

**Guía para la Realización de Estudios de Caso
de Sistemas de Seguro de Salud (Micro-seguros)**

OIT : SEC_PDN/STEP
OPS:

junio, 1999

Indice

1. Introducción
2. Cómo utilizar la Guía y producir el informe del estudio de caso
 - 2.1 Diferentes partes de la Guía y su utilización
 - 2.2 Pasar de la matriz al informe
 - 2.3 Ficha de apreciación de la Guía
3. Matriz para la realización de los estudios de caso
 - 3.1 Plan de la matriz
 - 3.2 Matriz

Parte A:	Descripción resumida del sistema de seguro de salud
Parte B:	Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud
Parte C:	Puesta en marcha del sistema de seguro de salud
Parte D:	Características del sistema de seguro de salud
Parte E:	Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud
Parte F:	Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro salud
4. Informaciones complementarias para la buena utilización de la matriz
 - 4.1 Glosario
 - 4.2 Explicaciones de los puntos abordados por la matriz
 - 4.3 Definición de los indicadores

Anexo nº 1: Plan estándar del informe

Anexo nº 2: Lista de control

Anexo nº 3: Disponibilidad y calidad de la información

Anexo nº 4: Ficha de apreciación de la Guía

Lista de cuadros a completar

Cuadro n°1:	Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio
Cuadro n°2:	Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio
Cuadro n°3:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro n°4:	Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)
Cuadro n°5:	Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)
Cuadro n°6:	Número actual de afiliados del SIS
Cuadro n°7:	Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios
Cuadro n°8:	Porcentaje de crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable
Cuadro n°9:	Beneficios ofrecidos por el SIS
Cuadro n°10:	Monto total de las cotizaciones recibidas
Cuadro n°11:	Prestadores autorizados por el SIS
Cuadro n°12:	Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS
Cuadro n°13:	Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario
Cuadro n°14:	Distribución real de funciones
Cuadro n°15:	Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal

1. Introducción

1. La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Panamericana de Salud (OPS) organizarán una reunión en la Ciudad de México sobre “La extensión de la protección social en materia de salud a los grupos desprotegidos de la población en América Latina” en el mes de diciembre de 1999. Dicha reunión constituye la primera etapa de una iniciativa más amplia de la OPS y de la OIT que persigue como objetivo la reducción de la exclusión con respecto a la protección social en materia de salud en el continente.
2. Durante la reunión se procederá, entre otras actividades, a la revisión de las experiencias emprendidas en distintos países de América Latina por los sistemas de seguridad social y por otros sectores de la sociedad con miras al aumento del acceso de la población a la protección social en el ámbito de la salud.
3. Entre estas experiencias, se prestará especial atención a los sistemas de micro-seguro de salud¹. Aproximadamente diez experiencias de este tipo serán objeto de estudios de caso. Los citados estudios no tendrán como propósito una evaluación de las experiencias sino que se centrarán en la descripción del funcionamiento de los sistemas. Algunas de estas experiencias serán presentadas durante la reunión de México.
4. La Guía está destinada a los autores de los estudios de casos. La misma ha sido producida con la intención de facilitar la realización de dichos estudios y de proponer una metodología común que permita comparar la información suministrada.
5. La Guía proporciona indicaciones en cuanto a la información a investigar. Asimismo, precisa la estructura que deberán tener los informes de los estudios.
6. Antes de comenzar la preparación de un estudio de caso es indispensable haber leído la Guía en su totalidad. Luego, el utilizador deberá consultar alternativamente las diferentes partes que la componen.

2. Cómo utilizar la Guía y producir el informe del estudio de caso

2.1 Diferentes partes de la Guía y su utilización

a) *Matriz*

7. La matriz comprende las siguientes partes:

¹ Bajo el término “micro-seguro de salud” se reagrupan varios tipos de sistemas de seguro de salud. A fin de preparar la reunión de México, se han establecido criterios específicos para definir los sistemas considerados como micro-seguros de salud. La localización y la selección de las experiencias objeto de los estudios de casos han sido efectuadas en base a dichos criterios en todos los países concernidos.

- Parte A: Descripción resumida del sistema de seguro de salud
- Parte B: Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud
- Parte C: Puesta en marcha del sistema de seguro de salud
- Parte D: Características del sistema de seguro de salud
- Parte E: Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud
- Parte F: Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

La matriz precisa la información que el estudio debe reunir y tratar. El plan de la matriz coincide con el plan del informe del estudio de caso. Las indicaciones necesarias para pasar de la matriz al informe se suministran en la sección 2.2 a continuación.

8. Estandarizar la información a coleccionar sobre los sistemas de seguro de salud (SIS) no es fácil dada la diversidad de los mismos. La matriz cubre un vasto campo de situaciones a fin de tomar en cuenta dicha diversidad. Sin embargo, por razones obvias, no se han podido considerar todas las eventualidades. En razón de esta misma diversidad, ciertos puntos incluidos en la matriz pueden ser no pertinentes (o formulados en términos inadecuados) con respecto a las características de un SIS determinado. En consecuencia, los autores del estudio deberán añadir elementos y suprimir otros para tener en cuenta las especificidades del sistema estudiado. Dichos agregados y supresiones serán efectuados según las modalidades presentadas en el párrafo 21.

9. Tal como indicado en la introducción, los estudios de caso objeto de la presente Guía no tienen por finalidad la evaluación de los sistemas de seguro. Sin embargo, deben proporcionar una buena descripción de estos últimos y permitir la apreciación de la calidad de la información disponible. Estudios más profundizados, con fines de evaluación de impacto y de eficiencia, podrán realizarse posteriormente en el caso de los sistemas que presentan un interés particular y disponen de información relativamente completa y de buena calidad. Dichos estudios profundizados completarán los estudios de caso objeto de la presente Guía. La realización de los estudios profundizados requerirá de todas formas la información coleccionada en base a la matriz.

b) El capítulo “Informaciones complementarias para la buena utilización de la matriz”

10. Para utilizar correctamente la matriz es indispensable seguir las indicaciones del capítulo 4: *“Informaciones complementarias para la buena utilización de la matriz”*.

11. La sección 4.1 presenta un glosario. Su utilización es imprescindible mismo para los especialistas en seguro de salud. En efecto, este glosario no es un diccionario de la terminología de este tipo de seguro sino una herramienta que pone en evidencia el sentido que se dio a los términos utilizados en la matriz. Esta información es importante siendo que un mismo término puede tener distintas significaciones y un mismo objeto puede designarse por distintos términos según el lugar y el contexto. Si bien se proporcionan equivalencias entre los términos, las mismas no son exhaustivas. Los autores de los estudios de caso deberán servirse de la terminología utilizada en la matriz o bien indicar el sentido de los términos introducidos.

12. La sección 4.2 proporciona explicaciones que permiten precisar el sentido de algunos puntos incorporados a la matriz. Los puntos para los cuales se introducen explicaciones están señalados por medio de un asterisco, por ejemplo C.53*.

13. La sección 4.3 incluye la definición de los indicadores presentados en la parte E de la matriz. No se pide a los autores del estudio que produzcan dichos indicadores sino que los presenten siempre y cuando estén disponibles en el SIS estudiado. Dada la multiplicidad de denominaciones y de maneras de calcular los indicadores la confusión es posible. Por ello, en la sección 4.3 se introducen las fórmulas de cálculo que permiten precisar el contenido de los indicadores mencionados en la matriz.

c) Las fuentes de información

14. Aunque están presentados en forma de pregunta, los diferentes puntos de la matriz no deben necesariamente ser tratados formulando estas mismas preguntas a los responsables del SIS o a otras personas. La matriz no es un cuestionario. Las informaciones requeridas pueden obtenerse a partir de entrevistas y de fuentes documentarias. Estas fuentes son principalmente:

- estatutos y reglamentos interiores;
- informes de asambleas generales o reuniones;
- manuales de procedimientos y de gestión;
- formularios (afiliaciones, pedidos de prestaciones, etc.) utilizados por el SIS;
- documentos contables y de registro de operaciones corrientes (afiliación, prestaciones, etc.);
- herramientas de gestión (para los indicadores principalmente);
- informes de actividades, de evaluación, etc.;
- informes de encuestas de opinión realizadas ante los beneficiarios;
- material de información destinado a los beneficiarios.

15. La abundancia y la calidad de las fuentes documentarias varían considerablemente de un sistema a otro. Es importante identificar en colaboración con los responsables del SIS la totalidad de las fuentes documentarias disponibles. Dichos documentos deberán ser examinados minuciosamente por los autores del estudio antes de las reuniones con los responsables del SIS ya que es esencial obtener todas las explicaciones necesarias por parte de los mismos.

16. Las entrevistas deberán ser preparadas por los autores de los estudios. El contenido de las mismas deberá determinarse, entre otros, en función de la información documentaria disponible. Se aconseja cruzar la información proveniente de diferentes fuentes. La apreciación de la calidad de la información es igualmente requerida en el anexo n°3.

2.2 Pasar de la matriz al informe

17. El estudio de caso desemboca en la producción de un informe. Dicho informe deberá estructurarse según el plan estándar presentado en el anexo n°1. Este plan coincide con el plan de la matriz (si bien el informe comprende una introducción y una conclusión).

18. A cada capítulo, sección y sub-sección del plan standard le corresponde un capítulo, una sección y una sub-sección en la matriz. La matriz indica los puntos a tratar en cada parte correspondiente al informe. Por ejemplo, en la sub-sección 2.1 de la parte D de la matriz, titulada: *“los servicios de salud cubiertos por el sistema de seguro”* se presentan los puntos que deberá tratar la sub-sección del informe que llevará el mismo título.

19. La mayoría de los puntos a tratar son introducidos en la matriz bajo la forma de preguntas. Por ejemplo, en la sub-sección arriba mencionada, se encontrarán preguntas como: *“Si se aplica un período de carencia, cómo se efectúan los controles en la práctica? Existen excepciones para su aplicación? En qué casos? Quién toma la decisión?”*.

20. Cada capítulo, sección, sub-sección deberá presentarse en forma narrativa y no como una lista de respuestas a las preguntas introducidas en la matriz. Sin embargo, el lector deberá encontrar en el texto las respuestas a las preguntas. Los cuadros deberán completarse según el formato definido en la matriz.

21. Para facilitar el análisis de los informes y evitar las dificultades en la búsqueda de la información, los autores deberán imperativamente:

- incluir en el informe todos los capítulos, secciones y sub-secciones presentados en el plan estándar. Si uno de esos elementos no resultara pertinente, deberán indicarse en el informe las razones bajo el título correspondiente;
- agregar toda sección o sub-sección que se revele necesaria, según las características particulares del SIS estudiado, de forma a completar la información prevista por el plan standard;
- incluir en el texto, todo punto pertinente no abordado por la matriz que no requiera la creación de nuevas secciones o sub-secciones;
- completar la lista de control presentada en el anexo n°2 para verificar que todo los puntos introducidos en la matriz fueron tratados (o indicar las razones por las que no se los trató).

2.3 Ficha de apreciación de la Guía

22. El anexo n°4 presenta una ficha de apreciación que permitirá mejorar progresivamente la Guía. La Guía será posteriormente utilizada en otras regiones del mundo. Los autores del informe deben completar la ficha al finalizar la producción del informe.

Parte A: Descripción resumida del sistema de seguro de salud

El formulario que constituye la Parte A deberá completarse después de la elaboración de los otros capítulos del estudio. No obstante, esta parte deberá situarse al comienzo del informe tal como se indica en el plan estándar. La misma proporcionará una visión resumida del SIS, la cual ayudará al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio. La presentación del formulario en el informe deberá ser la siguiente.

- A.1 Nombre del sistema de seguro: _____
- A.2* Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): _____
- A.3 Dirección de la sede social del SIS: _____
- A.4* Fecha de creación del SIS (concepción): _____
- A.5 Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): _____
- A.6* Fecha de creación de la organización responsable del SIS (si la misma fuera diferente de la fecha de creación del SIS): _____
- A.7 Organización responsable del SIS:
- ☐ asociación
 - ☐ organización mutualista
 - ☐ organización cooperativa
 - ☐ otro tipo de organización comunitaria
 - ☐ prestador de servicios de salud con fines de lucro
 - ☐ prestador de servicios de salud sin fines de lucro
 - ☐ sindicato
 - ☐ otros: precise _____
- A.8* Personería jurídica del SIS:
- ☐ posee: forma _____
 - ☐ no posee
- A.9 Otras actividades de la organización responsable del SIS:
- ☐ ninguna
 - ☐ seguro de fallecimiento
 - ☐ prevención, educación para la salud
 - ☐ seguro de invalidez
 - ☐ ahorro y crédito
 - ☐ pensión
 - ☐ actividades de tipo sindical
 - ☐ educación/alfabetización
 - ☐ otras formas de seguro:

objeto: _____

☐ otros servicios sociales:

objeto: _____

☐ otras actividades:

Proporcionar la lista _____

A.10* Tipo de afiliados:

☐ personas a título individual

☐ grupos

☐ otros: precise _____

A.11* Beneficiarios:

☐ familia

☐ otras personas a cargo

☐ personas indigentes

☐ otros: precise _____

A.12* Adquisición del carácter de afiliado:

☐ voluntario

☐ automático

☐ obligatorio

A.13 Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad:

Categoría/sexo	Hombres	Mujeres	Total
Activos			
Jubilados			
Total			

A.14 Número actual de beneficiarios del SIS:

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 – 5 años			
6 – 18 años			
19 – 65 años			
Más de 65 años			
Total			

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

A.16 Zona de residencia de afiliados y beneficiarios:

☐ zona rural, porcentaje aproximado _____

☐ zona urbana, porcentaje aproximado _____

☐ zona peri-urbana, porcentaje aproximado _____

A.17 Vínculos entre los afiliados (fuera de la pertenencia al SIS):

☐ sin relación entre los afiliados

- ☐ miembros de una misma empresa
- ☐ miembros de un mismo sector ocupacional
- ☐ miembros de un mismo pueblo, barrio o comunidad geográfica
- ☐ miembros de un mismo grupo étnico
- ☐ miembros de una misma cooperativa
- ☐ miembros de una misma mutual
- ☐ miembros de una misma organización sindical
- ☐ miembros de una misma asociación
- ☐ otros: precise _____

A.18* Situación económica de los afiliados:

_____ % de afiliados que trabajan en el sector informal (incluida la agricultura de subsistencia).

_____ % de afiliados que trabajan en el sector formal.

- ☐ ingresos clase media _____ % de afiliados (____% son mujeres)
- ☐ ingresos clase media baja _____ % de afiliados (____% son mujeres)
- ☐ ingresos inferiores al límite de pobreza
_____ % de afiliados (_____% son mujeres)
- ☐ ingresos pobreza extrema _____ % de afiliados (____% son mujeres)

A.19 Restricciones a la posibilidad de afiliación:

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

A.20* Zona geográfica cubierta por el SIS: _____

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

- ☐ servicios ambulatorios
- ☐ atención hospitalaria
- ☐ medicina especializada
- ☐ prevención y promoción de la salud
- ☐ farmacia

- ☐ atención del parto
- ☐ exámenes de laboratorio
- ☐ radiología
- ☐ vacunaciones
- ☐ otros: precise _____

A.22 Monto total de prestaciones pagadas en el último ejercicio (último año en su defecto):
 _____ en moneda local por el período _____
 Equivalente en US \$ _____

A. 23* Modalidad de financiación del seguro de salud:

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

A.24 Tipo de cotizaciones:

- ☐ cuota fija diferenciada según la categoría (edad, sexo, etc.) del afiliado
- ☐ cuota fija sin diferenciación de categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos diferenciado según la categoría del afiliado
- ☐ porcentaje de los ingresos sin diferenciación según la categoría del afiliado
- ☐ en relación con los riesgos personales del afiliado
- ☐ otros: precise _____

A.25 Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:
 monto _____ equivalente US \$ _____

A.26 Prestadores de servicios autorizados:

- | | |
|--|--------------------------|
| ☐ sector público | nivel _____ número _____ |
| ☐ sector privado con fines de lucro | nivel _____ número _____ |
| ☐ sector privado sin fines de lucro | nivel _____ número _____ |
| ☐ organización responsable del SIS | nivel _____ número _____ |

A.27* Nivel de participación de los afiliados en la administración:

- ☐ gestión democrática por los afiliados (asamblea general)
- ☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS sin participación de los afiliados

- ☐ gestión a cargo de la organización responsable del SIS con participación de los afiliados

A.28* Proceso de gestión del SIS:

- ☐ no asalariados únicamente
- ☐ no asalariados y gestores asalariados
- ☐ exclusivamente asalariados del SIS
- ☐ gestión confiada a una institución pública o privada
- ☐ participación en la gestión de los asalariados de otras organizaciones

A.29* Asistencia técnica:

- ☐ beneficia de asistencia técnica continua desde _____
- ☐ beneficia de asistencia técnica con carácter periódico desde _____
- ☐ beneficia de asistencia técnica puntual desde _____
- ☐ no beneficia de asistencia técnica

A.30 Participación en un sistema de reaseguro:

- ☐ sí
- ☐ no

A.31 Participación en un fondo de garantía:

- ☐ sí
- ☐ no

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

Actores:	Papel:
-----	-----
-----	-----
-----	-----

Parte B: Contexto en que funciona el sistema de seguro de salud

El objetivo de esta parte es presentar una visión fotográfica del contexto local en el que desarrolla sus actividades el SIS.

En ausencia de una mención específica, los datos correspondientes deberán referirse a la(s) zona(s) en la cual opera el SIS. Los datos relativos al grupo destinatario o a los beneficiarios son tratados en la Parte D. Los autores podrán aportar toda precisión que consideren útil en cuanto a las variaciones en el valor de los datos requeridos sobre la población de la zona (por ejemplo, en función de la localización, del sector de actividades, etc.). En el momento de obtención de la información local los autores del estudio deberán comparar la información existente con los datos nacionales correspondientes (censos, estudios de factibilidad, etc.).

No se pide que los autores del estudio "produzcan" los datos requeridos, por ejemplo realizando encuestas. En la medida de lo posible, deberá presentarse la evolución de los datos durante los últimos cinco años así como sus proyecciones por el mismo período de acuerdo con la disponibilidad de información.

Es posible que la información esté disponible solamente para una parte de la(s) zona(s) cubierta(s) por el SIS, en cuyo caso se debe precisar la(s) zona (s) de que se trata. La presentación del contexto en el informe no debe ser demasiado amplia ya que no constituye el objeto principal del estudio.

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

- B.1 Número y tasa de crecimiento de la población; distribución de la población por grupos de edad y sexo.
- B.2 Densidad (personas por km²).
- B.3 Porcentaje urbano, peri-urbano y rural.
- B.4 Existencia de corrientes migratorias.
- B.5 Número promedio de miembros por familia (o por grupo doméstico).

2. Aspectos económicos

B.6 Gastos de bolsillo en salud.

- B.7 Ingreso medio por habitante y distribución del ingreso.
- B.8* Salario mínimo en la zona, si ha sido definido en términos legales.
- B.9 Principales sectores de actividad de la población de la zona.
- B.10 Tasa de desempleo y de subempleo (presentar igualmente los datos nacionales).
- B.11* Estimación del porcentaje de empleos en el sector informal y movilidad entre el sector formal y el sector informal.
- B.12 Principales sectores de creación de empleos.

3. Aspectos sociales

- B.13 Nivel de educación y de alfabetización.
- B.14* Servicios sociales disponibles y acceso a los mismos.
- B.15 Existencia de organizaciones de base de la población, ¿Cuáles son las organizaciones más representativas? Proporción de miembros de al menos una organización; nivel y tipo de solidaridad.

4. Indicadores de salud

- B.16 Esperanza de vida; tasa de mortalidad materno-infantil, enfermedades (por morbilidad), principales enfermedades, enfermedades emergentes y reemergentes; causas de mortalidad.

B.17 Saneamiento, acceso al agua potable.

B.18* Número promedio de visitas anuales a los establecimientos de salud.

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

B.19* ¿Existe una política de salud nacional o local específica (financiamiento, acceso a los servicios, privatización de la oferta de atención médica) dentro de la cual se inserta el SIS?

B.20 ¿Existe un marco-regulador legal que permita esta inserción? ¿Cómo funciona la misma en la práctica?

B.21 ¿Cómo funciona la articulación con la seguridad social?

B.22 Describa los mecanismos de control de calidad de los servicios de salud a nivel local.

6. Oferta de atención médica

B.23 Número de médicos, enfermeras, parteras, hospitales, clínicas, centros de salud y farmacias por habitante.

B.24 Suficiencia o insuficiencia de servicios ofrecidos.

B.25 Distribución geográfica de la atención médica.

B.26 Proporción de prestadores de atención médica que pertenecen a los distintos sectores (público, seguridad social, privado con o sin fines de lucro).

7. Protección social en materia de salud

B.27* ¿Cuáles son las formas tradicionales de solidaridad con que la población hace frente a los problemas de salud? ¿Dichas formas de solidaridad son muy difundidas? Las mismas se encuentran en fase de declive o de expansión?

B.28 Describa brevemente la organización actual de la seguridad social en el país. Indique cuándo se implementó dicha organización y si la misma es objeto de reforma.

B.29 Cuáles son los grupos de personas que no están incluidos en el campo de aplicación de la atención médica del sistema de seguridad social ofrecida en el ámbito local del nivel que sea (nacional o subnacional)? Posibles razones: tipo de paquete de beneficios ofrecidos, nivel de contribución requerido, ubicación geográfica.

Parte C: Puesta en marcha del sistema de seguro de salud

Este apartado se ocupa de la creación y puesta en marcha del SIS, y se centraliza en la descripción del proceso de creación, proporcionando una visión fotográfica del funcionamiento al término del primer ejercicio.

1. Origen del sistema de seguro de salud

C.1 ¿Cuáles eran las principales características de la oferta de atención médica en la zona donde se implementó el SIS, densidad de prestadores, tipo de prestadores (con o sin fines de lucro, públicos, privados), niveles, disponibilidad y calidad de servicios,

autonomía de administración, etc.?

- C.2 ¿Cuál era la política aplicada en materia de financiamiento de los servicios de salud, en particular en la recaudación de cotizaciones, en el plano nacional y local, en la época en que se creó el SIS?
- C.3* Precise las siguientes características del grupo destinatario durante el período de creación del SIS:
- número total de miembros del grupo destinatario, distribución por edad y sexo
 - nivel de educación (incluida alfabetización)
 - localización (incluida la residencia urbana/rural) y dispersión geográfica
 - exposición a condiciones sanitarias y/o riesgos de enfermedad particulares
 - nivel de acceso a la atención médica y a la protección social
 - principales sectores de actividad
 - nivel y periodicidad de ingresos de la población destinataria, nivel de monetarización de ingresos
 - pertenencia a una estructura específica (municipalidad, empresa, organización sindical, cooperativa, etc.)
 - vínculos étnicos o sociales particulares.
- C.4* Teniendo en cuenta sus características socio-económicas, ¿Cómo se situaba el grupo destinatario con respecto al resto de la población de la zona de implementación del SIS?
- C.5* ¿Cuáles eran las principales dificultades a las que debían hacer frente los miembros del grupo destinatario para acceder a los diferentes tipos de atención médica? ¿Dichas dificultades eran comunes a todos los miembros del grupo destinatario? ¿Se incrementaron a causa de una política o de un evento particular ocurrido en un período precedente a la creación del SIS?
- C.6 ¿Con qué protección social contaban los miembros del grupo destinatario? Si no contaban con protección social, indique las principales causas de exclusión de los sistemas de protección social. Si contaban con ella, ¿Cuáles fueron las razones para crear el SIS? ¿Los miembros del grupo destinatario disponían de experiencia anterior en materia de seguros? ¿Existían otras experiencias en seguro de salud en la zona?
- C.7 ¿Cuál era el nivel de organización de los miembros del grupo destinatario antes de la creación del SIS? ¿Existían organizaciones estructuradas con actividades regulares? ¿Se creó una organización para la puesta en marcha del SIS o el mismo estuvo vinculado con una organización preexistente? Si tal fuera el caso, ¿La creación del SIS estuvo relacionada o influenciada por las otras actividades de la organización? ¿De qué manera?
- C.8 ¿Cuál era la implicación y el papel de los miembros del grupo destinatario en la administración de la oferta de atención médica y, de forma más general, en el funcionamiento del sector salud antes de la creación del SIS?

- C.9* ¿Quién introdujo la idea del SIS y por qué motivos? ¿Disponía la persona de experiencia previa en el tema? ¿En qué período se introdujo la idea? ¿Se hizo en relación con un programa, una política nacional o un evento particular?

2. Etapas de la puesta en marcha del sistema de seguro de salud

2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos

- C.10* ¿Quién llevó a cabo los procesos de identificación de necesidades y de definición de objetivos del SIS? ¿En qué fecha y cuánto tiempo fue necesario para la realización de dichas actividades? ¿Se realizó antes o después del inicio del funcionamiento del SIS?
- C.11 ¿Se consultó a los miembros del grupo destinatario para la identificación de necesidades y la definición de objetivos? ¿De qué manera? ¿Se investigaron las principales expectativas y temores de los miembros del grupo destinatario frente a la constitución del SIS? ¿Cuáles eran?
- C.12 ¿Se contó con el apoyo de las autoridades sanitarias, de las autoridades locales (comunas, municipalidades), de los prestadores de atención médica? ¿De qué manera y cuál fue su papel? ¿Se investigaron sus principales expectativas y temores frente a la constitución del SIS? ¿Cuáles eran?
- C.13 ¿Cuáles han sido los otros actores implicados en la identificación de necesidades y la definición de objetivos del SIS? ¿Cuál fue su papel?
- C.14 Finalmente, ¿Cuáles fueron las necesidades identificadas? ¿Se las describió en algún documento?
- C.15 ¿Cuáles fueron los objetivos determinados? ¿Se los hizo constar por escrito?

2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera

- C.16 ¿Se realizó un estudio del contexto dentro del que se creó el SIS? ¿En qué período? ¿Quién lo realizó? ¿Cuáles fueron los principales puntos estudiados (adjuntar copia del informe)? ¿Cómo fueron utilizados los resultados del estudio?
- C.17 ¿Se realizó un estudio de factibilidad financiera del SIS? ¿Quién lo realizó? ¿En qué período? ¿Se involucró a los prestadores de atención médica en la realización del estudio? Adjuntar la copia del informe del estudio si estuviera disponible. ¿Los resultados del estudio de factibilidad financiera fueron efectivamente utilizados para la elección de los paquetes de beneficios y determinación de las cotizaciones?
- C.18 Si no se realizó un estudio de factibilidad financiera, ¿Cómo se determinaron los paquetes de beneficios y las cotizaciones correspondientes?
- C.19 ¿Se realizó una visita a otro SIS a fin de facilitar la concepción del SIS?

2.3 Información del grupo destinatario

- C.20 ¿Qué acciones se tomaron para informar al grupo destinatario sobre la creación del SIS, de su funcionamiento y del interés de participar en el mismo? ¿Se produjo material informativo? (Adjuntar copias al informe).
- C.21* ¿Cuál fue la actitud de los miembros del grupo destinatario frente a la creación del SIS? ¿Se presentaron obstáculos frente a la adhesión? ¿Cuáles? ¿Qué acciones se emprendieron para evitarlos?

2.4 Inicio de las actividades

- C.22 ¿La constitución del SIS fue decidida en el marco de un evento en particular: asamblea general constitutiva, reunión específica del consejo de administración de la estructura responsable, etc.? ¿En qué fecha tuvo lugar dicho evento? ¿Quién participó?
- C.23 ¿Cuánto tiempo después de la constitución se efectuaron las primeras afiliaciones, pago de cotizaciones y pago de prestaciones?

2.5 Liderazgo y toma de decisiones

- C.24* ¿Qué estructura asumió la responsabilidad de la creación del SIS?
- C.25* ¿Quién asumió el liderazgo (animación, coordinación, etc.) durante el proceso de creación del SIS? Si se constituyó un “grupo de trabajo”, indique su composición y modalidad de funcionamiento.
- C.26 Indique quién tomó y cómo (ocasión, voto, consenso, etc.) se tomaron decisiones en lo que se refiere a:
- los servicios cubiertos y los paquetes de beneficios
 - las cotizaciones
 - las condiciones de afiliación y de cobertura de otros beneficiarios
 - los estatutos, la organización interna
 - las modalidades de administración
 - los prestadores de atención médica
 - otros (decisiones importantes a precisar).
- C.27 ¿Se recibió asistencia técnica externa para apoyar la adopción de decisiones? ¿Quién la proporcionó? (En la sección 4 se piden precisiones referentes a la asistencia técnica).

3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

3.1 Afiliados y otros beneficiarios

C.28* El SIS permitió la afiliación de:

- personas a título individual
- grupos (incluido familias).

C.29* Precise en cada caso:

- si la afiliación era voluntaria, automática u obligatoria;
- si existía una cuota de afiliación (en caso afirmativo indique el monto);
- si debieron satisfacerse condiciones (criterios) particulares para afiliarse (pertenencia a una organización, lugar de residencia, edad, sexo, etc.). Indique si se contó con posibilidades de arbitraje con respecto a la aplicación de esas condiciones.

C.30 Al comienzo, los afiliados eran:

- sin vínculos particulares
- miembros de una misma empresa, ¿Cuál?
- miembros de un mismo sector profesional, ¿Cuál?
- miembros de un mismo pueblo o comunidad geográfica, ¿Cuál?
- miembros de un mismo grupo étnico, ¿Cuál?
- miembros de una misma organización sindical, ¿Cuál?
- miembros de una misma cooperativa o mutual, ¿Cuál?
- otros (precise).

C.31 ¿Los primeros afiliados eran representativos del conjunto del grupo destinatario o constituyeron un sub-grupo con características específicas?

C.32* Además de los afiliados, ¿Cuáles eran las otras categorías de beneficiarios de las prestaciones del SIS?

- familiares de los afiliados
- otras personas a cargo de los afiliados
- personas indigentes
- otros.

Para cada una de esas categorías de beneficiarios, ¿Cuáles fueron las restricciones aplicadas (número de miembros de la familia, vínculos de parentesco con el afiliado, edad, etc.) y las condiciones para tener derecho a las prestaciones del SIS?

C.33 Al finalizar el primer ejercicio, ¿Cuál fue el número de beneficiarios de cada categoría? ¿Dicho número fue distinto al previsto por los iniciadores del SIS? ¿Cuáles fueron las causas de dicha diferencia?

3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

C.34 Complete el cuadro n°1 de acuerdo a las indicaciones siguientes:

“Servicios”: Indique el tipo de servicio cubierto bajo el título correspondiente.

- “Personas...”: Inscriba “A” si el servicio era únicamente accesible a los afiliados y “B” cuando era también accesible a otros beneficiarios. Si las condiciones de cobertura eran diferentes para el afiliado y para los otros beneficiarios, crear dos líneas con el mismo servicio (una para los afiliados, y otra para los demás beneficiarios).
- “Co-pago”: Indique la parte del precio del servicio que quedaba a cargo del beneficiario: % si se trata de un ticket moderador, monto si se trata de una franquicia.
- “Cobertura...”: Indique el límite del monto o la duración (hospitalización) máxima de cobertura.
- “Período...”: Indique la duración del período de espera; inscriba “0” si no existe.
- “Derivación...”: Indique “S” si la derivación era obligatoria, es decir si existía la obligatoriedad de que un paciente fuera enviado desde un nivel de menor complejidad para poder ejercer sus derechos de seguro (incluido medicamentos y acciones de apoyo) a un nivel de mayor complejidad y “N” en el caso contrario.

Cuadro n°1: Beneficios ofrecidos por el SIS durante el primer ejercicio

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas					
Atención del parto					
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas no programadas					
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas					
Atención ambulatoria programada					
Todas					
Atención preventiva					
Atención ambulatoria no programada					
Todas					
Medicamentos					
Todos					
Transporte/evacuación					
Laboratorio/radiología					
Otros					

C.35 ¿Cada afiliado pudo elegir entre diferentes paquetes de beneficios o existía un único paquete de beneficios?

- C.36 ¿Cuáles fueron los principales factores que determinaron la elección de los paquetes de beneficios (servicios disponibles, afecciones más comunes, cobertura existente, capacidad contributiva de los afiliados, etc.)?
- C.37 ¿Qué fórmula utilizó el SIS para otorgar las prestaciones al afiliado?
- el afiliado pagaba y recibía el reembolso posterior del seguro
 - el prestador le cobraba directamente al seguro (pago a cargo de terceros)
 - otros.
- C.38 ¿Se instauró un sistema de seguimiento de las prestaciones (costo medio por prestación, número total de casos, número de casos/beneficiarios, etc.) desde el inicio?

3.3 Financiamiento

- C.39 En base al cuadro n° 2, precise los recursos utilizados para financiar:
- asistencia técnica, formación y estudios (pueden describirse en forma de medios empleados, por ejemplo: 1 experto contable durante 2 semanas) durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio;
 - infraestructura y equipamiento adquirido durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio;
 - costos de administración y prestaciones durante el primer ejercicio;
 - fondo inicial, si se disponía del mismo.

Indique “no se definió” en la columna “objeto” en el caso de los recursos que no se utilizaron de forma específica y que pudieron utilizarse para varios propósitos diferentes.

Cuadro n°2: Recursos utilizados para financiar la creación del SIS y el primer ejercicio

Fuente	Monto US\$	Propósito	Tipo (subvención, crédito, cotizaciones, etc.)

- C.40 Presente los diferentes tipos de cotizaciones (según las categorías de afiliados) que el SIS implementó durante el primer ejercicio. En cada caso precise:
- monto a pagar cuando la cotización es una cuota fija. Indique si se fijaron montos diferentes según la categoría de afiliados (edad, sexo, estado de salud, etc.);
 - monto de la cotización cuando se la calculó como un porcentaje del ingreso.

Indique si se fijaron porcentajes diferentes según la categoría de los afiliados (edad, sexo, estado de salud, etc.);

- modo de cálculo si el mismo estuvo vinculado con los riesgos personales del afiliado;
- período de pago y si el mismo fue fraccionable o no. Indique si se aplicaron condiciones particulares para algunas categorías de afiliados;
- forma de pago (en especie, en efectivo).

Además de los afiliados, ¿Alguien más contribuyó a financiar cotizaciones?

C.41 ¿Cuál fue el monto de las reservas o del fondo inicial cuando se iniciaron los desembolsos de las prestaciones? ¿Se determinó este monto por razones especiales?

3.4 Prestadores de atención médica

C.42 ¿Cuáles eran los prestadores de atención médica que ofrecían servicios cubiertos por el SIS al término del primer ejercicio?

- sector público (nivel y número)
- sector privado con fines de lucro (nivel y número)
- sector privado sin fines de lucro (nivel y número)
- pertenecientes a la organización responsable del SIS (nivel y número).

C.43 ¿Qué criterios fueron establecidos para elegir a los prestadores autorizados? ¿Quién efectuó la selección?

C.44* ¿Qué modalidad de facturación utilizaron los prestadores autorizados?:

- cápita anual o mensual
- monto por episodio de enfermedad (paquete)
- monto por consulta o por visita médica (pago por servicios)
- tarifa por día de hospitalización
- otros.

C.45* ¿Se establecieron convenios con los prestadores? ¿Cuáles fueron las principales cláusulas?

3.5 Administración y gestión

a) Estatutos y reglamentos

C.46 ¿Se dotó al SIS de estatutos y reglamento desde el comienzo? ¿Cómo se los definió y adoptó? ¿Cuáles fueron los principales puntos de su contenido? (adjuntar copias al informe).

C.47 ¿Tenía el SIS personería jurídica? ¿Desde cuándo?

b) Organización de la gestión

- C.48* ¿Qué organización estuvo a cargo de la gestión global del SIS? ¿Cuáles eran las estructuras encargadas de la gestión del seguro? ¿Cuáles fueron sus responsabilidades?
- C.49 ¿El aseguramiento y la gestión de servicios tenían gestiones independientes (separación de cuentas, en el caso en que la gestión del SIS fuera responsabilidad de un prestador)?
- C.50 Enumere los distintos órganos de gestión del SIS que funcionaban al término del primer ejercicio. ¿Eran exclusivos del SIS o participaban en la ejecución y gestión de otras actividades u organizaciones? ¿Cuál era su mandato? ¿Cómo se los puso en marcha?
- C.51 ¿Por quién y cómo fueron elegidos los responsables de dichos órganos?
- C.52 Complete el siguiente cuadro sobre el personal asalariado empleado por el SIS durante el primer ejercicio (indique si existían descripciones de tareas).

Cuadro n°3: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Categoría	Número		Porcentaje de tiempo dedicado al SIS

c) Sistema de información

- C.53* De los siguientes documentos, ¿Cuáles fueron introducidos desde el comienzo de las actividades o durante el primer año de funcionamiento del SIS?:
- registro de afiliados
 - tarjeta de identificación de afiliados
 - registro de pago de cotizaciones
 - registro de seguimiento de prestaciones
 - documentos de registro contable (suministre la lista).

C.54 Se estableció :

- un sistema de contabilidad para el primer ejercicio
- un presupuesto para el primer ejercicio
- un balance.

4. Asistencia técnica y formación

C.55 Si se recibió asistencia técnica (AT) durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio, complete el siguiente cuadro:

Cuadro n°4: *Asistencia técnica recibida (fase de creación y primer ejercicio)*

Organizaciones o personas que proporcionaron la AT	Propósito del apoyo realizado	Duración del apoyo (período)	Beneficiarios directos del apoyo

C.56 Si se realizaron actividades de formación durante la fase de creación del SIS y durante el primer ejercicio, complete el siguiente cuadro:

Cuadro n°5: *Formación recibida (fase de creación y primer ejercicio)*

Organizaciones o personas responsables de la formación	Objetivo de la formación	Duración de la formación (período)	Beneficiarios directos de la formación

Parte D: Características del sistema de seguro de salud

1. Grupo destinatario y beneficiarios

1.1. Grupo destinatario

D.1 Si el grupo destinatario no es el mismo que se definió en el punto C.3, precise las siguientes características:

- número total de miembros del grupo destinatario, distribución por edad y sexo
- nivel de educación (incluida alfabetización)
- localización (incluida la residencia urbana/rural) y dispersión geográfica
- exposición a condiciones sanitarias y/o riesgos de enfermedad particulares
- nivel de acceso a la atención médica y a la protección social
- principales sectores de actividad
- nivel y periodicidad de ingresos de la población destinataria, nivel de monetarización de ingresos
- pertenencia a una estructura específica (municipalidad, empresa, organización sindical, cooperativa, etc.)
- vínculos étnicos o sociales particulares

Indique las causas y principales consecuencias de la evolución del grupo destinatario.

D.2* ¿Qué categorías de personas están excluidas del grupo destinatario?

1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

D.3 El SIS permite la afiliación de:

- personas a título individual
- grupos (incluyendo familias).

D.4 Precise en cada caso:

- si la afiliación es voluntaria, automática u obligatoria
- si existe una cuota de afiliación (en caso afirmativo indique el monto)
- si deben satisfacerse condiciones (criterios) particulares para poder afiliarse (pertenencia a una organización, lugar de residencia, edad, sexo, etc.).

Indique si se cuenta con posibilidades de arbitraje con respecto a la aplicación de esas condiciones.

D.5 ¿Qué vínculos existen entre los afiliados (sin tener en cuenta la pertenencia al SIS)?

- sin vínculos particulares
- miembros de una misma empresa, ¿Cuál?
- miembros de un mismo sector profesional, ¿Cuál?

- miembros de un mismo pueblo o comunidad geográfica, ¿Cuál?
- miembros de un mismo grupo étnico, ¿Cuál?
- miembros de una misma organización sindical, ¿Cuál?
- miembros de una misma cooperativa o mutual, ¿Cuál?
- otros (precise).

D.6 ¿Cuáles son los pasos a seguir para afiliarse? ¿Quién recibe las demandas de afiliación? ¿Quién verifica la conformidad con las condiciones (criterios)? ¿El nuevo afiliado debe firmar un contrato? ¿Se debe renovar la afiliación cada año?

D.7* ¿La posibilidad de afiliación está limitada a un período de tiempo determinado? ¿La misma está restringida a una época determinada del año?

D.8 ¿Existe un registro de afiliados? Indique las informaciones que contiene.

D.9 ¿Se utilizan tarjetas de identificación de afiliados y beneficiarios? Adjunte la copia de una tarjeta de identificación. En caso contrario, ¿Cómo se identifican los afiliados?

D.10 Además de los afiliados, ¿Cuáles son las otras categorías de beneficiarios del SIS?

- familia de los afiliados
- otras personas a cargo de los afiliados
- indigentes
- otros.

D.11 Para cada una de esas categorías de beneficiarios, ¿Cuáles son las restricciones aplicadas (para una familia: número máximo de personas protegidas, vínculos de parentesco con el afiliado, edad máxima, etc.) y las condiciones requeridas para tener derecho a las prestaciones del SIS?

D.12 ¿En qué ocasiones los afiliados y los otros beneficiarios deben presentar sus tarjetas de identificación?

D.13* Resuma los principales cambios de las condiciones de afiliación al SIS desde su puesta en marcha. ¿Cómo explican los responsables del SIS dichos cambios?

1.3 Número de beneficiarios y evolución

D.14* Complete los siguientes cuadros:

Cuadro n°6: Número actual de afiliados del SIS

Edad/sexo	Hombres	Mujeres	Total
0 – 5 años			
6 – 18 años			
19 – 65 años			
Más de 65 años			

Cuadro n°7: Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios

	Año N-2 (desglosado por sexo y grupos de edad)	Año (desglosado por sexo y grupos de edad)	Año (desglosado por sexo y grupos de edad)
Número total de afiliados cotizantes			
- afiliación voluntaria			
- afiliación automática			
- afiliación obligatoria			
Número total de beneficiarios			

(NB: El año N es el último año para el cual los datos están disponibles)

Suministre precisiones en cuanto a la evolución de las cifras de los dos cuadros si la misma ha sido determinada por eventos particulares.

D.15 Si la organización responsable del SIS desarrolla diferentes actividades y gracias a ello tiene otros miembros, complete el siguiente cuadro:

Cuadro n°8: Porcentaje de crecimiento del número de afiliados del SIS y de la organización responsable

	Número actual de afiliados (desglosado por sexo y grupos de edad)	Porcentaje de crecimiento del número de afiliados desde el fin del primer ejercicio del SIS
SIS		
Organización responsable		

1.4 Causas de pérdida del estatus del afiliado

D.16 Enumere los factores (edad, estado de salud, cambio de domicilio, etc.) que llevan a la pérdida del estatus de afiliado. Indique los eventuales procedimientos aplicados. ¿Dichos factores han sido modificados desde la puesta en marcha del SIS? ¿Por qué razones?

D.17* ¿Se han excluido algunos afiliados? ¿Por qué motivos? ¿Quién tomó la decisión?

1.5 Penetración del grupo destinatario

- D.18* ¿Cuál es la proporción del grupo destinatario cubierta por el SIS? ¿Cuál ha sido su evolución durante los últimos tres años? ¿Cuáles son las proyecciones realizadas por los responsables del SIS?
- D.19 ¿El aumento del número de afiliados constituye un objetivo del SIS? ¿Qué acciones se realizaron o se han previsto para captar a los miembros del grupo destinatario dispuestos a afiliarse al SIS?

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

2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS

- D.20 ¿Cómo se efectuó la selección de los paquetes de prestaciones que propone actualmente el SIS? ¿Qué elementos se tomaron en cuenta (servicios disponibles, afecciones más comunes, cobertura existente, capacidad contributiva de los afiliados, etc.)? ¿Quién tomó las decisiones principales al respecto?
- D.21 ¿Existe un documento (u otro tipo de material) donde se establecen las prestaciones y las condiciones de cobertura? Adjunte una copia.
- D.22 Complete el cuadro n° 8 según las siguientes indicaciones:
- “Servicios”: Indique el tipo de servicio cubierto bajo el título correspondiente.
- “Personas...”: Inscriba “A” si el servicio era únicamente accesible a los afiliados y “B” cuando era también accesible a otros beneficiarios. Si las condiciones de cobertura eran diferentes para el afiliado y para los otros beneficiarios, crear dos líneas con el mismo servicio (una para los afiliados, y otra para los demás beneficiarios).
- “Co-pago”: Indique la parte del precio del servicio que quedaba a cargo del beneficiario: % si se trata de un ticket moderador, monto si se trata de una franquicia.
- “Cobertura...”: Indique el límite del monto o la duración (hospitalización) máxima de cobertura.
- “Período...”: Indique la duración del período de espera; inscriba “0” si no existe.
- “Derivación...”: Indique “S” si la derivación era obligatoria, es decir si existía la obligatoriedad de que un paciente fuera enviado desde un nivel de menor complejidad para poder ejercer sus derechos de seguro

(incluido medicamentos y acciones de apoyo) a un nivel de mayor complejidad y “N” en el caso contrario.

Cuadro n°9: Beneficios ofrecidos por el SIS

Servicios	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de Cobertura	Período de espera	Derivación obligatoria
Intervenciones quirúrgicas no programadas					
Todas					
Atención del parto					
Todas					
Hospitalizaciones medicalizadas					
Todas					
Intervenciones quirúrgicas programadas					
Todas					
Atención ambulatoria programada					
Todas					
Atención preventiva					
Atención ambulatoria no programada					
Todas					
Medicamentos					
Todos					
Transporte/evacuación					
Laboratorio/radiología					
Otros					

- D.23 ¿Cada afiliado puede elegir entre diferentes paquetes de beneficios o existe un único paquete de beneficios?
- D.24 ¿Cómo informa el SIS a los afiliados en cuanto a los servicios cubiertos y a las alternativas posibles entre los diferentes paquetes de beneficios?
- D.25* Mediante el pago de las cotizaciones correspondientes, ¿Todos los afiliados del SIS tienen la posibilidad de asegurarse para el mismo paquete de beneficios? En caso contrario, indique las causas (localización, criterios aplicados por el SIS: edad, sexo, estado de salud, etc.) de las diferencias de acceso y cómo se manifiestan las mismas.
- D.26 ¿Qué razones exponen los responsables del SIS para justificar los co-pagos? ¿Cómo se los ha determinado? ¿Existen excepciones para su aplicación? ¿En qué casos? ¿Quién toma la decisión?
- D.27 Si se aplica un período de espera, ¿Cómo se efectúan los controles en la práctica? ¿Existen excepciones en su aplicación? ¿En qué casos? ¿Quién toma la decisión?
- D.28 Si se utiliza un sistema de derivación, describa las modalidades de su funcionamiento. Indique, en particular, quién decide derivar el enfermo a un nivel superior y cuál es la implicación del SIS en dicha decisión.
- D.29 ¿Existe una cobertura para los gastos no relacionados con los servicios médicos, (transporte, alimentación, alojamiento, etc.) que los beneficiarios deban asumir para obtener el tratamiento?
- D.30 ¿Existe autorización previa para el pago de algunas prestaciones? ¿Quién la efectúa?
- D.31 ¿Los encargados de la gestión del SIS pueden efectuar un arbitraje para decidir la cobertura de los beneficiarios? Precise los casos sometidos a arbitraje y las modalidades según las cuales se realiza.
- D.32 Indique las cinco prestaciones otorgadas con más frecuencia durante los tres últimos ejercicios, así como la parte que cada una de ellas representa (porcentaje y monto) respecto a las prestaciones totales.
- D.33 ¿Cuáles son los principales cambios que sufrió el paquete de beneficios (tipo de servicios y co-pago) desde el inicio de las actividades del SIS? ¿Cuáles fueron las causas de esos cambios? ¿Cómo fueron decididos? ¿Representaron modificaciones en el monto y/o en las modalidades de cotización de los afiliados?

2.2 Pago de las prestaciones

- D.34 ¿Qué fórmula utiliza el SIS para otorgar las prestaciones al afiliado?
- el afiliado paga y recibe el reembolso posterior del seguro
 - el prestador le cobra directamente al seguro (pago a cargo de terceros)
 - otros.

- D.35 ¿Las fórmulas de pago difieren según el tipo de servicio cubierto?
- D.36 En caso que el beneficiario deba pagar directamente al prestador antes de recibir el reembolso, ¿Existe la posibilidad de obtener un adelanto para hacer frente a gastos importantes? Describa las condiciones.
- D.37 ¿Cuál es el procedimiento a seguir para el procesamiento de las solicitudes de reembolso? ¿Cómo y quién controla el derecho a las prestaciones de la persona que introdujo la solicitud de reembolso?
- D.38 ¿Cómo se controlan las facturas de los prestadores?
- D.39 ¿Qué ocurre cuando el afiliado no está al día en el pago de sus cotizaciones? ¿Las decisiones adoptadas en la realidad se ajustan en este aspecto a lo establecido en los estatutos y reglamentos?
- D.40 ¿Cuál es la proporción de solicitudes de reembolso rechazadas? ¿Cuáles son las principales causas de rechazo?
- D.41 ¿Cuál es el plazo medio de pago a partir de la presentación de una solicitud de reembolso? ¿Cómo se efectúa el reembolso a los afiliados?
- D.42 ¿Existe un documento que permita registrar (número, monto, costo medio) las prestaciones otorgadas por tipo de servicio? Describa el documento.
- D.43 ¿Las solicitudes de reembolso y los pedidos de prestaciones son proporcionalmente más importantes para algún sub-grupo particular de afiliados? (urbano, rural, por ejemplo).

2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios

a) Otros servicios financieros en el ámbito de la salud

- D.44 ¿El SIS o la organización responsable ponen a disposición de los afiliados un sistema de crédito de la salud para los servicios no cubiertos o para los co-pagos? ¿Cuál es el monto total de los créditos de salud correspondiente a los tres últimos años?
- D.45 ¿Cuáles son las condiciones de concesión (elegibilidad, monto, tasa, duración, etc.) de dicho crédito? ¿Cuál es la tasa de recaudación? ¿De donde proviene el financiamiento? ¿Es administrado por los mismos gestores del SIS?
- D.46 ¿El SIS o la organización responsable ponen a disposición de los afiliados un sistema de ahorro para la salud? ¿En qué forma? ¿Cuál es la evolución del número de afiliados que posee un ahorro para la salud? ¿Cuál fue el volumen del mismo durante los tres últimos años? ¿Cómo se invierten los fondos del sistema de ahorro para la salud? ¿Son administrados por los mismos gestores del SIS?
- D.47 ¿El SIS tiene previsto ofrecer los servicios citados en el punto anterior? En caso en que los ofreciera y pensara eliminarlos, ¿Por qué motivos lo hace?

b) *Oferta de atención médica*

- D.48 ¿El SIS provee servicios médicos directamente ? ¿Cuáles son estos servicios? ¿Cuáles fueron los criterios utilizados para definir los servicios? ¿Quién realizó la selección?
- D.49 ¿Dichos servicios fueron instituidos antes, después o al mismo tiempo que el SIS?
- D.50 ¿Esos servicios están destinados exclusivamente a los beneficiarios del SIS? ¿A qué otras personas están destinados? ¿Existen diferencias entre las condiciones de acceso de los beneficiarios del SIS y las condiciones de acceso de otros usuarios?
- D.51 ¿Cómo se financió la puesta en marcha de los servicios? ¿Cómo son financiados en la actualidad?
- D.52 ¿Se constituyó una entidad jurídicamente independiente para la actividad de oferta de atención médica?

c) *Prevención y educación para la salud*

- D.53* ¿El SIS organiza o promueve actividades de prevención y/o educación para la salud? Enumere las principales actividades realizadas en este ámbito durante los tres últimos años.
- D.54 ¿Cómo se determinan los objetivos o los temas abordados durante dichas actividades? ¿Están vinculados a los servicios cubiertos por el SIS?
- D.55 ¿Las acciones se aplican sólo a los beneficiarios del SIS, a una parte de ellos o se dirigen a toda la población de la zona afectada? ¿Quién conduce estas acciones?
- D.56 ¿El SIS organiza otro tipo de actividades en beneficio de ciertos grupos de la población (por ejemplo, ancianos o minusválidos)?

d) *Otro tipo de servicios*

- D.57 ¿Qué otros servicios propone la organización responsable del SIS a sus afiliados (precise el año de puesta en marcha de la actividad)?
- seguro de invalidez
 - pensión
 - seguro de muerte
 - otras formas de seguro (precise el objetivo)
 - ahorro/crédito
 - actividades de tipo sindical
 - educación/formación/alfabetización
 - otros.

Precise la importancia relativa de estas actividades en relación con su presupuesto y

número de beneficiarios.

D.58* ¿Cuáles son los vínculos entre dichos servicios, la dinámica de afiliación al SIS y el funcionamiento del mismo?

3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS

3.1 Fuentes de financiamiento del SIS²

a) Cotizaciones

D.59 Presente los diferentes tipos de cotizaciones (según las categorías de afiliados) en vigor en el SIS. En cada caso precise:

- monto a pagar cuando la cotización es una cuota fija. Indique si se fijan montos diferentes según la categoría de afiliados (edad, sexo, estado de salud, etc.);
- monto de la cotización cuando es un porcentaje del ingreso. Indique si se fijan porcentajes diferentes según la categoría de los afiliados (edad, sexo, estado de salud, etc.);
- modo de cálculo si el mismo está vinculado con los riesgos personales del afiliado;
- período de pago y si el mismo es fraccionable o no. Indique si se aplican condiciones particulares para algunas categorías de afiliados;
- forma de pago (en especie, en efectivo).

D.60* Si la cotización se fija en función de los ingresos del afiliado, indique cómo y quién la determina o evalúa.

D.61* Si las cotizaciones se definen por grupos de personas, presente las modalidades de cálculo de dichas cotizaciones, sus valores medios (en relación con los paquetes de beneficios), las condiciones de pago (pago fraccionado o no, frecuencia, en especie, en efectivo, etc.).

D.62 Qué cotizaciones deben pagar los beneficiarios que no son afiliados (en especial, los familiares) para acceder a las prestaciones?

D.63* ¿Existen afiliados o beneficiarios exentos del pago de cotizaciones? ¿En qué caso? ¿Quién lo decide? ¿Dicha exoneración es frecuente (% del total de afiliados)?

D.64* Además de los afiliados, ¿alguien más aporta cotizaciones?

D.65 ¿Cómo se determinó el monto actual de cada tipo de cotización? ¿Quién lo determinó?

² Solo se consideran los recursos del SIS provenientes de las cotizaciones de los afiliados, de terceros o por transferencia de otras actividades de la organización responsable del SIS. No se tienen en cuenta otras fuentes de financiamiento del SIS, en particular su capacidad de auto-financiamiento (el monto de recursos de financiamiento que su actividad genera). Los elementos relativos al equilibrio financiero del SIS se abordan en la Parte E.

D.66 Indique si las cotizaciones de los afiliados son:

- aportadas en especie
- abonadas en efectivo
- descontadas de la cuenta bancaria del afiliado
- abonadas por los empleadores de los afiliados y depositadas en una cuenta bancaria
- abonadas por una organización a la que pertenece el afiliado
- otros (precise).

D.67* ¿A quién se pagan las cotizaciones?

D.68 Si las cotizaciones no son descontadas o abonadas automáticamente, ¿El SIS organiza la recaudación? Indique las modalidades.

D.69 ¿En qué período del año (o con qué periodicidad) los afiliados deben pagar sus cotizaciones? ¿Dicho período (o periodicidad) coincide con la recepción de ingresos de los afiliados? Si no, ¿Qué razones indujeron a la selección del período (o periodicidad) de pago escogido?

D.70 ¿Se entrega un recibo a los afiliados en el momento del pago de la cotización? ¿Se utilizan otros documentos para registrar dicho pago? Adjunte copias al informe.

D.71 En caso de atraso en el pago de las cotizaciones, ¿El SIS reclama a los afiliados? Describa el procedimiento utilizado.

D.72 Complete el siguiente cuadro relativo al monto de cotizaciones durante los tres últimos ejercicios.

Cuadro n°10: Monto total de las cotizaciones recibidas

Origen	Monto total		
	Ejercicio N-2	Ejercicio N-1	Ejercicio N
Cotizaciones recibidas de los afiliados			
Cotizaciones/recibidas de otras fuentes (empleadores, etc.)			

D.73 ¿El monto de la cotización está sujeto a una revisión y ajuste periódico? ¿Por quién y en base a qué información?

D.74 ¿Cuáles son los principales cambios efectuados en el modo de cálculo y en el monto de las cotizaciones desde el inicio de las actividades del SIS? ¿Cuáles fueron las causas de dichos cambios? ¿Cómo fueron decididos? ¿Implicaron modificaciones de los paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS?

b) Cuota de afiliación, parte del capital social.

- D.75 Para afiliarse, ¿Es necesario pagar cuotas de afiliación? ¿Se reciben cuotas (recargos de las cuotas de afiliación, derechos de admisión, etc.) por los otros beneficiarios?
- D.76 ¿Cuál es el monto de dichas cuotas? (para las distintas categorías de afiliados si fuera el caso) ¿Cuándo deben ser abonadas por los afiliados?
- D.77 ¿Se introdujeron cambios en las cuotas de afiliación considerando el inicio de las actividades del SIS? ¿Se ha previsto su modificación?
- D.78 ¿Los nuevos afiliados deben adquirir partes del capital social? ¿Cómo se fijan las partes del capital social (cuota fija, proporcional a los ingresos, etc.)? ¿Cuándo deben ser abonadas? ¿En qué plazo los afiliados pueden recuperarlas en caso de renuncia a la afiliación?
- D.79 ¿Qué cambios se introdujeron en lo que se refiere a las partes del capital social desde el inicio de las actividades del SIS? ¿Se ha previsto modificar las modalidades de cálculo?

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

- D.80 ¿El Estado o las colectividades locales aportaron contribuciones financieras durante los tres últimos ejercicios? En caso afirmativo, indique:
- el monto y cómo fue fijado;
 - si respondieron a un objetivo específico;
 - si se trataba de contribuciones puntuales o regulares;
 - si su pago fue una consecuencia de la legislación, de una política nacional o de un proyecto en particular;
 - las condiciones eventuales que rigieron su pago;
 - la fecha a partir de la cual se comenzó el pago y duración estimada de dicho aporte en el futuro;
 - si el Estado aporta contribuciones del mismo tipo a otros SIS en el país.
- D.81* ¿Qué otras formas de contribución, explícitas o implícitas, del Estado recibió o está recibiendo el SIS? ¿Cuál fue su monto (o su valor en el caso, por ejemplo, de la cesión de activos), los periodos en que se las aportó, su objetivo o las razones que las motivaron?

d) Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes

- D.82* ¿Se recibieron subvenciones o donaciones después del primer ejercicio? En caso afirmativo indique:
- monto, fuente, período;
 - si tenían un objetivo específico y/o si estuvieron relacionadas con un proyecto de

- cooperación técnica;
- condiciones o requisitos para su realización;
- si está previsto el aporte de otras donaciones y subvenciones en el futuro.

e) Préstamos y créditos

- D.83 ¿El SIS recibió préstamos a mediano y largo plazo después del primer ejercicio? ¿Cuál fue su objetivo? ¿Cuáles eran los organismos de crédito? ¿Cuáles fueron los montos? ¿Se efectuó el reembolso tal como se había previsto?
- D.84 ¿Se utilizaron créditos a corto plazo en el curso de uno de los tres últimos ejercicios? ¿Se trata de una práctica corriente del SIS? En caso afirmativo, ¿Porqué dicho crédito es necesario y cómo es reembolsado? En caso negativo, ¿Porqué fue necesario durante el ejercicio en cuestión? ¿Cómo piensan los responsables del SIS efectuar el reembolso?

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

- D.85* ¿El financiamiento del SIS (contabilidad, tesorería, gestión) está claramente separado del de las otras actividades de la organización responsable? En caso contrario, ¿se prevén cambios en este sentido?
- D.86 ¿La organización responsable del SIS transfirió fondos al SIS? ¿Cuál fue el monto correspondiente? ¿En qué período? ¿En qué forma (capital, donaciones, préstamos, etc.) y en qué condiciones? ¿Por qué motivos?

g) Otros

- D.87 Presente las otras fuentes de financiamiento importantes del SIS.

3.2 Costos

- D.88* ¿Cuál fue el monto de las prestaciones pagadas por el SIS durante los tres últimos ejercicios (de ser posible desglosadas por tipo de prestaciones)?
- D.89 ¿Se calcularon los costos de administración? ¿Cuál es el monto correspondiente a los tres últimos ejercicios? ¿Cuáles son los componentes más importantes?
- D.90* ¿Cuáles son los otros costos de operación (promoción, formación, caja solidaria, etc.) del SIS?

3.3 Excedentes y distribución de excedentes

- D.91* ¿El estatus jurídico del SIS lo define como una organización con fines de lucro o no?

D.92 ¿Cuáles son las posibilidades de distribución de los excedentes del SIS?

- distribución entre los afiliados porcentaje máximo _____
- incremento de las reservas porcentaje legal mínimo _____
- saldo a cuenta nueva
- otros.

D.93* ¿Cuál fue el excedente (o déficit) del SIS durante los tres últimos ejercicios? ¿Cómo se distribuyó (o financió)?

3.4 Fondos de reserva

D.94 ¿El SIS dispone de fondos de reserva? ¿Cuál es el monto a la fecha de cierre del último ejercicio?

D.95 ¿Cuántos meses de funcionamiento del SIS cubre el fondo de reserva? ¿Existen obligaciones legales en este ámbito? ¿El SIS las respeta?

D.96 ¿Los fondos de reserva son invertidos de forma particular? ¿Existen obligaciones legales en este ámbito? ¿El SIS las respeta?

4. Prestadores de atención médica

4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS

D.97 ¿Los beneficiarios pueden recurrir a cualquier prestador o deben dirigirse únicamente a los prestadores designados por el SIS (prestadores autorizados)? ¿Cómo se informa a los beneficiarios sobre los prestadores a los cuales pueden recurrir para tener derecho a las prestaciones?

D.98* Complete el siguiente cuadro:

Cuadro n°11: Prestadores autorizados por el SIS

Nombre/Identificación prestadores	Localización		Nivel	Tipo servicios ofrecidos	Fecha de autorización

Para los prestadores públicos, indique qué entidad tiene la responsabilidad de gestión (estado federal, municipalidad, etc.).

- D.99 ¿Existen otros prestadores del mismo nivel en la(s) zona(s) de implementación del SIS (estimación del número)? ¿Existen prestadores autorizados en situación de monopolio con respecto a los afiliados del SIS?
- D.100 ¿Qué criterios fueron adoptados para elegir a los prestadores autorizados? ¿Quién efectuó la selección?
- D.101 ¿Los prestadores autorizados pueden convenir precios y contratos con el SIS?
- D.102*¿Existen problemas de disponibilidad de algunos servicios médicos cubiertos por el SIS? ¿Qué medidas se han tomado para hacer frente a esos problemas?

4.2 Relaciones entre los prestadores y el sistema de seguro

- D.103 ¿Existen acuerdos entre el SIS y los prestadores autorizados? ¿Quién está a cargo de la negociación de los acuerdos con los prestadores?
- D.104 ¿Existen convenios para especificar los términos de dichos acuerdos (anexar copias al informe)? ¿Cuál es el contenido de dichos convenios? ¿Los prestadores autorizados conceden ventajas particulares para el SIS y sus beneficiarios? Indique las ventajas otorgadas con respecto a las tarifas y a la calidad (calidad “médica” y también recepción, espera, etc.) de la atención médica y cómo se las determinó.
- D.105 ¿Se ha anulado el acuerdo con algún prestador? ¿Cuál fue el motivo? ¿Quién tomó la decisión?
- D.106*¿Los prestadores verifican el derecho a la prestación del asegurado?
- D.107 ¿El SIS dispone de un mecanismo o de actividades particulares para recoger la opinión de los beneficiarios en cuanto a la calidad de los servicios?
- D.108 ¿Se organizan reuniones regulares entre los prestadores y el SIS? ¿Cuál es su objetivo?
- D.109*¿Los beneficiarios o los responsables del SIS participan en la gestión de las actividades de los prestadores? ¿De qué manera?
- D.110 ¿Cuál fue la evolución de dicha participación en el curso de los últimos años? ¿Se han previsto nuevas medidas al respecto?
- D.111 ¿A través de los acuerdos entre el SIS y los prestadores de atención médica se ofrecen incentivos (premios, formación, etc.) al personal del cuerpo médico?

4.3 Pago a los prestadores

- D.112 ¿Qué modalidad de facturación utilizan los prestadores de atención médica?:

- Cápita anual o mensual

- monto por episodio de enfermedad (paquete)
- monto por consulta o por visita médica (pago por servicios)
- tarifa por día de hospitalización
- otros.

- D.113*¿Este modo de facturación ha evolucionado durante el curso de los últimos años? ¿Por qué razones? ¿El SIS dispone de una política definida en la materia?
- D.114 ¿Quién controla la pertinencia de la facturación de los prestadores?
- D.115 ¿Cuál es el procedimiento seguido por el SIS para el pago a los prestadores?
- D.116 ¿Cuál es el plazo medio de pago a los prestadores? ¿Existen diferencias importantes según los prestadores, el período del año, etc.?

5. Administración y gestión del sistema de seguro

5.1 Estatutos y reglamentos

- D.117 ¿Se dotó al SIS de una personería jurídica? ¿Cuál? ¿Desde cuándo? ¿Cómo se definió y adoptó?
- D.118 ¿Cuáles son las disposiciones en el plano fiscal y en materia de control, relacionadas con el estatus legal? ¿Se las aplica realmente?
- D.119 ¿El SIS está dotado de estatutos? ¿Desde cuándo? ¿Cómo se los definió y adoptó? ¿Cuáles son los principales elementos del contenido? Adjuntar copias al informe.
- D.120 ¿El SIS posee un reglamento interno? ¿Desde cuándo? ¿Cómo se lo definió y adoptó? ¿Cuáles son los principales puntos de su contenido? Adjuntar copias al informe.

5.2 Organización de la gestión del SIS

- D.121*¿Qué organización está a cargo de la gestión global del SIS? ¿Cuáles son las estructuras encargadas de la gestión del SIS? ¿Cuáles son sus responsabilidades?
- D.122 ¿El aseguramiento y los servicios de asistencia médica tienen gestiones independientes? (separación de cuentas, en caso en que la gestión del SIS esté bajo la responsabilidad de un prestador).
- D.123*¿El SIS está constituido por diferentes unidades? ¿Cuáles son las funciones y las relaciones entre dichas unidades? ¿Cuántas unidades son operativas? ¿Dónde están localizadas?
- D.124 Enumere los distintos órganos de gestión del SIS. ¿Son exclusivos para el SIS o participan en la ejecución y gestión de otras actividades u organizaciones? ¿Cuál es su mandato? Anexe el organigrama en caso en que esté disponible.

D.125 ¿Por quién y cómo son elegidos, designados o contratados los responsables de dichos órganos?

D.126 ¿Cuál es la proporción actual de mujeres entre los miembros de los diferentes órganos?

D.127 Complete el siguiente cuadro sobre el personal empleado por el SIS (indique si existen descripciones de tareas).

Cuadro n°12: Personal (asalariado o no) trabajando en el SIS

Título del puesto		Fecha de creación del puesto	Calificación del titular actual	Principales tareas
	benévolo			

D.128 Complete el siguiente cuadro relativo al personal asalariado que contribuye al funcionamiento del SIS pero que no está empleado por este último.

Cuadro n°13: Otro personal asalariado, no empleado por el SIS o voluntario

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje de tiempo de trabajo consagrado al SIS	Principales tareas

D.129 ¿Quiénes son los responsables de la gestión del SIS no asalariados y que son remunerados o indemnizados por sus funciones? ¿De qué manera, desde cuándo y por quién?

5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión

D.130 ¿Cómo se informa a los nuevos afiliados sobre sus derechos y obligaciones y sobre el funcionamiento del SIS en el momento de la afiliación?

D.131*¿Qué información se suministra a los afiliados sobre el funcionamiento del SIS? ¿Qué tipo de material se utiliza? (adjunte copias al informe). ¿Con qué frecuencia circula dicha información? ¿Quién la hace circular? Describa los esfuerzos desplegados para que dicha información sea accesible a los afiliados.

D.132 ¿Cuál es el papel (previsto por los estatutos y real) de los afiliados en:

- la selección de los servicios cubiertos
- el monto de las cotizaciones
- las modalidades de pago de las cotizaciones
- la selección de los prestadores
- la distribución de los excedentes
- la selección de los responsables
- la evaluación del funcionamiento del SIS.

D.133 ¿Las asambleas generales previstas por los estatutos se llevan a cabo efectivamente? ¿Cuál es el nivel (por ejemplo, porcentaje de asistencia) de participación de los afiliados en dichas asambleas?

D.134 ¿El SIS dispone de un dispositivo en particular para responder a los pedidos de información y los reclamos de los afiliados? En caso contrario, ¿Cómo se tratan dichos reclamos?

5.4 Gestión de las disponibilidades

D.135 ¿Quién autoriza los gastos corrientes efectivos?

D.136 ¿Dispone el SIS de una o varias cuentas bancarias? ¿Quién tiene la firma de los cheques y de los giros? ¿El banco es de fácil acceso para el SIS?

D.137 ¿Qué parte de las transacciones se efectúa en efectivo?

D.138 ¿Quién administra la caja chica? ¿Para qué se utiliza?

5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión

a) Registro contable

- D.139 ¿Dispone el SIS de una contabilidad propia? ¿Los documentos de registro contable están al día?
- D.140 ¿Los documentos de registro contable utilizados están de acuerdo a las normas y a la legislación nacional? Presente la lista de los documentos de registro contable utilizados (adjunte copias de los formularios utilizados).
- D.141 ¿Quién es el responsable de administrar los registros contables? ¿Cuál es el nivel de formación y la calificación de esas personas? ¿Recibieron formación especial para desarrollar dicha actividad?

b) Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones

D.142 Indique cuáles de los siguientes documentos utiliza el SIS y si están actualizados:

- registro de afiliados
- tarjeta de identificación de afiliados
- registro de pago de cotizaciones
- registro de seguimiento de prestaciones
- otros documentos empleados para el seguimiento de las afiliaciones, de las cotizaciones y de las prestaciones (suministre la lista).

c) Instrumentos de gestión

D.143 Se establece con carácter periódico:

- un presupuesto
- un estado (cuadro) de resultado
- un balance contable
- indicadores de funcionamiento.

D.144 Si los estados de resultado y el balance contable de los tres últimos ejercicios existen en versión resumida, adjunte copias al informe.

D.145 Si el sistema de información del SIS permite disponer de forma inmediata o dentro de un plazo razonable, proporcione información sobre:

- situación de tesorería
- evolución de las prestaciones
- recaudación de las cotizaciones
- situación de las inversiones financieras
- dinámica de afiliación (nuevos afiliados y bajas)
- costos de administración.

D.146 ¿Cuáles son las operaciones o registros realizados mediante procesos informáticos?

D.147 ¿Se elaboran informes de actividad (por ejemplo, memoria anual, informe para la superintendencia)? ¿Con qué frecuencia?

d) Formalización de los procedimientos de gestión

D.148 Enumere los formularios utilizados para el funcionamiento corriente del SIS (solicitudes de afiliación, contratos, pedidos de reembolso, pago de prestaciones, etc.).

5.6 Función de control

D.149 Enumere los controles internos practicados:

- control de caja
- control de contabilidad
- control de afiliación
- control del pago de cotizaciones
- control del derecho a cada prestación
- control de facturación de las prestaciones
- control médico (autorización previa a las prestaciones)
- otros (precise).

D.150 Precise si dichos controles se efectúan en forma regular y describa los mecanismos (o remita a las secciones que los describen).

D.151*¿Se realiza auditoría externa en el SIS? ¿De modo voluntario u obligatorio? ¿Quién asume el financiamiento de dichos controles?

5.7 Distribución de funciones

D.152 Complete el cuadro resumen n° 13 relativo a la distribución de funciones de acuerdo a las siguientes explicaciones:

Deberán tenerse en cuenta las funciones realmente ejercidas a la fecha de ejecución del estudio de caso (y no las funciones previstas por los estatutos y el reglamento interno).

Se han identificado 5 categorías de actores:

- órganos del SIS: asamblea general, consejo de administración, etc. El nombre (o abreviación) del órgano concernido deberá inscribirse en la columna correspondiente;
- personal de gestión asalariado del SIS;
- prestadores de atención médica;
- personal de asistencia técnica regular;
- prestadores externos (experto contable, auditor, etc.).

Si necesario, agregue columnas adicionales para tener en cuenta otros tipos de actores.

Cuadro n°14: Distribución real de funciones

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de prestaciones					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?					
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?					
¿Quién decide la derivación de un enfermo a un nivel superior?					
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio cubierto, costo promedio, etc.)					
Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?					
¿Quién actualiza los registros de afiliados?					
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?					
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?					
¿Quién calcula el monto o porcentaje de las cotizaciones?					
¿Quién decide el monto o porcentaje de las cotizaciones?					
¿Quién recauda las cotizaciones?					
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?					

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
Gestión de relaciones con los prestadores					
¿Quién elige a los prestadores?					
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?					
¿Quién retira la autorización a un prestador?					
¿Quién decide el pago a los prestadores ?					
Contabilidad y gestión financiera					
¿Quién efectúa los registros contables?					
¿Quién prepara el presupuesto?					
¿Quién elabora el sistema de administración contable?					
¿Quién elabora los estados de resultado?					
¿Quién establece el balance?					
¿Quién calcula los indicadores financieros?					
¿Quién propone la distribución del excedente?					
¿Quién decide la distribución del excedente?					
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?					
¿Quién cobra las créditos?					

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién decide las inversiones financieras?					
¿Quién autoriza los gastos?					
¿Quién administra la caja?					
Control					
¿Quién controla la caja?					
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?					
¿Quién controla a los beneficiarios?					
¿Quién controla el pago de cotizaciones?					
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?					
¿Quién controla la facturación de los prestadores?					
¿Quién efectúa el control médico?					
¿Quién sanciona los fraudes?					
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?					
Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario					
¿Quién decide convocar la asamblea general?					
¿Quién organiza la asamblea general?					
¿Quién designa a los responsables?					

	Organos del SIS	Personal asalariado del SIS	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica	Prestadores externos
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto a los paquetes de beneficios?					
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?					
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?					

D.153 Complete el siguiente cuadro referente a la formación recibida por los responsables y el personal.

Cuadro n°15: *Principales actividades de formación destinadas a los responsables y al personal*

Beneficiarios directos de la formación	Objetivo de la formación	Duración (período) de las actividades de formación	Organizaciones o personas que realizaron la formación	Financiamiento

5.8 Equipamiento e infraestructura

D.154 ¿La organización responsable del SIS dispone de locales? Presente una breve descripción (incluidas las oficinas descentralizadas): localización, tamaño, propiedad/locación, etc. ¿Esos locales son utilizados exclusivamente por el SIS?

D.155 Describa el equipo informático utilizado (número y tipo de computadoras, red interna) hardware y software (programas utilizados).

D.156 ¿Con qué medios de comunicación cuenta el SIS (teléfono, fax, e-mail, telex)?

D.157 ¿Con qué equipamiento cuenta el SIS (vehículos, fotocopadoras, video, etc.)?

6. Actores en relación con el SIS

6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía

D.158 ¿El SIS participa en un mecanismo de reaseguro o en un fondo de garantía? En caso afirmativo, indique:

- nombre y tipo de la estructura que gestiona el reaseguro o el fondo de garantía, sus modalidades de funcionamiento, su origen;
- contribuciones aportadas por el SIS para tener derecho al fondo de garantía;
- fecha a partir de la cual el SIS está reasegurado;
- riesgos cubiertos en la actualidad y tipo de garantías;
- otros SIS cubiertos por el mismo mecanismo de reaseguro o fondo de garantía.

D.159 ¿El SIS ha solicitado el beneficio de garantías del mecanismo de reaseguro o del fondo de garantía? ¿En qué ocasión? ¿Se benefició efectivamente de dichas garantías?

6.2 Estructuras de asistencia técnica

D.160 ¿El SIS recibe asistencia técnica ? ¿Cuál es la organización responsable?

D.161 ¿Hace cuanto tiempo que el SIS recibe esta asistencia técnica y cuando finalizará? ¿Esta asistencia técnica se proporciona con carácter periódico o de manera puntual?

D.162 ¿De qué tipo son los aportes de asistencia técnica? ¿Qué papel desempeña la asistencia técnica en la gestión del SIS? ¿Qué transferencia de responsabilidades entre la entidad de asistencia técnica y el SIS se ha programado? ¿En que período?

Responda a las mismas preguntas si se recibió asistencia técnica en el pasado. Indique las fechas.

6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social

D.163 ¿El SIS tiene relaciones con sindicatos? ¿En qué ocasión y con qué objetivo? ¿Qué categorías de trabajadores son miembro de esos sindicatos?

D.164 ¿El SIS o la estructura responsable del mismo es miembro de estructuras federativas de tipo cooperativo, asociativo o mutualista? ¿Hace cuánto tiempo? ¿Quién tomó la decisión de esta afiliación?

D.165 ¿Cuáles son los servicios brindados por esas estructuras federativas? ¿El SIS desempeña un papel importante en su gestión?

D.166 ¿El SIS estableció relaciones con cooperativas, asociaciones o mutuales? ¿En qué ocasión y con qué objetivo?

6.4 Otros actores

D.167 Describa las relaciones del SIS con otros actores tal como el sistema de seguridad social, el Estado o las colectividades locales.

Parte E: Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud

Tal como se indica en la introducción de la Guía, los estudios de casos no tienen como objetivo el análisis de la eficacia o la viabilidad de los sistemas. Sin embargo, es interesante proporcionar los indicadores de funcionamiento establecidos por el SIS, siempre y cuando existan. No se requiere la elaboración de dichos indicadores.

1. Dinámica de afiliación

- E.1 Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario.
- E.2 Proporción de los afiliados cubiertos fuera de la población objetivo.
- E.3 Tasa de crecimiento del número de afiliados.
- E.4 Porcentaje de afiliados que permanecen en el sistema en el año siguiente.
- E.5 Tasa de crecimiento fuera de la extensión geográfica original.
- E.6 Tasa de crecimiento dentro la extensión geográfica original.
- E.7 Promedio de beneficiarios por afiliado.

2. Utilización de servicios

- E.8 Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios.
- E.9 Relación entre los números promedio de utilización de los servicios por los beneficiarios y los no beneficiarios.
- E.10 Tasa de exclusión de los servicios de salud cubiertos.
- E.11 Crecimiento del promedio anual del monto de prestaciones por beneficiario.
- E.12 Relación entre el costo medio de servicios por beneficiario y no beneficiario.

3. Financiamiento y situación financiera

- E.13 Excedente o déficit (ingresos y egresos).
- E.14 Porcentaje del egreso por prestaciones en relación con el total.
- E.15 Porcentaje de cotizaciones recaudadas.
- E.16 Porcentaje de afiliados al día en el pago de las cotizaciones.
- E.17 Relación de liquidez inmediata.
- E.18 Relación de solvencia.
- E.19 Relación cotizaciones devengadas/egresos del ejercicio.

- E.20 Relación [cotizaciones devengadas+ aportes regulares]/egresos del ejercicio.
- E.21 Relación costos de administración/[cotizaciones devengadas + aportes regulares].
- E.22 Relación de cobertura de las prestaciones mensuales con las reservas.
- E.23 Relación prestaciones/cotizaciones devengadas.
- E.24 Tasa de financiamiento interna.
- E.25 Plazo de pago a los prestadores.
- E.26 Plazo de reembolso a los beneficiarios.

4. Participación de los afiliados

- E.27 Frecuencia de las asambleas generales y reuniones.
- E.28 Frecuencia de las encuestas de opinión dirigidas a los afiliados.
- E.29 Tasa de participación en las asambleas generales o reuniones.
- E.30 Tasa de participación en las elecciones.

Parte F: Punto de vista de los actores sobre el sistema de seguro de salud

Tal como se indica en la introducción, el objetivo de los estudios de caso no es realizar una evaluación del SIS. No obstante, es interesante recoger el punto de vista de los actores implicados en el funcionamiento del SIS. Si se observan diferencias en los puntos de vista de un mismo grupo de actores, las mismas deben mencionarse.

El punto de vista de los beneficiarios se presentará solo en el caso en que haya sido previamente recogido de manera sistemática por el SIS en el marco de encuestas de opinión (fuera del contexto del presente estudio).

Es interesante presentar el punto de vista de los prestadores siempre y cuando todos ellos (o gran parte de ellos) hubieran sido entrevistados por los autores del estudio. En caso contrario, no es importante referirse al parecer de dicho grupo. Las entrevistas con los prestadores son interesantes, al menos para los autores del estudio ya que les ayudará a comprender el funcionamiento del SIS y a cruzar información.

1. Procesos de evaluación

- F.1 ¿Se utilizan encuestas, reuniones u otros medios para obtener la opinión de los beneficiarios en lo que se refiere al funcionamiento del SIS? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuáles son los temas tratados? ¿Cuál es la proporción de beneficiarios afectados?
- F.2* ¿Se realizan evaluaciones internas (auto-evaluaciones) periódicamente? ¿Quién está a cargo de la preparación y de la realización de dichas evaluaciones?
- F.3 ¿Cuáles son los principales elementos examinados durante esas evaluaciones? ¿Quién analiza los resultados? ¿A quién se comunican los resultados?
- F.4 ¿Los afiliados están asociados a las evaluaciones? ¿Se informa sobre dichas evaluaciones o se las realiza en asambleas generales? ¿Se hacen esfuerzos particulares

para llevar a la atención de los afiliados la información utilizada o producida por la evaluación?

- F.5* ¿Se realizan evaluaciones externas? ¿Quién las realiza? ¿Por qué motivos? ¿Quién las financia?
- F.6 Si se realizaron evaluaciones durante los últimos tres ejercicios, resuma las conclusiones (o adjunte copias de los resúmenes, actas, etc.).
- F.7 ¿Se tomaron medidas concretas como seguimiento a las evaluaciones?

2. Punto de vista de los responsables

Recoja el punto de vista de los responsables con respecto a los puntos siguientes. No dé a conocer su opinión personal. La misma podrá ser expuesta en las conclusiones del informe. Aquí, más que en las otras partes, es importante adaptar y completar las preguntas en función de la situación específica del SIS.

2.1 Puesta en marcha del SIS

- F.8 En el proceso de puesta en marcha del SIS, ¿Cuáles son los elementos que pueden considerarse como principales factores de éxito?
- F.9 ¿Cuáles son las principales dificultades encontradas? ¿Qué se hubiera podido hacer para evitarlas?
- F.10 ¿La actitud de los diferentes actores implicados se modificó con los años? ¿Cuáles son los factores que originaron dichos cambios?

2.2 Dinámica de afiliación

- F.11 ¿Qué conocimiento del funcionamiento del SIS poseen al día de hoy los beneficiarios y los otros miembros del grupo destinatario? ¿El mecanismo de seguro ha sido bien comprendido y aceptado?
- F.12 ¿Cuáles son los factores que limitan la afiliación dentro del grupo destinatario? ¿Si dichos factores están en parte constituidos por algunas modalidades de funcionamiento adoptadas, por qué no han sido modificadas? ¿Cuáles son los temores o reparos con respecto al SIS? ¿Se prevé cambiar el grupo destinatario? ¿Por qué razones?
- F.13 ¿Por qué razones algunas personas no renuevan su afiliación?
- F.14 ¿Cuáles son los principales motivos de satisfacción o insatisfacción de los beneficiarios? ¿Se han previsto acciones específicas para reducir las insatisfacciones?

2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores

- F.15 ¿El SIS permitió mejorar el acceso de los beneficiarios a la atención médica? ¿Qué elementos o indicadores lo muestran? ¿Se han tomado medidas al respecto?
- F.16 ¿En qué medida los paquetes de beneficios corresponden a las necesidades prioritarias de salud de los beneficiarios?
- F.17 ¿La cobertura de los afiliados que no están al día en el pago de sus cotizaciones, constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS?
- F.18 ¿El SIS y los beneficiarios han demostrado interés en las actividades de prevención y de educación para la salud?
- F.19 ¿La presencia del SIS ha mejorado la calidad de la atención médica? ¿Cómo se traduce o se mide dicha mejora?
- F.20 ¿Existen problemas de acceso a los servicios cubiertos? ¿A qué se debe? ¿Qué acciones se han tomado para reducirlos?
- F.21 ¿El SIS desea cambiar el modo de facturación de los prestadores (ej: pago por acto médico o por servicio, por capitación, etc.)? ¿Qué dificultades se han encontrado frente a este posible cambio?
- F.22 Las facturas de los prestadores son cuestionadas con frecuencia por el SIS? ¿Este problema tiende a disminuir?
- F.23 ¿Qué poder de negociación tiene el SIS frente a los prestadores? ¿Cuál ha sido su evolución en el transcurso de los años?
- F.24 ¿Existen dificultades con los prestadores distintas de las mencionadas?

2.4 Pago de las cotizaciones

- F.25 ¿Cuáles son los factores que explican el atraso en el pago de las cotizaciones? ¿Si dichos factores están en parte constituidos por alguna modalidad de gestión, porqué no ha sido modificada?
- F.26 ¿Qué medidas se han tomado para reducir el atraso en el pago de las cotizaciones? ¿Se han previsto otras acciones al respecto?

2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios

- F.27 ¿Es apropiado el nivel de las cotizaciones en relación con los paquetes de beneficios? ¿Cuáles son las principales dificultades encontradas para verificar si el nivel de cotizaciones es adecuado con respecto a los paquetes de beneficios ofrecidos y para adaptarlo llegado el caso?

2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro

- F.28 ¿Cuáles son las modalidades de funcionamiento y las medidas adoptadas para limitar la selección adversa? ¿Cómo ha evolucionado la misma desde el comienzo de las actividades? ¿Constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS? ¿Qué (nuevas) medidas se consideran para disminuir la selección adversa?
- F.29 ¿Cuáles son las modalidades de gestión y las medidas adoptadas para limitar el riesgo moral? ¿Qué papel desempeña el control social? ¿Cómo ha evolucionado el riesgo moral desde el comienzo de las actividades? ¿Constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS? ¿Qué (nuevas) medidas se consideran para disminuir el riesgo moral?
- F.30 ¿Cuáles son las modalidades de gestión y las medidas adoptadas para limitar el aumento de los costos? ¿Cómo ha evolucionado el mismo desde el comienzo de las actividades? ¿Constituye un problema serio para el funcionamiento del SIS? ¿Qué (nuevas) medidas se consideran para controlar el aumento de los costos?
- F.31 El SIS cuenta con otro respaldo además de sus reservas? En caso negativo, ¿Porqué no participa en un sistema de reaseguro o de fondo de garantía?

2.7 Fraudes

- F.32 ¿Cuáles son los distintos tipos de fraude encontrados por el SIS a nivel de la gestión, de los prestadores y de los beneficiarios?
- F.33 ¿Los fraudes son numerosos? ¿Cómo evolucionaron los mismos desde el comienzo de las actividades del SIS?
- F.34 ¿Qué medidas se han tomado para reducirlos? ¿Qué papel juega en este punto el control social? ¿Cómo se explica su nivel al día de hoy? ¿Se han previsto nuevas medidas?

2.8 Administración y gestión

- F.35 ¿Existen problemas en la aplicación de la legislación y el marco regulador pertinente? ¿Se desean modificaciones del estatuto jurídico?
- F.36 Si el SIS encarga algunas operaciones a terceros, ¿Está satisfecho con la labor del agente utilizado?
- F.37 ¿La relación entre la sede del SIS y las unidades de gestión descentralizada (si existen) es satisfactoria? ¿Cuáles son los problemas encontrados? ¿Qué medidas se han previsto para mejorar esta relación?

- F.38 ¿El nivel de participación de los afiliados en la gestión del SIS es satisfactorio? ¿Cuáles son los principales puntos sobre los cuales los afiliados deberían ser consultados?
- F.39 ¿Existen problemas de capacidad o de compromiso del personal y de los responsables para la adecuada ejecución de las tareas?
- F.40 ¿El sistema de información existente responde a las necesidades? ¿Qué mejoras se pueden aportar?
- F.41 ¿Qué ventajas e inconvenientes representa el cambio periódico de los responsables? ¿Qué se podría hacer para reducir este tipo de dificultades?
- F.42 ¿El nivel de gastos de funcionamiento es satisfactorio? ¿Qué acciones se pueden emprender para reducirlo?

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

- F.43 ¿El Estado, sea a nivel nacional, subnacional o local, interfiere en el funcionamiento del SIS? ¿De qué manera? ¿Dicha interferencia tiende a aumentar o a disminuir?
- F.44 ¿Qué tipo de apoyo del Estado desea recibir el SIS? ¿Se han realizado discusiones al respecto? ¿Cuál ha sido el resultado?

2.10 Funcionamiento global

- F.45 ¿Cuáles son los nuevos servicios que se prevé introducir a nivel de la organización responsable del SIS? ¿Por qué motivos? ¿Estarán vinculados con el SIS o tendrán una influencia en el mismo?
- F.46 ¿En qué medida la situación actual y el desarrollo del SIS están vinculados a otras actividades de la organización responsable? (si se aplica).
- F.47 ¿Cuáles son los principales puntos fuertes del SIS?
- F.48 ¿Cuáles son los factores que limitan la eficacia o ponen en peligro la existencia del SIS?
- F.49 ¿Cuáles son las principales orientaciones a seguir para mejorar el funcionamiento y el impacto?

3. Punto de vista de los beneficiarios

Tal como se indica más arriba, el punto de vista de los beneficiarios será presentado sólo en el caso en que haya sido previamente recogido de manera sistemática por el SIS mediante encuestas de opinión. Siendo que dichas encuestas se han desarrollado fuera del contexto del estudio de caso, la lista de puntos a continuación se presenta solamente a título indicativo.

- F.50 Incidencia del SIS en el estado de salud de los beneficiarios. La comparación con la situación antes de la creación del SIS y con la situación de los miembros del grupo destinatario que no son beneficiarios.
- F.51 Adecuación de los servicios médicos cubiertos a las necesidades prioritarias de los beneficiarios.
- F.52 Nivel aceptable de las cotizaciones.
- F.53 Otras ventajas que proporciona el SIS.
- F.54 Nivel de conocimiento adecuado de las reglas de funcionamiento, en particular en lo referido a las condiciones de afiliación, los paquetes de beneficios y las prestaciones.
- F.55 Nivel adecuado de información, de consulta y de participación de los afiliados en el funcionamiento del SIS. Cambios deseados.
- F.56 Grado de satisfacción con respecto a la gestión del SIS.
- F.57 Grado de satisfacción con respecto a la calidad y a los precios de los servicios de atención médica. Problemas encontrados. Evolución constatada desde la creación del SIS.
- F.58 Grado de satisfacción con respecto a los procedimientos y plazos de pago del reembolso.
- F.59 Otros problemas. Cambios propuestos.

4. Punto de vista de los prestadores de atención médica

- F.60 Incidencia del SIS en la salud de los beneficiarios. Existencia de diferencias con el resto de la población.
- F.61 Efecto del SIS sobre la percepción que los beneficiarios tienen sobre sus problemas de salud. Cambios en el comportamiento.
- F.62 Aporte efectivo del SIS a los prestadores de atención médica en términos del ejercicio profesional y del aspecto financiero (en % del volumen de negocio, número de pacientes que representa la clientela beneficiaria del SIS con respecto a la clientela total).
- F.63 Contribución del SIS a la mejora de la calidad de los servicios.
- F.64 Otras ventajas e inconvenientes que representa para los prestadores el trabajo con el SIS. Problemas a solucionar. Existencia de discusiones y de puntos de divergencia con el SIS.
- F.65 Sugerencias de los prestadores al SIS para mejorar su funcionamiento e impacto.

5. Punto de vista de otros actores

Según los sistemas, otros actores tales como las autoridades locales, las autoridades sanitarias o la institución de seguridad social podrían jugar un papel en el funcionamiento del SIS. Es importante recoger el punto de vista de esos actores. Se consultará, en particular su opinión en lo que se refiere a:

- la contribución del SIS al estado de salud de la población y en general a la vida de la comunidad;
- la eficacia de su funcionamiento;
- su aporte a la mejora de la oferta y calidad de la atención médica;
- el interés de ampliar o reproducir la experiencia.

4. Informaciones complementarias para la buena utilización de la matriz

4.1 Glosario

Acceso a los servicios de salud

Se refiere a la posibilidad de recurrir a los servicios de salud. Para que los miembros de la población puedan acceder a los servicios de salud, es necesario vencer obstáculos financieros, de organización (disponibilidad de servicios de salud de calidad) y socio - culturales.

Afiliado

Designa a la persona que está inscripta y que cotiza o paga una prima al SIS. En las mutuales o cooperativas, el afiliado es miembro de la asamblea general y dispone, por lo tanto, de responsabilidades en la administración del SIS. Según los sistemas y las zonas, el afiliado puede designarse por términos tales como adherente, socio, titular, miembro.

Aportes del Estado

Aporte financiero del Estado al SIS. Las contribuciones pueden ser periódicas si son desembolsadas con carácter repetitivo en el marco de un mecanismo de apoyo estatal durante un período (determinado o no) o excepcionales cuando su desembolso corresponde a una ocasión determinada (comienzo de las actividades, adquisición de infraestructura, etc.).

Asamblea general

La asamblea general reúne a todos los afiliados. En las organizaciones de economía social (mutuales, cooperativas, asociaciones), la asamblea general es el instrumento de decisión más importante. La misma determina los objetivos y la política general.

Asistencia técnica

Es el apoyo técnico que recibe el sistema para mejorar su organización, gestión, calidad, etc.

Atención médica básica

Atención médica ofrecida a los afiliados y beneficiarios mediante estructuras médicas y que constituye el primer contacto de la población con el SIS. La atención médica básica comprende la asistencia preventiva y la promoción de la salud, la atención curativa simple

Atención ambulatoria

Tratamientos efectuados en un establecimiento médico, pero sin hospitalización del paciente.

Atención hospitalaria

Tratamientos dispensados en el marco de la hospitalización del paciente, es decir una estadía al menos un día en el hospital.

Atención médica especializada

Consultas a los médicos especialistas (ginecólogo, pediatra, cirujano, etc.), así como atención médica técnica (radiología, biología clínica, etc.).

Atención preventiva y promoción de la salud

Este tipo de atención incluye las consultas pre y post natales, el seguimiento de los recién nacidos sanos, las vacunaciones, la planificación familiar, la educación de la salud entre otros.

Atención primaria

Estrategia de desarrollo sanitario, basada en la mejora de la calidad de los servicios de salud de primer nivel, en la extensión del aspecto curativo a las intervenciones de prevención y en el estímulo de la participación activa de la población.

Autoridades sanitarias

Se designa de esta forma a las estructuras responsables de la salud pública que tienen a su cargo las zonas que son de competencia del SIS. Las autoridades sanitarias se diferencian de los prestadores públicos de atención médica debido a que su mandato consiste en la promoción de la salud y en la regulación del sector y no en la oferta de servicios de atención médica.

Balance contable

Designa la situación financiera de la empresa, la pérdida o utilidad y el inventario de la misma, es decir todo lo que una empresa posee y todo lo que adeuda.

Beneficiario

Además de los afiliados, son beneficiarios los familiares de los afiliados y/u otras personas a cargo de los afiliados que tienen derecho a prestación de acuerdo a las normas y reglamentaciones del SIS. Estos pueden tener diferentes derechos y obligaciones con respecto a los afiliados. Las condiciones de cobertura de estos beneficiarios varían significativamente según el tipo de sistema.

Beneficios (paquete)

Designan las ventajas o garantías ofrecidas por el SIS a los beneficiarios en lo que se refiere a servicios médicos.

Costos del ejercicio

Los costos constituyen lo que se ha consumido durante el ejercicio (prestaciones, costos de personal, asignación de amortizaciones, etc.). Se oponen a los resultados del ejercicio y no son necesariamente equivalentes a los gastos.

Cesión de activos

Venta o donación de activos del balance contable (se trata de inmuebles, de depósitos, de inversiones, etc.).

Consejo de administración

Es el órgano de decisión responsable de la administración del SIS. En general, no está a cargo directamente de la ejecución de actividades pero debe asegurar que las orientaciones generales sean aplicadas. Según el contexto, se lo designa con otros términos: mesa o junta directiva, etc.

Control social

Se refiere al control interno originado por las relaciones sociales entre los afiliados (se conocen, son del mismo grupo étnico, etc.). No constituye un mecanismo formal de control.

Convenios

Acuerdos realizados entre los prestadores de atención médica y el SIS. Los mismos comprenden, en la mayoría de los casos, la definición de los servicios cubiertos, las tarifas que se deben aplicar y las modalidades de pago. Los convenios, deben garantizar al afiliado la posibilidad de disponer de tratamientos médicos de calidad con tarifas razonables y previamente determinadas.

Cooperativa

Asociación de personas que se agrupan voluntariamente para lograr un objetivo común mediante la formación de una empresa controlada democráticamente, que aportan una cuota equitativa del capital que se requiere y aceptan una justa parte en los riesgos y beneficios, y en cuyo funcionamiento los socios participan activamente (Recomendación 127 sobre el papel de las cooperativas en el progreso económico y social de los países en vías de desarrollo)

Co-pago

El co-pago es el monto pagado por el afiliado de una cuota parte de los servicios médicos. El co-pago puede adoptar las formas de:

- un **ticket moderador** cuando un porcentaje del costo del servicio cubierto se deduce del monto reembolsado al afiliado. El ticket moderador se indica en porcentaje del gasto. Se lo denomina ticket moderador porque permite moderar el consumo en gastos de salud.

*Ejemplo: el SIS cubre el 80% del monto de los gastos de hospitalización. Por una factura de 10,000 pesos, el SIS reembolsará $10,000 * 80\% = 8,000$ pesos.*

- **franquicia** cuando el SIS sólo cubre los gastos superiores a un monto anteriormente determinado. Generalmente, la franquicia se fija en relación con los servicios cubiertos.

Ejemplo: el SIS determinó una franquicia de 3,000 pesos para las hospitalizaciones. Por una factura de 10,000 pesos, el afiliado será reembolsado $10,000 - 3,000$ pesos = 7,000 pesos. Si la factura hubiera sido de 2,000 pesos, el afiliado no hubiera sido cubierto por el SIS.

- **cobertura máxima** cuando el SIS no cubre los gastos superiores a un monto fijado con anterioridad.

Ejemplo: el SIS fijó una cobertura máxima de 8,000 pesos para las hospitalizaciones. Por una factura de 10,000 pesos, el afiliado será rembolsado 8,000 (si no hay franquicia).

Costos de administración

Constituyen los costos destinados a la administración y a la gestión de las operaciones corrientes, así como los salarios e indemnizaciones, alquileres, materiales, asignación de créditos, etc.

Cotización

Aporte en dinero o su equivalente en especie, pagado al SIS por el afiliado, casi siempre con carácter periódico, para tener derecho a las garantías ofrecidas por el seguro. El SIS recibe cotizaciones durante un ejercicio en contraprestación de los contratos de seguro vigentes. También se la denomina, según los sistemas: arancel, cuota, prima, etc.

Cotizaciones devengadas

Las cotizaciones emitidas durante un ejercicio son las cotizaciones que el SIS debe recibir en contraprestación de los contratos de seguro vigentes. Se llama cotizaciones percibidas al total de las cotizaciones que figuran en los ingresos de las cuentas del SIS. Las cotizaciones devengadas por un período considerado, se refieren a la parte de las cotizaciones emitidas que corresponden efectivamente a las prestaciones a pagar durante dicho período.

En el caso de un SIS al que es posible afiliarse durante todo el año y cuyo ejercicio anual cierra el 31 de diciembre, si la mitad de los afiliados cotizan (por un año) al 1ro de junio del año, el monto total de sus cotizaciones figurará en los ingresos. Sin embargo, no se puede considerar que el total de esas cotizaciones constituyan los recursos del ejercicio. La mitad de las cotizaciones deben servir para el pago de las prestaciones concedidas a los afiliados durante el ejercicio siguiente.

Cuota de afiliación

Cuantía de dinero pagada en el momento de la inscripción de un nuevo afiliado. La cuota de afiliación se distingue de la cotización y generalmente se abona una sola vez por afiliado. Cubre los gastos administrativos y no se recupera en caso de renuncia o de baja. Las cuotas de afiliación tienen también otras denominaciones como derechos de admisión, de adhesión, de entrada o de inscripción. Varios de estos términos pueden ser utilizados en un mismo SIS (por ejemplo: “derecho de afiliación” para los afiliados y “derecho de admisión” para los otros beneficiarios).

Cuota fija

Designa el monto de la prestación que se paga a los beneficiarios, el cual ha sido establecido previamente y sin tener en cuenta el monto real de los gastos médicos.

Derivación obligatoria

Se refiere a la obligación de consultar con un médico de determinado nivel antes de referirse a una estructura médica de nivel superior. El médico remite al paciente al nivel superior.

Disponibilidades

Se refiere al conjunto de recursos del que puede disponer rápidamente el SIS para hacer frente a vencimientos u otros gastos. A menudo se trata de fondos de tesorería y de títulos de crédito fácilmente convertibles en efectivo.

Ejercicio contable

Período en el cual se establecen los estados financieros del SIS. La determinación del ejercicio está sujeta a reglamentación. Generalmente, la duración de un ejercicio es de 12 meses.

Estado de resultados

El estado de resultados es el resumen de los ingresos y egresos del SIS durante un período determinado llamado ejercicio (generalmente un año). El resultado es igual a la diferencia entre los ingresos y los egresos. Dicho resultado constituye un excedente si los ingresos son superiores a los egresos, en el caso contrario, se trata de una pérdida. El estado de resultados se denomina también estado de pérdidas y ganancias, cuadro de resultado, etc.

Estudio de factibilidad financiera

Se designa así al estudio destinado a conocer, en base a proyecciones, la evolución financiera futura del SIS. El estudio de factibilidad financiera constituye una de las bases que se utilizan para determinar las relaciones beneficios/cotizaciones.

Estudio del contexto

Se designa de esta forma a todo estudio destinado a conocer mejor el contexto en el que funciona el sistema, en especial, los elementos que ejercerán una influencia en el desarrollo de sus actividades como la disponibilidad y la calidad de la oferta de atención médica, la política de salud y el marco legislativo, la demografía.

Estructura médica o estructura sanitaria

Cualquier estructura o institución que interviene en el sector de la salud en tanto que prestador de atención médica a la población (centro de salud, dispensario, consultorio médico, hospital, etc.).

Estatutos

Se refiere al conjunto de convenios y reglas adoptadas para definir los objetivos, las modalidades de funcionamiento, los derechos y obligaciones de los afiliados, los órganos de gestión, sus responsabilidades y relaciones, etc. Los grandes lineamientos de los estatutos son generalmente determinados por la legislación.

Excedente

Designa al resultado del ejercicio cuando los ingresos son superiores a los egresos. Según la legislación y al estatuto jurídico del SIS, se pueden utilizar otros términos tales como beneficios o superávit.

Fondo de garantía

Designa al fondo al que el SIS puede recurrir en caso de dificultades financieras. Por lo general, el fondo de garantía acuerda un préstamo al SIS que lo solicita. Las situaciones que permiten el recurso a dicho fondo de garantía están casi siempre bien definidas y limitadas. El fondo de garantía puede exigir modificaciones en el funcionamiento del SIS.

Fondo de reserva

Designa el capital propiedad del SIS (en oposición al capital social, cuando existe, que pertenece a los afiliados). Los mismos figuran en el pasivo del balance contable. En los sistemas de seguro, las reservas se constituyen generalmente a partir de los excedentes de los ejercicios. En general, las reservas son objeto de una reglamentación.

Fondo inicial

Se trata de una aportación destinada a la puesta en marcha del SIS a fin de garantizar el financiamiento de las primeras prestaciones en tanto que los fondos de reserva aún no se han constituido. Los fondos iniciales son aportados por actores distintos de los afiliados.

Franquicia

Ver co-pago.

Gestión de riesgos vinculados al seguro

Se denomina así al conjunto de técnicas y procedimientos destinados a reducir la selección adversa, el riesgo moral y el aumento de los costos.

Grupo destinatario

Designa al grupo de beneficiarios actuales y también potenciales del SIS; es decir el conjunto de personas al cual el sistema quiere ofrecer servicios. El grupo destinatario puede estar constituido de varios sub-grupos de personas con características comunes (nivel de ingresos, sectores de actividad, etc.).

Hospitalizaciones no previstas

Hospitalizaciones debidas a afecciones o complicaciones agudas de salud, accidentes, etc. Constituyen el opuesto de las hospitalizaciones programadas.

Ingresos generados por las reservas

Se refiere a los intereses percibidos por el SIS como resultado de la inversión de sus fondos.

Medicamentos esenciales

Los medicamentos esenciales, son aquellos seleccionados por la Organización Mundial de la Salud a causa de su importancia para prevenir o curar las enfermedades más frecuentes en un país. Esta selección permite mejorar la terapia, garantizar el buen uso de los medicamentos y contribuye a reducir los gastos de salud.

Medicamento genérico

Medicamento designado por el nombre de su principio activo más importante, y no por su denominación comercial. En general, la Denominación Común Internacional (DCI), establecida por la Organización Mundial de la Salud, corresponde al nombre genérico.

Medicina especializada

Medicina practicada por médicos especialistas tales como los dermatólogos, oncólogos, ginecólogos, etc.

Mutual de salud

Las mutuales de salud son organizaciones democráticas basadas en la ayuda mutua y la solidaridad. Las mismas son creadas y administradas por los propios miembros. A menudo, la administración de un seguro de salud forma parte de las actividades de una mutual.

Nivel de cobertura

Se refiere al grado de responsabilidad el SIS respecto de los gastos médicos asumidos por los beneficiarios.

Nivel de infraestructuras sanitarias

Conjunto de establecimientos de salud cuyas funciones son idénticas. Los dispensarios, centros de salud o consultorios, constituyen el primer nivel; los hospitales de zona, el segundo nivel; los hospitales regionales o los hospitales universitarios, el tercer nivel. En general, es necesario que un médico derive el paciente para que pase de un nivel a otro (salvo en un caso de urgencia).

Oferta de atención médica

Designa la oferta de todos los servicios de salud.

Pago a cargo de terceros

Sistema de pago de los gastos de salud, por el cual el afiliado paga al prestador solamente la parte del costo de sus tratamientos que esta a su cargo (co-pago). El SIS paga el complemento directamente al prestador.

Partes del capital social

En algunas organizaciones, en particular en las cooperativas, el afiliado debe participar a la constitución del capital (capital social). Dicha participación se materializa por medio de la adquisición de partes del capital social. Las modalidades de determinación de partes sociales difieren de un caso a otro. En general, el afiliado puede recuperar su parte social cuando decide retirarse de la organización.

Participación en los costos

Política o práctica consistente en que los pacientes paguen una parte o el total de la atención médica.

Período de espera

Llamado también período de observación o período de carencia, corresponde al tiempo durante el cual un nuevo afiliado paga sus cotizaciones sin tener derecho a los servicios del SIS. Dicho período es necesario para evitar que algunas personas se afilien únicamente en el momento en que necesitan los servicios y renuncien después (por ejemplo, afiliación en previsión de un parto). En principio, el período de espera no se aplica a todos los servicios cubiertos.

Prestaciones

Designa la toma a cargo por el SIS de los gastos médicos de los beneficiarios o de los servicios médicos que estos últimos tienen o han tenido que utilizar. Las prestaciones resultan de la aplicación de los beneficios ofrecidos por el SIS.

Prestadores de atención médica

Término general que designa a toda persona o agrupación médica que otorga tratamientos médicos a un paciente. Se usa también proveedores de asistencia médica.

Prestadores de atención médica autorizados

Se refiere a los prestadores de atención médica cuyos servicios son reconocidos por el SIS.

Presupuesto

El presupuesto es un instrumento de gestión cuyo objetivo es la enumeración de las previsiones de los ingresos y sus fuentes, y de los gastos en un período determinado, así como

Previsión

Adopción de medidas para hacer frente a un riesgo. Por ejemplo, aprovisionamiento de productos alimenticios en previsión de una sequía o de una escasez, ahorro para un casamiento, etc.

Protección social

Término general que cubre todas las garantías contra la reducción o pérdida del ingreso en casos de enfermedad, vejez, desempleo u otras contingencias, incluyendo solidaridad familiar y de grupo, ahorros individuales o colectivos, seguro privado, seguro social, prestaciones suministradas por las mutuales, seguridad social, etc. (según el Tesoro de la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998).

Reaseguro

El reaseguro es un mecanismo según el cual un SIS suscribe un contrato de seguro con otra compañía aseguradora. Se trata del seguro del asegurador. Es un seguro de segundo grado que vincula a un asegurador directo con un reasegurador. Este mecanismo permite la diversificación de riesgos y su distribución de forma más amplia.

Recaudación de cotizaciones

Se refiere al cobro de las cotizaciones adeudadas al SIS.

Registro de afiliados

Documento que permite registrar las inscripciones y, normalmente las renunciaciones o bajas. El número de afiliados y de beneficiarios figura por lo general en el registro. Recibe asimismo la denominación de registro de beneficiarios.

Registro de pago de cotizaciones

Se refiere al documento en el que se registran los pagos de las cotizaciones de los afiliados.

Registro de seguimiento de las prestaciones

Se llama así al repertorio de las prestaciones concedidas por categorías de servicios.

Reglamento interno

Documento que fija las reglas y modalidades prácticas de funcionamiento de la asociación, que todos los afiliados se comprometen a respetar para permitir una adecuada organización de las actividades. Complementa y hace más explícitos los estatutos.

Riesgo

Probabilidad de que un evento (bueno o malo) se produzca. Por ende, un evento no deseado contra el cual se asegura la persona. Los principales riesgos sociales son: enfermedad, invalidez, vejez, desempleo, fallecimiento, etc. (ver seguridad social). Los riesgos sociales positivos son: matrimonio, nacimiento, etc.

Riesgo de aumento de los costos

Los prestadores de servicios médicos pueden provocar un aumento de las prestaciones prescribiendo atención médica no necesaria sin oposición por parte del paciente quién sabe que cuenta con un seguro.

Riesgo de salud

En materia de atención médica, se establece una diferenciación entre grandes riesgos y riesgos menores. Los grandes riesgos, son aquellos que implican importantes gastos, como una hospitalización, un parto o una operación quirúrgica. Los riesgos menores, son aquellos que implican gastos menos elevados, como las consultas a un médico general o la compra de medicamentos.

Riesgo moral

El riesgo moral es el fenómeno según el cual los beneficiarios de un seguro muestran una tendencia a consumir abusivamente, o más de lo normal, los servicios propuestos con el objetivo de aprovechar al máximo las cotizaciones pagadas.

Salud

Según la definición de la Organización Mundial de la Salud: La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no consiste sólo en la ausencia de enfermedad o de incapacidad.

Seguridad social

Los regímenes nacionales obligatorios contributivos y no contributivos fundamentados normalmente en los principios de universalidad (por ejemplo, cobertura de la población total de un país) y de la cobertura general unificada contra los riesgos de enfermedad, accidentes, vejez, desempleo, etc. y pérdida del ingreso ocasionada por responsabilidades familiares (*según el Tesouro de la Oficina Internacional del Trabajo, Ginebra, 1998*).

Seguro

Sistema de cobertura de riesgos o de eventos inciertos mediante la distribución previa, entre varias personas, de los costos resultantes de dichos riesgos.

Selección adversa

Se habla de selección adversa cuando las personas expuestas a un riesgo elevado, se afilian a un SIS en mayor proporción que la población en general. Dicha situación puede comprometer la viabilidad financiera del SIS debido a los gastos elevados por afiliado.

Servicios cubiertos

Designan las categorías de servicios por los cuales el SIS ofrece beneficios. Por ejemplo, el SIS puede cubrir la atención del parto (servicio cubierto) pero no la radiología (servicio no-cubierto).

Sistema de ahorro para la salud

Algunas estructuras ofrecen a los afiliados, además de seguros, la posibilidad de realizar un ahorro de salud. Dicho ahorro se constituye en previsión de los gastos de salud futuros que no serán asumidos por el seguro. Muy a menudo, el ahorro de salud se efectúa mediante la cotización de los afiliados a cuentas individuales o a través de cartas de pago válidas ante los prestadores autorizados de atención médica. Dicha carta, comprada por el afiliado, corresponde a determinados montos de gastos en salud. Cada vez que se prestan servicios de salud, los gastos son debitados en el haber de la carta.

Sistema de crédito para la salud

Algunas instituciones ofrecen a los afiliados, además de seguros, la posibilidad de obtener un crédito de salud. Dicho crédito puede ser concedido por el pago de servicios que no son cubiertos por el SIS o los co-pagos de los servicios cubiertos.

Ticket moderador

Ver co-pago.

Unidades de administración del seguro

Son las unidades que efectúan la administración de un conjunto de cotizaciones y de prestaciones de un grupo de beneficiarios. En los pequeños sistemas, se cuenta, por lo general, con una sola unidad.

4.2 Explicaciones de los puntos abordados por la matriz

I. Parte A

- A.2: Es posible que el SIS esté ligado a una estructura que desarrolla otras actividades, por ejemplo, a una organización de productores que comercializan café o a una mutual que presta servicios de ayuda económica. En este punto se pide el nombre de la estructura a la cual el SIS está ligado.
- A.4: Se trata de la fecha (aproximada) a partir de la cual se comenzó la concepción del SIS.
- A.6: Ver A.2.
- A.8: Si el SIS ha sido registrado y reconocido por las autoridades competentes la respuesta a esta pregunta es *posée*.
- A.10: El SIS puede permitir la afiliación de individuos aislados, de familias o de grupos a la vez. Cuando se habla de afiliación de una familia, se hace referencia a la afiliación de la familia en tanto que grupo y no a la protección de los miembros de la familia del afiliado.
- A.11: Ciertos sistemas permiten la cobertura de otras personas a cargo del afiliado además de los miembros de su familia. Ciertos SIS ofrecen prestaciones a indigentes que no son afiliados (sin pago de derechos de adhesión y/o de cotizaciones).
- A.12: Por afiliación voluntaria, se entiende que el afiliado es libre de ingresar o no en el sistema. La afiliación es automática cuando la pertenencia de un miembro a un grupo (cooperativa, pueblo, sindicato, etc.) conlleva sistemáticamente su afiliación al sistema y cuando dicha fórmula es el resultado de la decisión del grupo y no de una imposición del exterior. Por afiliación obligatoria se entiende que las personas o el grupo al que pertenecen no tienen la libertad de decidir en cuanto a su afiliación al sistema.
- A.15: El número de afiliados del SIS no es necesariamente igual al número de afiliados de la estructura responsable.
- A.18: Para efectos de este estudio se considera "clase media" a las familias cuyo ingreso está entre el segundo y el cuarto quintil. La "clase media baja" corresponde al segundo quintil. Se considera el "límite de la pobreza" y la "pobreza extrema" según la definición de CEPAL para el país interesado. Será difícil obtener cifras exactas en este punto. Se darán estimaciones. Es necesario explicar en el informe sobre qué base se las calculó.
- A.20: Se trata de la zona (las zonas) en la que el SIS tiene afiliados y no de la zona de implante del grupo destinatario.
- A.23: "otras cotizaciones" designa las cotizaciones abonadas por otras personas morales o físicas que los afiliados. Puede tratarse, por ejemplo, de cotizaciones abonadas por los empleadores o por otra estructura de la cual los afiliados son miembros. Las "otras cotizaciones" se diferencian de las "contribuciones y subvenciones de otras fuentes"

siendo que estas últimas son abonadas en beneficio de los afiliados designados y no en tanto que ayuda al SIS.

- A.27: La situación descrita en el segundo ítem es la que se encuentra en la mayoría de los sistemas de seguro creados por los prestadores de asistencia médica.
- A.28: La “gestión confiada a un operador público o privado” designa los casos en que la gestión del SIS no está a cargo de la estructura responsable o de los órganos del SIS sino de una estructura exterior especialmente designada para esta tarea.
- A.29: La “asistencia técnica con regularidad” designa las formas de asistencia técnica o de apoyo suministradas al SIS de forma continua o periódicamente en el contexto de una relación de término medio entre el SIS y la estructura que proporciona la asistencia técnica. La “asistencia técnica puntual” designa las otras formas de asistencia técnica.

II. Parte B

- B.8: No olvidar de indicar junto con el monto del salario, el período al cual corresponde: día, semana, mes, etc.
- B.11: Es necesario precisar la definición de sector informal utilizada para la elaboración de los datos.
- B.14: Por “acceso a los servicios sociales”, se entiende el acceso a la educación, a la vivienda, al cuidado de niños, a la información cívica, etc. El acceso a la atención médica se trata independientemente.
- B.18: Puede resultar interesante en este punto, según la situación, distribuir el número promedio de visitas anuales según los niveles de infraestructuras sanitarias.
- B.19: Es necesario indicar en qué medida la política de salud prevé una contribución de los usuarios al financiamiento de la asistencia médica (asistencia parcial o totalmente paga). Igualmente, es importante indicar si se prevé una participación de la población a la gestión de la oferta de asistencia médica (por ejemplo, cogestión de centros de salud por comités elegidos por la colectividad) y si la misma es efectiva en la realidad.
- B.27: Por “formas tradicionales de solidaridad” se hace referencia a las prácticas usuales ligadas casi siempre a los usos y costumbres de las colectividades (o de subgrupos de las mismas) destinadas a ayudar a las personas que no pueden hacerse tratar (o hacer tratar a los miembros de sus familias) a causa de dificultades financieras.

III. Parte C

- C.3: Es posible que el grupo destinatario no se haya definido desde el principio. En ese caso, indicarlo.

- C.4: El grupo destinatario podría ser representativo del conjunto de la población de la zona de implantación o, por el contrario, constituir un subgrupo con características específicas (por ejemplo, nivel de ingresos, sector de actividad, etc.).
- C.5: En este punto hay que considerar los distintos tipos de dificultades que podía encontrar el grupo destinatario: lejanía o no disponibilidad de los servicios, calidad mediocre, precio, etc. Estas dificultades deben ser diferenciadas según el tipo de servicios (atención primaria de la salud, hospitalización, etc.).
- C.9: Puede tratarse de una persona, de una estructura o de un grupo de personas.
- C.10: Se trata de la identificación de necesidades (de los miembros del grupo destinatario) a las cuales el SIS podría aportar una respuesta.
- C.21: Es interesante obtener las actas de las reuniones o de las asambleas generales a fin de apreciar la actitud de los miembros de los grupos destinatarios frente a la creación del SIS.
- C.24: Se trata de la estructura que se consideraba “responsable” o “propietaria” (de hecho o legalmente) del SIS al comienzo. Puede tratarse de una estructura creada específicamente para gestionar el seguro o de una estructura preexistente que desarrolló al SIS.
- C.25: Puede tratarse de una estructura o de una persona diferente de las que introdujeron la idea de creación del SIS o que llevaron a cabo las diferentes actividades preparatorias (identificación de necesidades, estudios, etc.).
- C.28: El SIS puede permitir la afiliación de personas a título individual, o de grupos a la vez.
- C.29: Por afiliación voluntaria, se entiende que el afiliado es libre de ingresar o no en el sistema. La afiliación es automática cuando la pertenencia de un miembro a un grupo (cooperativa, pueblo, sindicato, etc.) conlleva sistemáticamente su afiliación al sistema y cuando dicha fórmula es el resultado de la decisión del grupo y no de una imposición del exterior. Por afiliación obligatoria se entiende que las personas o el grupo al que pertenecen no tienen la libertad de decidir en cuanto a su afiliación al sistema.
- C.32: Algunos sistemas permiten la cobertura de otras personas a cargo del afiliado además de los miembros de su familia. Algunos SIS brindan prestaciones a indigentes que no son afiliados (exentos del pago de cuotas de afiliación y/o de cotizaciones).
- C.44: Cuando se utilizan distintos sistemas de facturación, es necesario precisar si corresponden a diferentes categorías de prestadores de atención médica tal como fueron definidos en el punto C.42.
- C.45: Los “convenios” designan los acuerdos formales (que constan por escrito). Indicar si solo se han establecido acuerdos verbales.

- C.48: La gestión del SIS puede hacer intervenir distintas estructuras con un mandato diferente. Por ejemplo, una estructura A puede ser propietaria del SIS y, en consecuencia, tener el poder de decisión respecto de la organización de responsabilidades de gestión. Una estructura B puede tener el derecho de administrar el seguro y una estructura C puede efectuar el control de la gestión.
- C.53: Se debe tener en cuenta los documentos que, bajo distintas denominaciones de las que se utilizan en el punto C53, pueden cumplir funciones similares.

IV. Parte D

- D.2: Es suficiente indicar las principales categorías de personas excluidas del grupo destinatario.
- D.7: Pueden encontrarse distintos tipos de restricciones en lo que se refiere al período de afiliación. Por ejemplo, un SIS puede limitar el período de afiliación a un cierto número de meses o de años después de la fecha de su creación o al caso en el que el afiliado potencial responda a algunos criterios (edad, pertenencia a una estructura, etc.). La posibilidad de afiliación puede ofrecerse en un cierto período del año, por ejemplo de un mes determinado a otro.
- D.13: En este punto, y en todos los puntos referentes a la evolución de las características del SIS, se debe tomar como referencia la situación descrita al final del primer año de funcionamiento (Parte C).
- D.14: En algunos SIS existen afiliados que abonaron cuotas de afiliación pero que no pagan cotizaciones. Dichos afiliados no son considerados en el cuadro n°7, razón por la cual se utiliza el término de “afiliados cotizantes”. Los beneficiarios a título de persona a cargo o de miembros de la familia de los afiliados, deben enumerarse únicamente en relación con los afiliados cotizantes.
- D.17: Por exclusión se consideran las causas de pérdida del estatus de afiliado debido a la falta de respeto de los estatutos y de los reglamentos (fraude, cotizaciones adeudadas, etc.).
- D.18: Es útil precisar, si es posible, la proporción del grupo destinatario cubierta por el SIS por grupos de edad y por sexo.
- D.25: Se trata de las diferencias debidas a las “características” de los afiliados y no a las diferencias debidas a la suscripción a diferentes categorías de paquetes de beneficios. Por ejemplo, algunos servicios pueden no ser accesibles a afiliados de edad superior a la edad límite o a los afiliados que se encuentren demasiado lejos de los prestadores de servicios de salud correspondientes.
- D.53: El SIS puede organizar programas de prevención o de educación para la salud o, favorecer que programas de este tipo organizados por otras estructuras alcancen a los beneficiarios del SIS. De la misma manera, es conveniente señalar los casos en que el SIS incentiva la creación de programas de promoción/educación para la salud que no estaban destinados exclusivamente a sus beneficiarios (ver también D.59).

- D.58: Se debe indicar el punto de vista de los responsables (y presentarlo como tal en el informe).
- D.60: Este punto es particularmente importante cuando los afiliados no son asalariados.
- D.61: Por “grupos de personas” se indican los casos donde son los grupos y no sus miembros quienes deben abonar las cotizaciones, por ejemplo, una cooperativa o un sindicato.
- D.63: No se trata de casos de cobertura automática de algunas personas a cargo del afiliado, como, por ejemplo, en el caso de sistemas donde el cónyuge del afiliado queda automáticamente protegida sin pago de cotizaciones adicionales. Por “exoneración”, se entiende los casos en que una persona, por razones particulares, no debe pagar las cotizaciones normales para tener derecho a las prestaciones.
- D.64: Puede tratarse, por ejemplo, de las cotizaciones abonadas por los empleadores.
- D.67: La estructura que contabiliza el ingreso de las cotizaciones no es necesariamente el SIS. La misma puede ser, por ejemplo, una estructura a cargo de la gestión del seguro.
- D.81: Se trata de las contribuciones que pudieron ser aportadas antes de los últimos tres ejercicios y después del término del primer año de funcionamiento (las contribuciones aportadas anteriormente a esta fecha han sido consideradas en la Parte C).
- D.82: Tal como se indica en el subtítulo, no se trata de donaciones o subvenciones aportadas por el Estado, las cuales se tratan en subtítulo c) precedente.
- D.85: Es necesario indicar los elementos concretos (separación de cuentas, de contabilidades, de responsabilidades de gestión, etc.) que muestran la separación o por el contrario la fusión del financiamiento del SIS y de otras actividades de la estructura responsable. A menudo, los responsables del SIS confirman la separación sin practicarla realmente.
- D.88: Para este punto, así como para los otros puntos en los que se abordan los costos, es necesario indicar la fuente de la que se extraen los datos. Asimismo, es necesario precisar las rúbricas constitutivas de los costos (un mismo término puede abarcar diferentes realidades según el SIS).
- D.90: Por “otros costos de operación” se indica el conjunto de costos otros que los costos de administración (tal como se definen en el glosario) y de las prestaciones.
- D.91: Hay que tener en consideración las previsiones de la legislación nacional y no la apreciación de los responsables en cuanto al carácter lucrativo o no del SIS. Por ejemplo, cooperativas del mismo tipo de actividad en países diferentes serán, según las legislaciones, consideradas con fines de lucro o no.
- D.93: Mismas indicaciones que para D.88.
- D.98: Por tipo (columna 3), se entiende si es un prestador público, privado, con o sin fines de lucro. Ver A.26.

- D.102: Por “problemas de disponibilidad” se entiende la ruptura en la concesión de un servicio (por ejemplo, vinculado con el problema del material médico, con la insuficiencia de las infraestructuras destinadas a los enfermos, con la rotación del personal) así como períodos de espera excesivamente largos.
- D.106: El control del derecho a las prestaciones está por lo general a cargo de los prestadores en los sistemas de pago a cargo de terceros.
- D.109: El término “participación” se emplea en un sentido amplio. Debe mencionarse la simple consulta por los prestadores a los beneficiarios o los responsables del SIS en lo que se refiere a la gestión de sus actividades.
- D.113: Es importante mencionar las eventuales diferencias de posición entre los prestadores y los SIS en cuanto a las modalidades de facturación.
- D.121: La gestión del SIS puede implicar la participación de varias estructuras de mandato diferente. Por ejemplo, una estructura A puede ser propietaria del SIS y, en consecuencia, tener el poder de decisión en cuanto a la organización de las responsabilidades de gestión. Una estructura B puede tener el mandato de administración del seguro y una estructura C puede efectuar el control de la gestión.
- D.123: El SIS puede contar con diferentes unidades. Puede tratarse de una descentralización de funciones, por ejemplo, recaudación de cotizaciones al nivel de unidades basadas en los pueblos, gestión del seguro al nivel de un grupo de pueblos. Puede tratarse de unidades descentralizadas según las localidades, por ejemplo, gestión del seguro por la unidad A en la zona A, de la unidad B en la zona B, etc. Existe una gran diversidad de fórmulas posibles.
- D.131: Se trata de la información suministrada a los afiliados después de la afiliación. La información proporcionada en el momento de la afiliación se aborda en el punto precedente.
- D.151: Por auditoría externa se entiende el control efectuado por estructuras o por personas que no pertenecen al SIS y que no asumen responsabilidades en la gestión del mismo.

V. Parte E

Referirse a la sección 4.3 “Definición de los indicadores”.

VI. Parte F

- F.2: La “evaluación interna” comprende las evaluaciones realizadas por personas u órganos que pertenecen al SIS o a la estructura responsable.
- F.5: La “evaluación externa” comprende las evaluaciones otras que las indicadas en el punto F.2.

4.3 Definición de los indicadores

Tal como se mencionó en la introducción, el objetivo de los estudios de caso no es analizar la eficacia o la viabilidad de los sistemas. Sin embargo, es interesante proporcionar los indicadores de funcionamiento establecidos por el SIS, siempre y cuando existan. No se requiere la elaboración de dichos indicadores.

A continuación se presentan las fórmulas que permiten calcular los diferentes indicadores introducidos en la Parte E de la matriz. Dichas fórmulas no son presentadas para fines de cálculo de los indicadores durante el estudio, sino para precisar su contenido. Asimismo, se describe brevemente la función de cada indicador. Numerosos indicadores pueden calcularse teniendo en cuenta solamente el número de afiliados o el total de beneficiarios. A continuación se los presenta en función de su utilización más frecuente.

Según las peculiaridades de los sistemas, de los planes contables, de la legislación, es posible utilizar otros indicadores. Dichos indicadores deberán presentarse en el capítulo VI. del informe.

Es muy importante presentar las fórmulas utilizadas por el SIS para el cálculo de cada indicador así como los períodos a los que corresponden. En la medida de lo posible, es necesario señalar el valor de los indicadores durante los tres últimos ejercicios.

a) Dinámica de afiliación

*** Relación entre el número de beneficiarios y el número de miembros del grupo destinatario (E1)**

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el número total de beneficiarios del SIS;*
- Y el número total de miembros del grupo destinatario.*

Esta proporción da una indicación sobre el interés del grupo destinatario en el sistema, el potencial de crecimiento de este último, la representatividad de sus beneficiarios, etc. Este indicador puede descomponerse por sexo o por grupos de edad.

*** Proporción de los afiliados cubiertos fuera de la población objetivo (E2)**

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el número total de beneficiarios que no pertenecen al grupo destinatario;*
- Y el número total de beneficiarios.*

Esta proporción indica en qué medida el SIS está dirigiéndose a otros grupos de la población distintos del grupo destinatario. Una proporción elevada puede resultar de una dificultad del SIS a alcanzar el grupo destinatario y por lo tanto a realizar los objetivos fijados.

*** Tasa de crecimiento del número de afiliados (E3)**

*Es igual a $(Y-X)*100/X$, siendo:*

- X el número total de afiliados en el año N-1;*
- Y el número total de afiliados en el año N.*

La tasa de crecimiento permite seguir el crecimiento relativo del SIS durante un período determinado. Este crecimiento constituye un parámetro importante a tener en cuenta para la buena gestión del SIS.

* **Porcentaje de afiliados que permanecen en el sistema en el año siguiente (E4)**

*Es igual a $Y*100/X$, siendo:*

- *X el número de afiliados en el año N-1;*
- *Y el número de afiliados del año N-1 que cotizaron nuevamente en el año N.*

Este porcentaje proporciona una indicación sobre el interés de los afiliados en el SIS. Un porcentaje bajo es la consecuencia del desinterés de los afiliados o de problemas en el funcionamiento del SIS.

* **Tasa de crecimiento fuera de la extensión geográfica original (E5)**

*Es igual a $(Y-X)*100/X$ siendo:*

- *X el número de afiliados en el año N-1;*
- *Y el número de afiliados en el año N en los lugares donde operaba el SIS en el año N-1.*

Esta tasa mide la evolución del número de afiliados en las antiguas zonas de implantación del SIS. Permite evaluar la dinámica de afiliación cuando el sistema ha desarrollado sus actividades en nuevas zonas. La evolución global de la afiliación puede ocultar dinámicas opuestas en las nuevas y viejas zonas de implantación.

* **Tasa de crecimiento dentro de la extensión geográfica original (E6)**

*Es igual a $Z*100/X$, siendo:*

- *X el número de afiliados en el año N-1;*
- *Z el número de afiliados en las nuevas zonas de implante (implante de menos de 12 meses) del SIS.*

Esta tasa constituye una medida de la dinámica de extensión geográfica y de desarrollo del SIS.

* **Promedio de beneficiarios por afiliado (E7)**

Es igual a Y/X siendo:

- *X el número total de afiliados;*
- *Y el número total de beneficiarios.*

Este promedio constituye un indicador importante a seguir en los SIS donde las cotizaciones pagadas por los afiliados son independientes del número de personas a cargo y en los que solo se exige una cotización complementaria por persona a cargo. En esos dos tipos de sistema, se trata de un factor de viabilidad financiera determinante.

b) Utilización de servicios

* **Número promedio de utilización de servicios por los beneficiarios (E8)**

Se proporcionará este indicador para los cinco servicios cubiertos con más frecuencia por el SIS.

Por un tipo de servicios W,

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- *X el número de veces que los beneficiarios utilizaron los servicios W durante el año N;*
- *Y el número total de beneficiarios en el año N.*

Ver el significado a continuación.

* **Relación entre los números promedio de utilización de los servicios por los beneficiarios y los no beneficiarios (E9)**

Se proporcionará este indicador para los cinco servicios cubiertos con más frecuencia por el SIS.

Por un tipo de servicios W,

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el número promedio de utilización de servicios de tipo W por los beneficiarios;*
- Y el número promedio de utilización de los mismos servicios por los no beneficiarios.*

La evolución de la utilización de los servicios de salud por los beneficiarios comparada con la de los otros utilizadores constituye un indicador interesante de los resultados del SIS. Sin embargo, si una tasa superior a 1 (y en aumento) puede significar una mejora del acceso a la atención médica, puede resultar también de una sobre-consumición de los servicios.

* **Tasa de exclusión de los servicios de salud cubiertos (E10)**

Se estima esta tasa mediante una encuesta.

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el número de beneficiarios de la muestra que no pudieron hacerse asistir por los servicios cubiertos;*
- Y el número de beneficiarios total de la muestra.*

La tasa de exclusión de los servicios de salud cubiertos proporciona indicaciones en cuanto a la persistencia de los problemas de acceso a los servicios cubiertos. Dichos problemas pueden venir de causas múltiples (nivel de co-pagos, disponibilidad o calidad de los servicios, etc.) que la encuesta debe identificar.

* **Crecimiento del promedio anual de prestaciones por beneficiario (E11)**

*Es igual a $(X-Y)*100/Y$, siendo:*

- X el monto de prestaciones por beneficiario en el año N;*
- Y el monto de prestaciones por beneficiario en el año N-1.*

La evolución del monto de prestaciones por beneficiario permite hacer el seguimiento del consumo de servicios de salud. Si las prestaciones son desagregadas por categorías, será más fácil identificar las causas de fluctuaciones y tomar, en caso necesario, las medidas correctivas pertinentes (por ejemplo, para limitar el consumo excesivo o aumentar el acceso a los servicios).

* **Relación entre el costo medio de servicios por beneficiario y no beneficiario (E12)**

Para una categoría de servicios W,

Es igual a $(X+Z)/Y$, siendo:

- X el costo medio de las prestaciones acordadas por el SIS para los servicios W;*
- Z el monto del co-pago para los servicios W;*
- Y el costo medio de los servicios W para los no beneficiarios.*

Conocer el costo medio de los servicios constituye un elemento importante para la búsqueda del equilibrio financiero del SIS. La relación entre el costo medio de los servicios por beneficiario y los no beneficiarios permite identificar la existencia eventual de sobre-prescripciones.

c) Financiamiento y situación financiera

*** Excedente o déficit (ingresos y egresos) (E13)**

Es igual a $X-Y$, siendo:

- X el monto total de los ingresos del ejercicio;*
- Y el monto total de los egresos del ejercicio;*

El resultado del ejercicio (excedente o déficit) constituye un dato fundamental del funcionamiento del SIS. La existencia del déficit supone la introducción de medidas correctivas bajo pena de desaparición del SIS.

*** Porcentaje del egreso por prestaciones en relación con el total (E14)**

Se trata del monto total de las prestaciones otorgadas (pagadas o en instancia de pago) por el SIS a los beneficiarios durante un ejercicio dividido por el total de egresos.

*** Porcentaje de cotizaciones recaudadas (E15)**

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el monto de cotizaciones correspondientes a un período determinado que han sido efectivamente abonadas;*
- Y el monto total de cotizaciones que el SIS tendría que haber recibido durante el mismo período.*

Un porcentaje cercano al 100% certifica una participación activa y supone una buena capacidad de cobertura por el SIS. Por el contrario, una tasa baja indica la existencia de dificultades (nivel demasiado elevado de cotizaciones, relación inadecuada entre el período de pago de cotizaciones y los ingresos, insatisfacción de los afiliados, etc.) y puede comprometer el equilibrio financiero del SIS.

*** Porcentaje de afiliados al día en el pago de las cotizaciones (E16)**

*Es igual a $X*100/Y$, siendo:*

- X el número de afiliados al día en el pago de cotizaciones;*
- Y el número total de afiliados.*

Este indicador permite afinar la información suministrada por el indicador precedente.

*** Relación de liquidez inmediata (E17)**

Es igual a $(X+Y)/Z$, siendo:

- X el monto de los haberes en caja;*
- Y el monto de los fondos inmediatamente disponibles en el banco;*
- Z el monto de las deudas a corto plazo.*

Esta relación mide la solvencia del SIS a corto plazo, es decir su capacidad para hacer frente a los vencimientos en un corto plazo.

* **Relación de solvencia (E18)**

Es igual a X/Y , siendo:

- *X el monto de los recursos del que el SIS puede disponer sin recurrir a un préstamo;*
- *Y el monto del conjunto de las deudas.*

La relación de solvencia indica la capacidad del SIS para cubrir sus deudas a corto y mediano plazo sin recurrir a un préstamo.

* **Relación cotizaciones devengadas/egresos del ejercicio (E19)**

Es igual a X/Y , siendo:

- *X el monto de las cotizaciones devengadas del ejercicio;*
- *Y el monto de los egresos del ejercicio.*

Esta relación permite apreciar en qué medida las cotizaciones alcanzan a cubrir los egresos.

* **Relación [cotizaciones devengadas + aportes regulares]/egresos del ejercicio (E20)**

Es igual a $(X+Z)/Y$, siendo:

- *X el monto de las cotizaciones devengadas en el ejercicio;*
- *Z el monto de los aportes regulares (del Estado o de las colectividades por ejemplo) correspondientes al ejercicio;*
- *Y el monto de los egresos del ejercicio.*

Esta relación constituye una variante de la precedente. Se la utiliza en sistemas que perciben contribuciones financieras regulares provenientes de terceros.

* **Relación costos de administración/[cotizaciones devengadas + aportes regulares] (E21)**

Es igual a $Y/(X+Z)$, siendo:

- *X el monto de cotizaciones devengadas en el ejercicio;*
- *Z el monto de aportes regulares abonados (del Estado o de las colectividades por ejemplo) durante el ejercicio;*
- *Y el monto de costos de administración, es decir el conjunto de gastos destinados a la administración y a la gestión de las operaciones corrientes como los salarios e indemnizaciones, alquileres, material, asignaciones de créditos, etc.*

Esta relación y su evolución constituyen indicadores de la eficacia del SIS en el ámbito de la administración y de la gestión de las actividades corrientes.

* **Relación de cobertura de las prestaciones mensuales con las reservas (E22)**

Es igual a X/Y , siendo:

- *X el valor de las reservas al término del ejercicio (después de la afectación de los resultados);*
- *Y el monto de las prestaciones pagadas durante el ejercicio, dividido por 12.*

Esta relación constituye un indicador de la solidez financiera del SIS. En algunos casos, la ley fija un valor mínimo de dicha relación.

*** Relación prestaciones/cotizaciones devengadas (E23)**

Es igual a X/Y , siendo:

- X el monto total de las prestaciones del ejercicio;*
- Y el monto total de las cotizaciones adquiridas del ejercicio.*

Esta relación indica en qué medida las cotizaciones son utilizadas para el pago de las prestaciones. Si esta relación es baja, existe un problema financiero (por ejemplo, gastos de gestión demasiado elevados) o una sobre-estimación de las cotizaciones.

*** Tasa de financiamiento interna (E24)**

Es igual a X/Y , siendo:

- X el monto total de los recursos propios del SIS, es decir, el conjunto de recursos generados por las actividades y las cotizaciones, sin contar con contribuciones aportadas por el Estado u otros actores exteriores;*
- Y el monto total de los costos de operación del SIS, incluidos los costos asumidos por los actores exteriores que no son contabilizados en las cuentas del SIS. Se trata, por ejemplo, de los costos de personal puesto a disposición del SIS, de ciertas actividades de formación o de promoción.*

Esta tasa indica en qué medida el SIS es capaz de hacer frente al conjunto de costos a partir de sus propios recursos.

*** Plazo de pago a los prestadores (E25)**

Se trata de la duración media entre la fecha de recepción por el SIS de facturas emitidas por los prestadores y la fecha de su pago.

Un plazo de pago demasiado largo indica dificultades de tesorería o problemas de administración. El mismo puede comprometer las relaciones entre el SIS y los prestadores.

*** Plazo de reembolso a los beneficiarios (E26)**

Se trata de la duración media entre la fecha de recepción por el SIS de pedidos de reembolso proveniente de los beneficiarios y la fecha de su pago.

Al igual que el indicador precedente, un plazo de pago demasiado largo indica dificultades de tesorería o problemas de administración. El mismo puede comprometer el interés de los beneficiarios por el SIS.

d) La participación de los afiliados

*** Frecuencia de las asambleas generales y reuniones (E27)**

Es el número de asambleas generales o de reuniones por año que reagrupan a los afiliados.

Constituye un primer indicador de la participación de los afiliados en la vida del SIS.

* **Frecuencia de las encuestas de opinión dirigidas a los afiliados (E28)**

Es el número de encuestas de opinión dirigidas a los afiliados o beneficiarios durante los últimos tres años.

Constituye un indicador de la importancia otorgada a las necesidades y a la opinión de los afiliados (o beneficiarios) en el funcionamiento del SIS.

* **Tasa de participación en las asambleas generales o reuniones (E29)**

Es la relación entre el número de participantes y el número total de personas convocadas a las asambleas generales o reuniones. También puede ser calculada para los consejos de administración.

Una tasa cercana al 100% indica una gran participación y un grado elevado de motivación.

* **Tasa de participación en las elecciones (E30)**

Es la relación entre el número de votantes y el número total de personas que tienen derecho a voto.

Esta tasa es un indicador del funcionamiento democrático y participativo del SIS. El mismo indica el grado de implicación de los afiliados en su funcionamiento.

Anexos

I. Introducción

II. Descripción resumida del sistema de seguro de salud

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

1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS
2. Aspectos económicos
3. Aspectos sociales
4. Indicadores de salud
5. Articulación con la política nacional de salud y seguridad social
6. Oferta de atención médica
7. Protección social en materia de salud

IV. Puesta en marcha del sistema de seguro de salud

1. Origen del SIS
2. Etapas de la puesta en marcha del SIS
 - 2.1 Identificación de necesidades y definición de los objetivos
 - 2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera
 - 2.3 Información del grupo destinatario
 - 2.4 Inicio de las actividades
 - 2.5 Liderazgo y toma de decisiones
3. Funcionamiento durante el primer ejercicio
 - 3.1 Afiliados y otros beneficiarios
 - 3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS
 - 3.3 Financiamiento
 - 3.4 Prestadores de atención médica
 - 3.5 Administración y gestión
4. Asistencia técnica y formación

V. Características del sistema de seguro de salud

1. Grupo destinatario y beneficiarios
 - 1.1 Grupo destinatario
 - 1.2 Diferentes categorías de beneficiarios
 - 1.3 Número de beneficiarios y evolución
 - 1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado
 - 1.5 Penetración del grupo destinatario

2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el SIS
 - 2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el SIS
 - 2.2 Pago de las prestaciones
 - 2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios
3. Aspectos financieros del funcionamiento del SIS
 - 3.1 Fuentes de financiamiento del SIS
 - 3.2 Costos
 - 3.3 Excedentes y distribución de los excedentes
 - 3.4 Fondos de reserva
4. Prestadores de atención médica
 - 4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS
 - 4.2 Relaciones entre los prestadores y el SIS
 - 4.3 Pago a los prestadores
5. Administración y gestión del SIS
 - 5.1 Estatutos y reglamentos
 - 5.2 Organización de la gestión del SIS
 - 5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión
 - 5.4 Gestión de las disponibilidades
 - 5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión
 - 5.6 Función de control
 - 5.7 Distribución de funciones
 - 5.8 Equipamiento e infraestructura
6. Actores en relación con el SIS
 - 6.1 Estructuras de reaseguro y fondos de garantía
 - 6.2 Estructuras de asistencia técnica
 - 6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social
 - 6.4 Otros actores

VI. Indicadores de funcionamiento del sistema de seguro de salud

1. Dinámica de afiliación
2. Utilización de servicios
3. Financiamiento y situación financiera
4. Participación de los afiliados

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

1. Procesos de evaluación
2. Punto de vista de los responsables
 - 2.1 Puesta en marcha del SIS
 - 2.2 Dinámica de afiliación
 - 2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores
 - 2.4 Pago de las cotizaciones
 - 2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios
 - 2.6 Gestión de los riesgos vinculados con el seguro
 - 2.7 Fraudes
 - 2.8 Administración y la gestión

- 2.9 Relaciones entre el Estado y las colectividades locales
- 2.10 Funcionamiento global
- 3. Punto de vista de los beneficiarios
- 4. Punto de vista de los prestadores de atención médica
- 5. Punto de vista de otros actores

VIII. Conclusiones

Anexos

Anexo n°2

Lista de control

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
B1			
B2			
B3			
B4			
B5			
B6			
B7			
B8			
B9			
B10			
B11			
B12			
B13			
B14			
B15			
B16			
B17			
B18			
B19			
B20			
B21			
B22			
B23			
B24			
B25			
B26			
B27			
B28			
B29			
C1			
C2			
C3			
C4			
C5			
C6			
C7			
C8			
C9			
C10			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C11			
C12			
C13			
C14			
C15			
C16			
C17			
C18			
C19			
C20			
C21			
C22			
C23			
C24			
C25			
C26			
C27			
C28			
C29			
C30			
C31			
C32			
C33			
C34			
C35			
C36			
C37			
C38			
C39			
C40			
C41			
C42			
C43			
C44			
C45			
C46			
C47			
C48			
C49			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
C50			
C51			
C52			
C53			
C54			
C55			
C56			
D1			
D2			
D3			
D4			
D5			
D6			
D7			
D8			
D9			
D10			
D11			
D12			
D13			
D14			
D15			
D16			
D17			
D18			
D19			
D20			
D21			
D22			
D23			
D24			
D25			
D26			
D27			
D28			
D29			
D30			
D31			
D32			
D33			
D34			
D35			
D36			
D37			
D38			
D39			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D40			
D41			
D42			
D43			
D44			
D45			
D46			
D47			
D48			
D49			
D50			
D51			
D52			
D53			
D54			
D55			
D56			
D57			
D58			
D59			
D60			
D61			
D62			
D63			
D64			
D65			
D66			
D67			
D68			
D69			
D70			
D71			
D72			
D73			
D74			
D75			
D76			
D77			
D78			
D79			
D80			
D81			
D82			
D83			
D84			
D85			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D86			
D87			
D88			
D89			
D90			
D91			
D92			
D93			
D94			
D95			
D96			
D97			
D98			
D99			
D100			
D101			
D102			
D103			
D104			
D105			
D106			
D107			
D108			
D109			
D110			
D111			
D112			
D113			
D114			
D115			
D116			
D117			
D118			
D119			
D120			
D121			
D122			
D123			
D124			
D125			
D126			
D127			
D128			
D129			
D130			
D131			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
D132			
D133			
D134			
D135			
D136			
D137			
D138			
D139			
D140			
D141			
D142			
D143			
D144			
D145			
D146			
D147			
D148			
D149			
D150			
D151			
D152			
D153			
D154			
D155			
D156			
D157			
D158			
D159			
D160			
D161			
D162			
D163			
D164			
D165			
D166			
D167			
E1			
E2			
E3			
E4			
E5			
E6			
E7			
E8			
E9			
E10			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
E11			
E12			
E13			
E14			
E15			
E16			
E17			
E18			
E19			
E20			
E21			
E22			
E23			
E24			
E25			
E26			
E27			
E28			
E29			
E30			
F1			
F2			
F3			
F4			
F5			
F6			
F7			
F8			
F9			
F10			
F11			
F12			
F13			
F14			
F15			
F16			
F17			
F18			
F19			
F20			
F22			
F23			
F24			
F25			

Referencia	Tratado	No pertinente	Información no disponible
F26			
F27			
F28			
F29			
F30			
F31			
F32			
F33			
F34			
F35			
F36			
F37			
F38			
F39			
F40			
F41			
F42			
F43			
F44			
F45			
F46			
F47			
F48			
F49			
F50			
F51			
F52			
F53			
F54			
F55			
F56			
F58			
F59			
F60			
F61			
F62			
F63			
F64			
F65			

Anexo n°3

Disponibilidad y calidad de la información

Conteste las siguientes preguntas y agregue cualquier dato importante relacionado con la disponibilidad y la calidad de la información.

1. ¿Cuáles fueron las fuentes de información utilizadas para realizar el estudio? ¿Qué personas fueron consultadas?
2. ¿En qué aspectos del funcionamiento del SIS tuvo dificultades para obtener la información requerida? ¿Qué tipo de dificultades encontró? Por el contrario, ¿Cuáles son los aspectos del funcionamiento del SIS respecto de los cuales la disponibilidad de la información ha sido mejor?
3. En general, ¿Cómo juzga la fiabilidad de la información que ha podido conseguir? ¿Sobre qué aspectos del funcionamiento del SIS esta fiabilidad le parece más cuestionable?
4. En el caso en que la estructura responsable del SIS desarrolle varias actividades, ¿La forma en la que se lleva la contabilidad le parece que permite una clara separación entre los datos relacionados con el SIS y los demás datos?
5. En el caso en que los indicadores incluidos en la parte E no hayan estado disponibles, ¿Le parece que sería difícil elaborarlos?

Anexo n°4

Ficha de apreciación de la Guía

1. ¿Qué es lo que más ha apreciado en la presente Guía?
2. ¿Cuál es el aspecto que no le ha gustado de la Guía?
3. ¿Piensa que es necesario modificar la orientación de la matriz? En caso afirmativo, en qué sentido?
4. Fuera de la situación específica del SIS que Ud. ha estudiado, ¿Qué puntos deberían ser, en su opinión, incorporados o eliminados en la matriz?
5. ¿Qué dificultades encontró para pasar de la matriz al informe? ¿Qué modificaciones propone en el procedimiento adoptado?