en un contrato de membresía suscrito entre el sistema y el asociado. Estos sistemas también establecen relaciones contractuales con prestadores de atención de salud a fin de adquirir los servicios incluidos en los paquetes de beneficios de sus asociados. En los estatutos de los sistemas de SSBC y en los contratos que suscriben con los prestadores se incluyen medidas para minimizar los riesgos relacionados con los seguros de salud (selección adversa, riesgo moral, suba de costos y fraude).



La población que los sistemas de SSBC pretenden incorporar abarca a las personas que viven en la zona de influencia del centro de salud que participa como prestador. Los hechos de bajo riesgo (paquete del centro de salud) comprendidos en el paquete de beneficios del SSBC se comparten entre la población de la zona de influencia del centro de salud que participa como prestador. En cada distrito sanitario, los sistemas de SSBC conforman una federación que cumple la función de distribuir los riesgos en el caso de los hechos de alto riesgo (paquete hospitalario). La federación del distrito también juega un papel de representación e intermediación social de los sistemas de SSBC individuales en su interacción y sus relaciones contractuales con los prestadores de servicios de salud y los partícipes externos. La federación también brinda capacitación, asesoría, apoyo y servicios de información a los sistemas individuales.

Los asociados realizan una contribución anual a los fondos de los sistemas de SSBC y pueden incorporarse como grupo familiar por US\$7,60 anuales en el caso de una familia de hasta siete integrantes. Como miembros del sistema, los integrantes de la familia tienen derecho a un paquete de beneficios que incluye todos los servicios preventivos y curativos, atención prenatal, atención durante el parto, pruebas de laboratorio, medicamentos incluidos en la lista de medicinas esenciales del Ministerio de Salud y traslado en ambulancia hasta el hospital del distrito a cargo de los centros de salud integrantes del sistema. Si cuentan con una derivación del centro de salud, los asociados también reciben un paquete de beneficios limitados en el hospital del distrito. Por cada visita al centro de salud, deben abonar un copago de US\$0,30. En el caso de que hayan sido derivados por su centro médico a un hospital, los asociados tienen acceso directo al paquete hospitalario sin abonar copagos. Los centros de salud actúan como guardianes que desalientan el uso indebido de los servicios de los hospitales. Desde 1998, en Rwanda se ha puesto en marcha un proceso acumulativo de aprendizaje sobre los SSBC que comprende los sistemas ubicados en los distritos de experimentación y en otros distritos, mediante el cual los asociados y los promotores identifican y diseñan los instrumentos legales necesarios para respaldar las organizaciones de asistencia mutua en el campo de la salud, intercambian experiencias, comparten información sobre estrategias y herramientas y aprenden de las prácticas óptimas. Este clima de aprendizaje ha fomentado la aparición de estrategias innovadoras para fortalecer los sistemas de SSBC en los distritos de experimentación y establecer nuevos mecanismos de este tipo en otras partes del país. Estas iniciativas locales mantienen el diseño técnico de la etapa experimental y se han beneficiado además

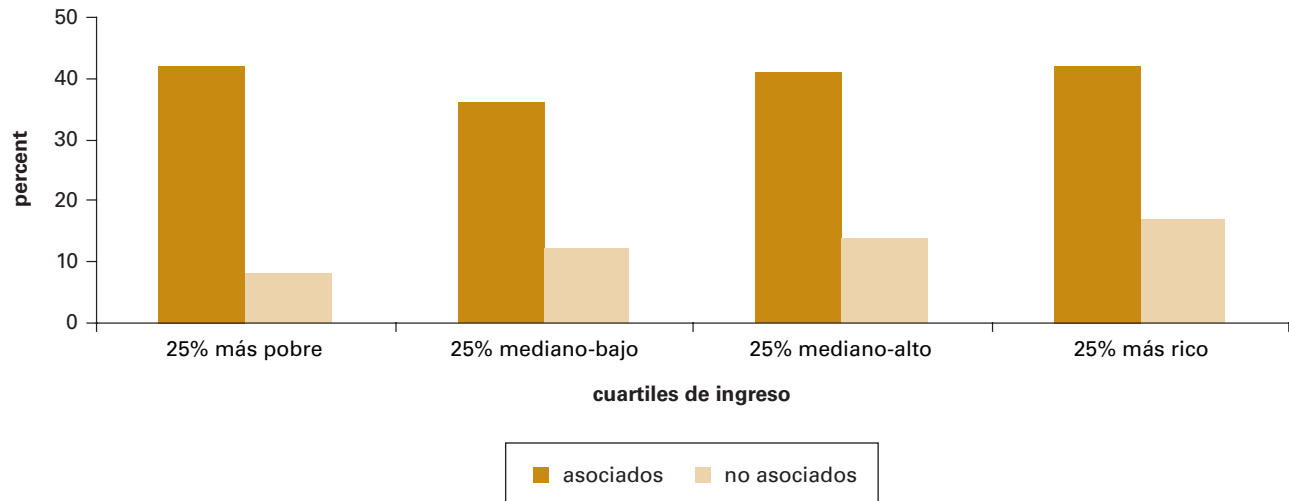
del movimiento en favor de la descentralización que actualmente se desarrolla en Rwanda. Asimismo, se han establecido asociaciones entre estructuras administrativas locales, organizaciones comunitarias y entidades de microfinanciamiento (*banques populaires*) con el fin de fortalecer los sistemas de apoyo de los SSBC locales y sumar más asociados.

Llegar a los pobres mediante los SSBC

Desde 1998, los sistemas de SSBC han tenido un crecimiento notable en Rwanda. Su número aumentó de uno solo en 1998 a 60 en 2001 como resultado directo de la fase experimental respaldada por el Ministerio de Salud. En 2001 comenzó la etapa de adaptación sobre la base de las enseñanzas aprendidas y las recomendaciones derivadas de la etapa experimental. Se extendió entonces el número de sistemas de SSBC y se incrementó la tasa de matriculación en los sistemas individuales. Hacia julio de 1993, 97 sistemas de SSBC prestaban servicio a medio millón de ruandeses. En 2004, se habían establecido 214 sistemas de este tipo en todo el país como resultado de los esfuerzos conjuntos de promoción llevados adelante por las autoridades centrales (Ministerio de Salud y Ministerio de Asuntos Locales), las provincias, los distritos, el personal local de sector de salud, los líderes de opinión locales y las ONG. A mediados de 2004, la cobertura nacional de estos sistemas se calculaba en 1,7 millones de ruandeses, es decir, cerca del 21% de la población. Y el movimiento sigue creciendo. En 2004, el nivel de cobertura aumentó significativamente hasta llegar al 27% (Política de seguros mutuos de salud en Rwanda, 2004).

Gracias a que los sistemas de SSBC eliminaron las barreras financieras que impedían el acceso a la atención de la salud, la probabilidad de que los asociados de los planes procuren atención médica moderna en caso de enfermedad es cuatro veces mayor que la de los que no integran un sistema de este tipo. Los resultados de las encuestas de hogares realizadas en la fase experimental que se resumen en el Gráfico 1 se han repetido en los datos de rutina recogidos en los centros de salud durante la fase experimental y, más recientemente, en los centros de salud de los mismos distritos en donde se desarrolla la fase experimental, así como en los datos de centros de salud ubicados en distritos que establecieron sistemas de SSBC entre 2001 y 2003. Asimismo, gracias a la cobertura de los sistemas de SSBC se ha incrementado el uso de los servicios de salud reproductiva, incluidos el cuidado prenatal y la atención durante el parto. Sin embargo, no se observaron efectos en la utilización de los servicios de planificación familiar.

Gráfico 1. Proporción de enfermos que procuran atención entre prestadores modernos, por cuartiles de ingreso



Fuente: Encuesta de hogares de 2000 en Byumba, Kabgayi, Kabutare.

Puesto que actúan como seguros, los sistemas de SSBC evitan que sus asociados se sumen en la pobreza a causa de la enfermedad. Esto se realiza mediante dos mecanismos. En primer lugar, en caso de enfermedad, los asociados de los sistemas de SSBC procuran atención médica más tempranamente que los que no tienen seguro, lo que da como resultado una mayor eficiencia en el consumo de los servicios de salud. En segundo lugar, los integrantes de estos sistemas deben pagar un pequeño copago cuando se atienden en los centros de salud. En consecuencia, los pagos directos que deben efectuar los integrantes de los sistemas de SSBC se reducen significativamente (Gráfico 2).

Para incrementar el acceso de los pobres a los beneficios que aportan los sistemas de SSBC se utilizan dos estrategias principales: microfinanciamiento y subsidios.

Microfinanciamiento. Mediante las asociaciones entre los sistemas de SSBC, las organizaciones comunitarias y las entidades de microfinanciamiento (banques populares), se motiva tanto a las organizaciones comunitarias nuevas como a las viejas a incorporarse como grupo en los sistemas de SSBC. Luego, las entidades de microfinanciamiento conceden pequeños préstamos a los miembros de las organizaciones para que puedan pagar las cuotas anuales de los sistemas de SSBC. El microfinanciamiento ha incrementado la incorporación de los pobres en estos sistemas y ha generado oportunidades para que accedan a microprestamos de mayor volumen

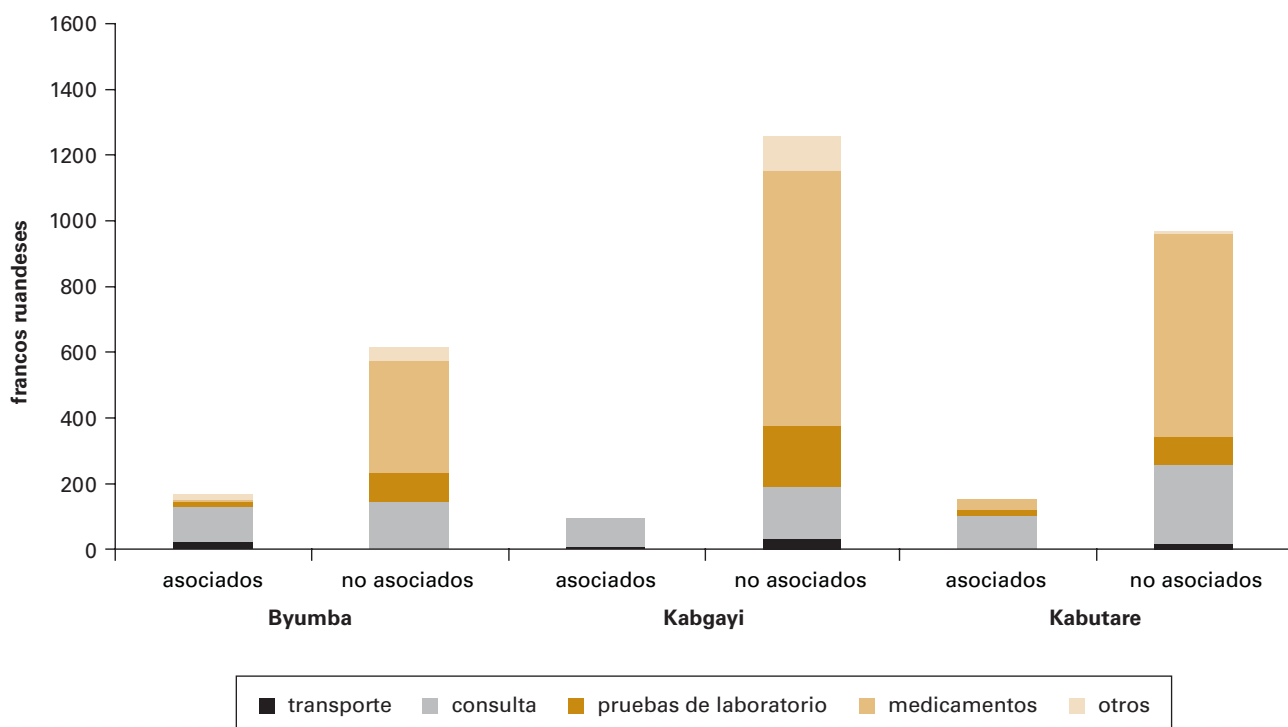
con el objeto de financiar actividades generadoras de ingresos. Estos mecanismos financieros se establecieron como consecuencia de los acuerdos institucionales entre los sistemas de SSBC, las entidades de microfinanciamiento y los centros de salud, y de las innovaciones incorporadas por los agentes locales.

Subsidios. Los distritos administrativos y las ONG están haciendo uso de los vínculos institucionales existentes entre la comunidad, los sistemas de SSBC y los prestadores de servicios de salud para financiar la incorporación de la población más pobre, los indigentes y los grupos vulnerables (huérfanos, viudas y personas con VIH/SIDA). En virtud de estos subsidios a la demanda, los líderes comunitarios ejercen funciones administrativas, puesto que identifican a los grupos más pobres, indigentes y vulnerables; los sistemas de SSBC administran el uso de los servicios de salud para estos grupos, y las ONG y los distritos administrativos financian los subsidios, ya que actúan como intermediarios de las fuentes primarias de fondos como el Estado y la ayuda externa.

Aprender de las enseñanzas del sistema de SSBC de Rwanda

Los sistemas de SSBC de Rwanda aún están en desarrollo, pero la experiencia recogida desde 1999 permite extraer enseñanzas valiosas para la aplicación de microsistemas de

Gráfico 2. Pagos directos relacionados con enfermedades



Fuente: Encuesta realizada en 2000 a los pacientes al momento de la salida.

seguro de salud en todo el país y para su adaptación a otros países en desarrollo.

Primera enseñanza. El sistema de SSBC en Rwanda se construye sobre la base de una estrategia progresiva, que toma en cuenta las enseñanzas derivadas de la experiencia interna, así como de las iniciativas externas de sistemas de prepago en África meridional y de organizaciones de ayuda mutua en el sector de salud de África occidental. El Ministerio de Salud desempeñó una función de liderazgo para iniciar la fase experimental y obtuvo la asistencia técnica de la sede ruandesa de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y de Abt Associates Inc., con el objeto de mejorar el diseño técnico y la organización de los SSBC que ya estaban en funcionamiento. El Ministerio mantuvo una respetable distancia respecto del diseño y la administración del sistema, con lo que brindó a las comunidades y a los prestadores de servicios sanitarios locales autonomía y espacio para funcionar. El programa experimental permitió generar información sobre el desempeño del sistema y convocar numerosos foros en los que las partes interesadas pudieron

intercambiar experiencias y debatir sobre las consecuencias y repercusiones de los SSBC en el sistema de salud de Rwanda. El enfoque progresivo permitió que se creara una plataforma de aprendizaje y se generaran oportunidades para extraer orientaciones normativas para el desarrollo de los SSBC.

Segunda enseñanza. A medida que se generaba consenso acerca de los beneficios de los SSBC, en el país surgió un conjunto de líderes en distintos estratos que apoyaron la adaptación y la ampliación de estos sistemas. Los líderes políticos nacionales, comenzando por el Presidente, instaron a todas las partes interesadas a impulsar la aplicación de sistemas de SSBC en todo el país. Las comunidades locales fueron motivadas por el apoyo del Ministerio de Salud, el cual, a su vez, fomentó las actividades promocionales que llevó a cabo el Ministerio de Asuntos Locales. En el nivel provincial y distrital, los prefectos y los intendentes participan activamente en la coordinación de actividades promocionales que realiza el Ministerio de Asuntos Locales. Los representantes de sectores, comunidades y células desarrollan actividades de concienciación junto con personal del sector de salud y líderes de

opinión locales. Este liderazgo y este activismo en múltiples niveles han fortalecido la legitimidad de los SSBC y han convalidado el apoyo de diversos sectores a estos sistemas.

Tercera enseñanza. La acción intersectorial fue impulsada con la participación de entidades descentralizadas y las ONG en las actividades de promoción de SSCB, en un marco de políticas en el que el desarrollo comunitario era un tema central. Las iniciativas locales resultantes permitieron ampliar el acceso de los pobres a los beneficios aportados por los SSBC. Las asociaciones entre las entidades de microfinanciamiento, los sistemas de SSBC y las organizaciones comunitarias han ampliado el acceso de los pobres al microfinanciamiento y a

los SSBC. Asimismo, se está extendiendo el acceso de los más pobres e indigentes a los SSBC utilizando estos sistemas como fondos locales solidarios intermedios que permiten a las ONG y los distritos administrativos dirigir los subsidios a la demanda hacia los menos privilegiados en el sector de la salud.

En esta reseña se pretende resumir las prácticas recomendadas en materia de salud, nutrición y población. Este artículo es la adaptación del trabajo de François Pathé Diop y Jean Damascene Butera titulado “Community-Based Health Insurance in Rwanda” (Seguros de salud basados en la comunidad en Rwanda), aparecido en *Development Outreach* 7 (2 de mayo de 2005): 19–22. Las opiniones expresadas en este artículo no reflejan necesariamente las del Banco Mundial.



