

**Oficina Internacional del Trabajo – Oficina Panamericana de la Salud**

*Iniciativa para la extensión de la protección social en salud  
a los grupos excluidos en América Latina y el Caribe*

**ESTUDIO DE CASO**

**Seguro de Salud Universal  
de la Asociación Mutua del Campo**

**Matagalpa - Nicaragua**

*Elaborado por:  
Erlend Muñoz y James Cercone  
Instituto Latinoamericano de Políticas Públicas*

*San José, Costa Rica  
Julio 1999*



**Programa OIT-STEP  
Estrategias y Técnicas contra la Exclusión Social y la Pobreza  
Departamento de la Seguridad Social**

## I. Introducción

Antes de estudiar las principales aristas relacionadas con el Sistema desarrollado por la Mutua del Campo se considera importante hacer un recorrido histórico general de la situación social y política en Nicaragua dentro del cual surge el proyecto de la Mutua del Campo.

Durante el régimen somocista (previo a 1979), el cual se había apropiado de un vasto territorio aprovechado la dictadura imperante, los servicios de salud se concentraban en las grandes ciudades del pacífico, el resto del país se encontraba en un estado de desatención social, principalmente la zona atlántica del país. Esa situación obligaba a la mayoría de la población a recurrir a las cabeceras departamentales para poder atender sus requerimientos de atención médica.

En 1979 triunfa la revolución sandinista, y el nuevo gobierno se apropia del área que estaba en manos de la dictadura de Somoza y que se conoció como el Área Propiedad del Pueblo (APP); a partir de aquí inicia un auge de los servicios sociales a la población. En muchas fincas se establecen Unidades de Protección Estatal (UPE) en donde se brindaba a la población servicios de salud.

En el año de 1990 el gobierno sandinista pierde las elecciones y asciende al poder el grupo neoliberal presidido por la señora Violeta Barrios de Chamorro. Con Violeta al frente del poder se inicia un esquema de compactación de servicios sociales que buscan disminuir el gasto público, deteriorando así los logros sociales previamente alcanzados y propiciando el surgimiento de servicios privados de salud y educación; además el APP se divide: una parte es devuelta a sus antiguos dueños (durante el régimen somocista), otra parte a combatientes contrarrevolucionarios, el resto a desmovilizados de gobernación y del ejército sandinista.

Al ver menospreciados sus intereses con la repartición de tierras, una agrupación sindicalista conocida como Asociación de Trabajadores del Campo (ATC), sale en defensa de parte de la APP y logra rescatar para sí la llamada Área Propiedad de los Trabajadores (APT).

En la APT funcionaban seis empresas agropecuarias: en el municipio de Tuma La Dalia, la Alfonso Nuñez Rodríguez con cinco fincas y la Juan de Dios Muñoz con dos fincas; en el municipio de San Ramón la Charle Haslam y la Dennis Gutiérrez, ambas con cuatro fincas; en el municipio de Jinotega funcionaban la Juan Martínez y la Jorge Volg, con tres y cuatro fincas respectivamente. Cabe destacar que los trabajadores de estas empresas podían ser clasificados en tres tipos: los socios, quienes eran dueños de las empresas; los trabajadores permanentes, no son socios pero trabajan durante todo el año en las fincas; y

los trabajadores temporales, los cuales trabajaban en las fincas solo ciertas épocas (principalmente en periodos de cosecha).

Durante el período entre 1991 y 1993 las UPE son debilitadas al punto que las empresas agropecuarias establecen sus propias clínicas para resolver en parte las necesidades de salud de los trabajadores del campo.

En este contexto se crea en setiembre de 1995, por iniciativa de miembros de la ATC, el proyecto independiente la Mutua del Campo con objetivos y reglamentos propios, financiado con fondos de un organismo de Bélgica llamado Fondo de Cooperación al Desarrollo (FOS).

La Mutua del Campo constituye una experiencia innovadora de iniciativa local para el desarrollo de la protección social en el campo de los servicios de salud de nivel primario. Se trata de una asociación civil sin fines de lucro que a la fecha no cuenta con personería jurídica. Mediante el Sistema Mutual de Atención Primaria, el programa cubre a más de 1.100 afiliados (titulares directos) y sus familiares, y funciona en un ámbito territorial eminentemente rural. Se financia mediante las cotizaciones de los afiliados, transferencias de utilidades por concepto de otras actividades, y con el apoyo financiero de la cooperación internacional.

## II. Descripción resumida del Sistema de Salud

Esta sección proporciona una descripción resumida del sistema de seguro de salud. La misma está destinada a ayudar al lector a entender y analizar la información contenida en el resto del estudio.

1. Nombre del sistema de seguro: **Sistema Mutua de Salud Universal**
2. Nombre de la organización responsable del SIS o propietaria (si la propiedad fue definida legalmente): **Mutua del Campo**
3. Dirección de la sede social del SIS: **Barrio El Progreso, de ESSO Calero 50 varas al oeste, Matagalpa, Nicaragua**
4. Fecha de creación del SIS (concepción): **setiembre, 1995**
5. Fecha de inicio de las actividades del SIS (pago de las primeras prestaciones): **setiembre, 1995**
6. Fecha de creación de la organización responsable del SIS: **setiembre, 1995**
7. Organización responsable del SIS:
  - asociación civil sin fines de lucro
  - 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
8. Personería jurídica del SIS:
  - Posee
  - No posee, está en trámite
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

10. Tipo de afiliados:

- personas a título individual que pertenecen a grupo de trabajadores organizados  
 grupos  
 otros

11. Beneficiarios:

- familia: **cónyuge e hijos menores de 15 años de edad que no trabajan**  
 otras personas a cargo  
 personas indigentes  
 otros

12. Adquisición del carácter de afiliado:

- voluntario  
 automático  
 obligatorio

13. Número actual de afiliados del SIS clasificados por edad: **Al 30 de mayo de 1999 se tiene registrados 1.125 afiliados de los cuales alrededor del 40% son mujeres. La distribución exacta por sexo y edad no está disponible a la fecha.**

14. Número actual de beneficiarios del SIS: (no hay datos referidos a la edad de los afiliados): **No se posee el número exacto, pero a mayo de 1999, podrían ser unos 5.625<sup>1</sup>.**

15. Número total de afiliados a la organización responsable del SIS: **Igual al número de afiliados al sistema. Ser afiliado al sistema es condición necesaria y suficiente para ser afiliado de La Mutua del Campo (organización responsable).**

16. Zona residencia de afiliados y beneficiarios:

- zona rural, porcentaje aproximado: **100%**  
 zona urbana  
 zona peri-urbana

---

<sup>1</sup> Este dato surge del supuesto que el afiliado en promedio tiene una familia de cinco miembros.

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: **trabajadores del campo organizados**
- 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

18. Situación económica de los afiliados: **No se tiene información disponible. Pero los afiliados son trabajadores con salarios diarios entre 11 y 15 córdobas (US\$0.93 y US\$1,27)<sup>2</sup>.**

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 étnica
- según ingresos
- no pertenencia a una organización particular (empresa, cooperativa, sindicato etc.)
- otros

20. Zona geográfica cubierta por el SIS: **Municipios de Tuma La Dalia, Jinotega, San Ramón y Matagalpa.**

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

- servicios ambulatorios
- atención hospitalaria (internación)
- medicina especializada
- prevención y promoción de la salud
- farmacia
- atención del parto normal
- exámenes de laboratorio
- radiología
- vacunaciones
- otros: **Exodoncia, Papanicolau**

---

<sup>2</sup> A lo largo del todo el documento se supone que la conversión de córdobas a dólares se hace a razón de 11,8 córdobas por dólar.

22. Costo total del servicio en el último ejercicio (último año en su defecto):  
**Información no disponible.**
23. Modalidades de financiación del seguro de salud:
- cotizaciones de afiliados
  - otras cotizaciones: **de los patronos de los trabajadores.**
  - 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
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
25. Monto promedio de cotizaciones pagadas por afiliado en el último año:  
**monto 240 córdobas equivalente US\$ 20,33<sup>3</sup>**
26. Prestadores de servicios autorizados:
- sector público
  - sector privado con fines de lucro número **1: odontólogo** nivel: **2**
  - sector privado sin fines de lucro número **1: Profamilia** nivel: **1 y 2**
  - organización responsable del SIS número **4** nivel: **1**
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
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

---

<sup>3</sup> Este monto utiliza una cotización de 20 córdobas mensuales por afiliado y se debe destacar que la mitad debe ser cotizado por el patrono. A partir de 1999 los nuevos afiliados deben pagar 30 córdobas mensuales (la mitad el empleador).

29. Asistencia técnica:

- se beneficia de asistencia técnica continua desde **setiembre, 1999**
- beneficia de asistencia técnica con carácter periódico
- beneficia de asistencia técnica puntual
- no beneficia de asistencia técnica

30. Participación en un sistema de reaseguro:

- si
- no

31. Participación en un fondo de garantía:

- si
- no

32. Otros actores que desempeñan un papel importante en el funcionamiento:  
**Administraciones de empresas y fincas colaboran en el proceso de promotoría y recaudación de las cotizaciones de los afiliados.**

### III. Contexto en que funciona el Sistema de seguro de salud

Esta parte trata de presentar una visión fotográfica del contexto local en el que desarrolla sus actividades el SIS.

#### 1. Aspectos demográficos del área de funcionamiento del SIS

El Sistema de salud desarrollado por la Mutua del Campo comprende geográficamente parte de los departamentos de Matagalpa y Jinotega. Específicamente los municipios de Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia y San Ramón. En vista de la falta de disponibilidad de información en relación a los municipios, los aspectos y datos se referirán principalmente a los departamentos antes mencionados.

El siguiente cuadro resume algunas características sobresalientes sobre aspectos demográficos en los departamentos de Matagalpa y Jinotega:

**Cuadro N°1. Algunas estadísticas demográficas de los departamentos de Matagalpa, Jinotega y dato Nacional, Censo 1995**

Concepto	Departamento		Nacional
	Matagalpa	Jinotega	
Población	383.776	257.933	4.357.099
Tasa de crecimiento	3,3	3,1	2,7
Superficie (km <sup>2</sup> )	8.523	9.755	121.428
Densidad (personas por km <sup>2</sup> )	45	26,4	35,9
Número de miembros del grupo familiar	6	6	6

Fuente: INEC, Censos Nacionales, 1995; personal de la Mutua del Campo; The World Bank, *The little Data Book, 1999*.

Importante es observar la distribución de la población de los municipios en donde el Sistema de salud funciona. A continuación se exhibe un cuadro que divide a la población en las categorías de urbano y rural.

**Cuadro N°2. Distribución porcentual de población en rural y urbana, Censo 1995**

Categoría	Municipio				Nacional
	Matagalpa	San Ramón	Tuma La Dalia	Jinotega	
Población	104.381	23.061	43.887	77.222	4.357.099
Urbano	56,9%	6,75%	6,5%	39,9%	63%
Rural	43,1%	93,25%	93,5%	60,1%	37%

Fuente: La información del censo poblacional fue suministrada por cifras oficiales, setiembre de 1996.

En relación a la composición de la población nicaraguense por grupos de edad, para 1995, el 48,1% de la población rural es menor de 15 años; la proporción correspondiente es de 39,5% en Managua urbano y 40,1% en otros urbanos. La proporción a nivel nacional (43,7%) ratifica a Nicaragua como un país joven<sup>4</sup>. La población rural entre los 15 y 49 años es del 42%, mientras que el dato de ese mismo grupo de edad a nivel nacional es del 46,2%.

Por su parte, la clasificación por sexo, el dato para las zonas rurales indica que el 51,12% de sus habitantes son hombres; mientras el dato nacional es del 48,8%.

En relación a las corrientes migratorias, tradicionalmente durante los periodos de cosecha (principalmente del café), trabajadores del campo de diferentes zonas del país se trasladan hacia la zona pacífico norte y central en busca de trabajo. Estas inmigraciones han mermado debido a las devastadoras consecuencias por el paso del huracán Mitch que a destruido pueblos, sembradíos, puentes, carreteras, etc, debilitando la capacidad productiva de la zona. Debido a la crisis social y económica por la que atraviesa Nicaragua, muchos residentes de la región en donde funciona el Sistema han tenido que emigrar a otras regiones del país o incluso fuera de éste (ejemplo, hacia Costa Rica) en busca de empleo y otras oportunidades que aumenten su bienestar.

## 2. Aspectos económicos

Los principales sectores de actividad de la población y creación de empleo de la zona<sup>5</sup> son la agricultura (café, maíz, hortalizas), el comercio de bienes terminados y el sector gubernamental. El porcentaje de empleos del sector informal y movilidad entre el sector informal y formal no estaba disponible al momento de realizar el presente estudio.

El salario diario para los obreros campesinos oscila entre los C\$11 y C\$15 córdobas (US\$0,93 y US\$1,27), es decir, unos C\$300 (US\$25,42) córdobas al mes, y no ha sido definido en términos legales. Aunque no se cuenta con el ingreso por habitante en los municipios abarcados por el Sistema, las estadísticas nacionales muestran que el Producto Nacional Bruto (PNB) per cápita en Nicaragua es de US\$410.<sup>6</sup>

Importante es ver la distribución del ingreso promedio del hogar<sup>7</sup> en términos per cápita, tanto a nivel de las zonas rurales como a nivel nacional. El cuadro que se

---

<sup>4</sup> Se entiende por Managua, el estrato urbano de la región de Managua; por Urbano y Otros urbanos, el estrato urbano de las otras regiones; y por Rural, el estrato rural de todas las regiones (incluyendo Managua).

<sup>5</sup> Zona se refiere al área de influencia del Sistema de Seguro de Salud.

<sup>6</sup> The World Bank, *The little Data Book, 1999*.

<sup>7</sup> Se entiende por hogar a las unidades familiares autónomas en cuanto a la toma de decisión y realización de gastos.

muestra a continuación clasifica en términos porcentuales los hogares según su nivel de ingreso.

**Cuadro N°3. Distribución del ingreso promedio per cápita. Zona urbana y Nacional, 1995. (en dólares estadounidenses)**

Ingreso promedio per cápita	Porcentaje de hogares	
	Rural	Nacional
< 7,89	51,8%	32,5%
8,02-16,44	22,4%	19,6%
16,57-32,89	15,6%	21,3%
33,02-65,78	7,3%	15,4%
65,9-131,57	2,1%	7,3%
>131,57	0,9%	4%

**Fuente:** Management Sciences for Health, Estudio de Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua. 1995.

El 74,2% de las familias que habitan en zona rural percibe un ingreso per cápita menor a los US\$16,57, el porcentaje a nivel nacional muestra al 52,1% de las familias ubicadas en este mismo intervalo de ingresos. Lo anterior da una idea del nivel de pobreza que experimenta el país, principalmente en las regiones campesina, como es el caso de Matagalpa. En este sentido, el 93,5% de la población rural vive por debajo de la línea de pobreza (ingresos menores a dos canastas básicas de alimentos US\$7,89-US\$32,89), mientras que el 78,2% está en situación de pobreza extrema<sup>8</sup>.

En relación al desempleo, la Administración de la Mutua estima que en los municipios de Matagalpa y Jinotega, alrededor del 50% y 60% de la Población Económicamente Activa (PEA) se encuentra sin trabajo. A nivel nacional la tasa de desempleo abierto era del 65% (1995).

En relación a los gastos de bolsillo en salud, para 1995, a nivel nacional, el 8% de las personas que visitaron un proveedor de salud pagaron gastos de transporte, pagando en promedio US\$1,18. El costo de la consulta fue de US\$4,47 para el 7% de los pacientes que tuvo que pagar. La gran mayoría (96%) no tuvo que pagar por los medicamentos recibidos en la misma institución; sin embargo 11% de ellos tuvo que hacer compras por US\$10,26 de medicamentos en farmacias y otros lugares. El gasto en laboratorio, estimado en un promedio de US\$6,31, lo hizo el 3% de los pacientes. En resumen, el gasto total del episodio, para los que tuvieron que pagar algo fue de US\$9,73. Refiriéndose a todos los pacientes con problemas de salud, el gasto promedio gastado por episodio fue de US\$0,78 en cuanto a gastos en la institución proveedora y de US\$1,97 en cuanto a gastos totales, incluyendo transporte y medicamentos fuera de la institución.

<sup>8</sup> Management Sciences for Health, Estudio de Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua. 1995.

El cuadro siguiente muestra la distribución porcentual de los gastos que la población nicaragüense realiza en atención curativa ambulatoria tanto nivel rural como nacional.

**Cuadro N°4. Distribución porcentual de los gastos de atención curativa ambulatoria. Población rural y nacional. Nicaragua, 1995.**

Rubro	Rural	Nacional
Transporte	9,6	4,5
Consulta	16,9	16,7
Medicina institucional	16,5	11,6
Médico privado	47,9	55,7
Laboratorio	6,9	10,5
Gasto institucional (2+3+5)	40,3	38,7

Fuente: Management Sciences for Health, Estudio de Demanda de Servicios de Salud-Nicaragua. 1995.

### 3. Aspectos sociales

El nivel de alfabetización de los pobladores del área de influencia del SIS es del 70%, a pesar de ello su nivel de escolaridad promedio es de 2° y 3° grado de educación primaria, pues debido a la dura situación socioeconómica por la que atraviesan, deben de buscar empleo desde muy temprana edad.

Tanto los servicios de salud, como de educación, vivienda, agua potable, carreteras, medios de transporte, etc., han sido por años de condición precaria. Esta situación ha venido a agudizarse con la ocurrencia de fenómenos naturales adversos (ejemplo, huracán Mitch).

Según datos del Banco Mundial<sup>9</sup>, en 1999, el 93% de la población urbana de Nicaragua tiene acceso a agua potable, el 50% de las matriculas en la escuela primaria corresponde a mujeres, apenas el 10% de las carreteras están asfaltadas, y 29 personas de cada 1.000 posee teléfono.

En el momento del estudio no se suministró información disponible sobre las organizaciones de base más representativas. A pesar de ello es interesante destacar, como dato adicional, que la principal organización de base de la población que habita el área de funcionamiento del Sistema de salud es la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC) quien agrupa a la mayoría de los obreros campesinos de la zona.

### 4. Indicadores de salud

En relación a este punto los principales datos que destacan son: en la zona de influencia del SIS la esperanza de vida al nacer es de 56 años para los hombres y 60 años para las mujeres, estos datos a nivel nacional (período 1990-1995)

<sup>9</sup> The World Bank, The Little Data Book 1999.

eran 64,8 años para los hombres y 68,5 años para las mujeres. La tasa de mortalidad infantil en el área de actividad del Sistema es de 85 por cada mil, mientras que a nivel nacional es de 53 por cada mil y de 150 por cada mil en el caso de la tasa de mortalidad materna.

En los municipios de Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia y San Ramón, las principales enfermedades que padece la población son las infecciones respiratorias agudas (neumonías, amigdalitis, gripe y otitis), enfermedades diarreicas agudas (ejemplo, cólera), desnutrición, parasitosis, diabetes, epilepsia, hipertensión arterial y brotes de malaria.

En lo que refiere al acceso a ciertos servicios sanitarios básicos, el siguiente cuadro muestra los porcentajes de la población que es beneficiada con disfrute de agua potable y tenencia de letrinas, clasificada por municipios.

**Cuadro N°5. Porcentaje de población rural beneficiada con agua potable y letrinas, según municipio, a diciembre de 1998.**

Municipio	% Poblac. Rural agua	% Poblac. Rural letrinas
Matagalpa	44%	42%
San Ramón	91%	97%
Tuma La Dalia	45%	45%
Jinotega	45%	62%

**Fuente:** Programas de agua potable desarrollado por el Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillado.

El deteriorado estado de salud de la población que habita en los municipios mencionados se refleja en la frecuencia con que una misma persona visita los establecimientos de salud. Según el administrador de la Mutua en los adultos esa frecuencia de visitas es de alrededor de 10 veces por año, mientras que en los niños es mayor: 16 veces.

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

El Sistema de salud desarrollado por la Mutua del Campo se involucra en programas desarrollados por el Ministerio de Salud.

A través de los puestos médicos y el trabajo de promotoría de la Mutua, el MINSA ejecuta programas de vacunación y de prevención de enfermedades en la población de influencia del SIS. No existe para lo anterior un marco regulador específico. A pesar de ello tanto el MINSA como la Mutua obtienen beneficios de esta relación: el primero al contar con estructuras organizativas de la población civil que facilita la ejecución de sus programas; la segunda al brindar a sus beneficiarios servicios adicionales para la mejora de su salud.

## 6. Oferta de atención médica

En relación a la oferta de atención médica, el área de influencia del SIS cuenta con dos hospitales: uno ubicado en el departamento de Matagalpa y otro en el de Jinotega (a nivel nacional existen veintidos). Además para cada uno de esos lugares se registran cantidades determinadas de médicos, enfermeras y parteras que resultan insuficientes para hacer frente a la demanda de atención médica en la zona. El siguiente cuadro muestra el número específico de cada una de las categorías.

**Cuadro N°6. Número de médicos, enfermeras y parteras de los departamentos de Matagalpa, Jinotega y dato Nacional.**

Concepto	Departamento		Nacional
	Matagalpa	Jinotega	
<i>Población</i>	383.776	257.933	4.357.099
Médicos	200	101	4.500
Enfermeras	650	320	7.100
Parteras	370	196	1.600

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

Esta oferta de atención médica se ubica geográficamente cerca de los centros urbanos con lo cual se dificulta aún más el acceso de la población campesina a los servicios médicos.

Tanto en la zona de implementación del SIS como en el resto de Nicaragua existen prestadores de atención públicos y privados (con y sin fines de lucro). A pesar de ello estos servicios se encuentran concentrados principalmente en las zonas urbanas. El trabajo de las fundaciones y asociaciones sin fines de lucro (como La Mutua del Campo) en materia de atención en salud se constituyen en una importante ayuda para las poblaciones rurales, cuya mayoría está excluida de estos servicios. Aunque se trató de conocer la proporción de prestadores de atención médica que pertenecen a los distintos sectores (públicos, privados) que funcionan tanto a nivel nacional como a la zona de funcionamiento de cobertura del proyecto La Mutua, no fue posible acceder esa información.

## 7. Protección social en materia de salud

Tradicionalmente la población que habita en el área de influencia del Sistema se encuentra desprotegida y fuera del ámbito de esquemas de solidaridad que le aseguren el contar con servicios de salud. El problema tiende a agudizarse en vista de la expansión y desarrollo de oferentes de atención médica privados y que está dirigido a la población con poder adquisitivo suficiente para comprar servicios médicos y agravado por una difícil situación fiscal del gobierno que le impide dedicar suficientes recursos para mejorar y ampliar los servicios que prestan al grueso de la población. De lo anterior las formds El sector externo a través de ONG, han ejercido un papel importante en lo que refiere al desarrollo

de programas de ayuda y mejoramiento de la calidad de la salud de la población desprotegida. Desafortunadamente estas ayudas solo abarca un pequeño grupo de beneficiarios y son de carácter efímero.

Nicaragua posee un Sistema de seguridad social bastante integrado en términos de organización, característica que prevalece desde la creación del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) en 1955-57. Los trabajadores del sector público en Nicaragua no tienen un régimen especial de seguridad social, pues se encuentran cubiertos por el INSS, sólo quedan fuera de éste el ejército, la Policía y los empleados del Ministerio de Gobernación.

Dentro del INSS existen tres regímenes de afiliación y financiamiento del Seguro Social. El Régimen Integral, que cubre los riesgos de invalidez, vejez y muerte (IVM), y riesgos profesionales, que además contiene una contribución solidaria para un Sistema universal e integral conocido como el Sistema Único de Salud (SNUS); el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, y Riesgo profesionales sin aporte solidario en salud; y el Régimen Facultativo, para los grupos no asalariados, que cubre los riesgos de IVM y enfermedad y maternidad (EM).

Además coexisten prestaciones económicas para incapacidad temporal, funeral y otros programas de servicios sociales de carácter complementario.

El INSS posee la Administración de programas de prestaciones IVM tales como el de Víctimas de Guerra y Especiales No Contributivas (combatientes, mineros, etc.).

Desde 1993 el INSS ha venido implementando el Programa de Salud Previsional exclusivamente para los afiliados al Régimen Integral. Este programa opera a través de una separación entre el financiamiento-compra (a cargo del INSS) y provisión de servicios (realizada por Empresas Médicas Previsionales).

Los hospitales y demás establecimientos destinados a la atención médica del seguro social son propiedad del Estado (INSS) y administrados por el Ministerio de Salud (MINSa). El INSS actúa como recaudador de aportes solidarios de los trabajadores y empleadores (9% de los salarios de cotización), los cuales deben ser transferidos mensualmente al MINSa para financiar el SNUS. Desde 1992 no se transfiere dicho porcentaje al MINSa debido a que con esto se está financiando el funcionamiento de las Empresas Médicas Previsionales.

En forma independiente del INSS, funcionan dos programas que brindan prestaciones económicas y de salud: a los integrantes del Ejército Nacional (creado en 1995) y del Ministerio de Gobernación creado en 1996 y que incluye a la policía que era parte de la antigua guardia nacional.

En cuanto a los grupos de personas que se encuentran incluidos en el campo de aplicación de la atención médica del Sistema de seguridad social se tiene que para 1995 alrededor del 14,3% de la Población Económicamente Activa (PEA) de Nicaragua (estimada en 1.458.995), estaban cubiertos por algún programa de

seguridad social del INSS<sup>10</sup>. La mayor parte de ellos son trabajadores asalariados.

A pesar que la Ley Orgánica de Seguridad Social establece que todas las personas que se encuentren vinculadas por un contrato de trabajo tácito o explícito o por nombramiento, estarán obligatoriamente cubiertas por el INSS, la realidad del caso es que la gran parte de la población se encuentra excluida de un régimen de seguridad social.

Dentro de los principales obstáculos para la extensión de la cobertura se encuentran:

- ◆ Para 1994 el 60,4% de la PEA ocupada era informal, este porcentaje se incrementa a 92,8% para empleados por cuenta propia y a 93% entre los trabajadores familiares no remunerados, ambos excluidos de cobertura obligatoria por el INSS.
- ◆ Una barrera para la incorporación de los trabajadores informales (especialmente los independientes o por cuenta propia) al régimen facultativo del INSS, es la altísima contribución que deben pagar (más de tres veces la del trabajador asalariado en el régimen integral) debido a la falta de empleador que es el que aporta el grueso de la cotización cuando existe una relación de dependencia.
- ◆ El alto porcentaje de desempleo abierto (excluido de cobertura) que alcanzó el 65% en 1995.
- ◆ El grado de ruralidad: los departamentos con los porcentajes mayores de la población rural tienen una cobertura poblacional que fluctúa entre el 0,1% y 0,6%. En 1984 la distribución del total de asegurados entre las zonas urbana y rural era de 72,2% y 27,8% respectivamente, pero dicha distribución había empeorado en 1994 a 93,4% y 6,6%.

El 96% de todos los asegurados se concentra en los tres departamentos más urbanizados. La cobertura del INSS por ramas económicas fluctúa de 3,8% en agricultura a 67%-100% en finanzas y seguros, y comercio formal.

Las actividades económicas con mayor ingreso y los departamentos más urbanizados son los que gozan de una mayor cobertura y viceversa. Cubrir al 80% de la población tomaría entre el 44% y 47% del PIB con el Sistema y estructuras actuales del INSS.

En vista de lo anterior, la población debe hacer frente a los problemas de salud, bien sea destinando parte de su ingreso a gastos privados en salud (los cuales son relativamente altos y fuera del alcance de la mayoría de la población), o utilizando la medicina tradicional (hiervas, raíces) suministrada por los curanderos y las comadronas. Esto es especialmente válido en aquellas regiones del país donde la cobertura del sector de atención formal no existe o es muy limitada. El proceso de privatizaciones y deterioro de la atención pública

---

<sup>10</sup> Según los datos suministrados por el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social.

sanitaria, a tendido a dar cada vez mayor importancia a este tipo de medicina “casera” y a verse urgida de la aparición de proyectos de salud desarrollados por fundaciones y asociaciones sin fines de lucro cuyo financiamiento y existencia dependen de donaciones realizadas por organismos internacionales.

## **IV. Puesta en marcha del Sistema de seguro de salud**

Esta sección se ocupa de detallar los aspectos relacionados con la génesis del Sistema de salud. Se estudiará el surgimiento y desarrollo durante el primer ejercicio así como el papel desempeñado por cada uno de los actores involucrados.

### **1. Origen del SIS**

La implementación del Sistema de Seguro de Salud (a partir de aquí denominado Sistema) por parte del proyecto la Mutua del Campo<sup>11</sup> se desarrolló en un contexto caracterizado por la falta de servicios de salud para la población en general, principalmente aquella de menor capacidad adquisitiva. La limitada cantidad de prestadores (dos centros estatales y cinco centros privados) tenían como servicios principales la atención médica a nivel primario y la venta de medicamentos genéricos de uso frecuente (centros privados). Además la calidad del servicio era, en promedio, considerada inferior a la que se podía encontrar a nivel departamental o nacional. En relación a la administración, los centros públicos municipales estaban guiados por las directrices emanadas a nivel departamental sin tomar en consideración las características y necesidades propias de cada localidad municipal; por su parte, los centros privados eran administrados bajo metas lucrativas que excluían a la mayoría de los habitantes de la zona. Lo anterior contribuía a que los pobladores, obreros campesinos, buscaran alternativas rústicas para satisfacer sus necesidades de salud, así pues se calcula que en la zona circunscrita al municipio de Matagalpa existían al menos 20 curanderos o médicos naturistas autóctonos.

Esta limitada oferta de servicios médicos poseía sus propias características de financiamiento, así pues, en lo que respecta al sector público, en el plano nacional, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INS) cotizaba entre un 4% y 9% del ingreso de los asalariados en zonas urbanas, pero en el plano local, aunque no había cotización, en vista que la mayoría de pobladores eran campesinos, el servicio de atención era muy básico y brindado principalmente por el Hospital primario y el Puesto de salud ubicado en La Dalia. El financiamiento privado se constituía principalmente por los pagos contra servicio o medicamento vendido por el puesto respectivo, y cuyo acceso estaba limitado a un pequeño número de personas con los medios económicos suficientes para gozar del servicio.

Una vez puesto en marcha el proyecto de la Mutua (setiembre, 1995), se determinó que el grupo destinatario estaría compuesto únicamente por

---

<sup>11</sup> Asociación civil en salud, sin fines de lucro, actualmente en proceso de adquirir personería jurídica, y gobernada por sus propios estatutos, reglamentos y normativas. Su objetivo fundamental es crear un sistema de atención primaria para los campesinos y pobladores del campo, dando mayor énfasis a grupos de riesgo, mujeres y niños.

trabajadores del Área Propiedad de los Trabajadores (APT)<sup>12</sup> y pertenecientes a las empresas agropecuarias Alfonso Nuñez y Juan de Dios Muñoz. Posteriormente, en vista que se observa una baja cobertura en la atención médica y disponibilidad de medicamentos, se decide ampliar, aproximadamente tres meses después de iniciado el Sistema, el grupo destinatario incluyendo así a los familiares de los trabajadores afiliados al Sistema (cónyuge hijos menores de 15 años de edad). Este grupo destinatario *potencial* fue calculado en aproximadamente 15.000 personas entre socios y familiares. Entre las características más sobresalientes de este conjunto de personas se mencionan las siguientes: alrededor de un 58% son varones y 42% mujeres; el 50% de ellos poseen edades menores a los 15 años, el 35% edades entre los 15 y 40 años, el resto (15%) son mayores a los 40 años de edad. En cuanto al nivel de instrucción educativa, se estima que alrededor del 60% de los beneficiarios están alfabetizados y el 25% con nivel de primaria aprobado.

Además la población de interés, y que en su totalidad es de tipo rural, está dispersa en un área de 500 km<sup>2</sup> dentro del municipio conocido como Tuma La Dalia (cuya extensión es de 6.000 km<sup>2</sup>). Se dedican a la agricultura (principalmente maíz, frijol, café, hortalizas) para el intercambio y el autoconsumo, y en menor grado en la actividad pecuaria (ganados menores). Para esas actividades productivas utilizan herramientas muy rudimentarias concordantes con los niveles de carencia económica y social que impera en la zona. En esta misma línea se calcula que alrededor del 20% de la producción se monetiza a través del intercambio y el 80% restante es destinada para el consumo propio. La población destinataria en su mayoría perciben ingresos cada 6 meses (en periodos de cosecha) con un salario equivalente a 8 córdobas (US\$0,67) por día.

Como se mencionó anteriormente los beneficiarios son obreros campesinos que pertenecen directa o indirectamente al APT o bien a las empresas agropecuarias del Área Privada (AP) y cuyos vínculos étnicos son en su mayoría con mezquitas establecidos desde hace años en el lugar.

Según manifiesta el actual administrador de la Mutua (Dr. Augusto González), las condiciones sanitarias en el área a ser cubierto por el Sistema no contaba con agua potable, tampoco se usaban letrinas, además puede observarse prácticas promiscuas y la convivencia dentro de una misma vivienda de animales y personas; todo ello viene a contribuir a aumentar el riesgo de contraer enfermedades particulares que ya eran frecuentes tales como enfermedades infecto contagiosas, infecciones respiratorias, cólera, malaria, desnutrición, muerte materna, vejez prematura, diarreas agudas, y un sinnúmero de enfermedades similares que se agravaban al existir una generalizada desatención social que se exceptúa solo para aquellos campesinos pequeños propietarios con ingreso suficiente a satisfacer sus necesidades de atención médica. Todas estas características eran ciertas no solo para los beneficiarios

---

<sup>12</sup> Territorio asignado el grupo sindicalista conocido como Asociación de Trabajadores del Campo.

potenciales del Sistema, sino, para la población de todo el área geográfica en donde el Sistema pretendía funcionar.

Bajo esas condiciones no era extraño suponer que el grupo destinatario enfrentaba una serie de dificultades para poder acceder a los diferentes servicios de atención médica, dentro de las principales estaban los bajos salarios, falta de empleo que se agudizaba en los meses del año en que no era época de cosecha, familias numerosas con pocas fuentes de ingreso, y la distancia a los centros hospitalarios y puestos de salud disponibles de forma limitada. Estas dificultades se agravaron a principios de la década de los años noventa con la entrada en vigencia de políticas económicas del gobierno de turno tendientes a disminuir el déficit fiscal a través de una disminución del gasto público, sacrificando para ello recursos públicos que otrora (década de los ochenta) eran destinados a programas sociales (educación, vivienda y salud) dirigidos a aumentar el bienestar de la población nicaragüense.

En este contexto en que, aparte de las clínicas de salud con que ya contaba la ATC para los trabajadores campesinos, reina la falta de protección social surge, de forma innovadora, la experiencia de seguro de salud en la zona (Tuma La Dalia). El grupo destinatario no conocía de ninguna experiencia similar constituyéndose en todo un reto cuyo objetivo era llenar necesidades básicas en salud para una población con carencia prácticamente total de ese tipo de servicios.

A pesar de no contarse con experiencias previas en materia de salud, el grupo destinatario antes de la creación del Sistema se encuentran agrupados en diversas organizaciones sindicales, religiosas, agrupaciones de mujeres, cooperativas, etc. Pero la Mutua del Campo fue creada separadamente de estas organizaciones, aunque los beneficiarios inicialmente son a su vez miembros de sector sindical de la Asociación de Trabajadores del Campo (ATC). Previo a la creación del SIS algunos miembros del grupo destinatario que eran secretarios de los sindicatos de finca, o asociados a la comisión de la mujer, desempeñaban el papel de solicitar y plantear las necesidades en salud ante la organización departamental de la ATC y de las administraciones de las agrupaciones respectivas (autoridades administrativas). Este procedimiento tenía la limitante que no brindaba permanente atención médica para resolver las necesidades diarias de los asociados.

A partir de 1990 los directivos departamentales de ATC se dan a la tarea de buscar organismos donantes que faciliten recursos para crear un Sistema de salud que de respuesta a las necesidades de salud de sus asociados. Es así como en 1992 se contacta al Fondo de Cooperación al Desarrollo (FOS), de Bélgica, quién a su vez está interesado en desarrollar un esquema de financiamiento, organización y colaboración en materia de salud a partir de los principios generales del mutualismo. Mediante un estudio (1994) por parte del FOS para identificar y analizar los grupos y organismos con potencial para ser prestadores de servicios a los miembros de un Sistema mutual (de ahí el nombre

de Mutua) y a través de la identificación de posibles beneficiarios es que se seleccionó a ATC la cual contó con las siguientes características deseables:

- Poseía experiencia con proveedores de servicios (clínicas desde 1987) y tenía identificados a los beneficiarios (obreros campesinos afiliados)
- La reciente trayectoria en el manejo de las clínicas facilitaba la implantación del Sistema propuesto.
- Las clínicas contaban con sus propias farmacias y laboratorios clínicos, lo cual permitía ampliar la oferta de servicios a los beneficiarios.
- El haber contado con información necesaria para el estudio dio idea de la capacidad de gestión de la ATC.

Lo anterior deja en claro que el surgimiento del Sistema no estaba relacionada con ningún programa o política nacional, sino, más bien, surgió como una necesidad latente de la población de la zona ante la carencia de servicios que llenara sus requerimientos básicos en salud.

## **2. Etapas de la puesta en marcha del Sistema de seguro de salud**

### **2.1 Identificación de necesidades y definición de objetivos**

Los miembros de la ATC (principalmente miembros de las juntas directivas de algunas empresas cafetaleras de Matagalpa, entre ellas, la empresa Alfonso Nuñez Rodríguez, de La Dalia y la empresa Chale Haslam, de Matagalpa, junto con personeros de FOS se dieron a la tarea de identificar y jerarquizar las necesidades en salud que el Sistema trataría de satisfacer al grupo destinatario (afiliados de ATC y familiares). Su idea desde un inicio era crear un Sistema enfocado a los servicios de atención primaria de bajo costo y que cubriera un sector amplio del campesinado que incluyera el núcleo familiar del trabajador. Para ello tomaría en cuenta las enfermedades más frecuentes observadas en la zona, así como de la experiencia que traía el FOS de la clínica rural de Muelle de los Bueyes (Zelaya) y un estudio de factibilidad para montar el Sistema mutual de atención en salud a sectores desprotegidos. Todo este proceso de identificación de necesidades puede ser ubicado temporalmente entre el primer semestre del año 1994 y primer semestre de 1995, período que es previo a la puesta en marcha del Sistema (setiembre, 1995). La conjugación de estos acontecimientos permite que surja la idea de formar una asociación en salud sin fines de lucro autogestionaria, económica y financieramente; es decir, una asociación en salud que tomara vida propia, a través de la contribución económica voluntaria de sus asociados: la culminación de ello da a luz *La Mutua del Campo*, o simplemente *La Mutua*.

Es importante destacar la participación tanto del grupo destinatario en la definición de objetivos y la identificación de las necesidades, como de las administraciones de las empresas agropecuarias. A través de las asambleas de finca y reuniones con representantes sindicales se permite incluir el criterio de

estos otros actores, con lo cual se asegura brindar énfasis a los requerimientos prioritarios de la población meta y que el Sistema trataría de cumplir: atención médica primaria. En realidad la actitud de los destinatarios y Administración agropecuaria era optimista y de compromiso para un proyecto cuyo fin era mejorar la situación salubre de la clase obrera campesina redundando ello en un aumento del bienestar de la población y consecuentemente en la productividad que podrían rendir como trabajadores de las empresas donde laboraban.

A pesar de que era evidente el tratar de dar respuesta a las necesidades en salud, no hubo apoyo por parte de las autoridades sanitarias nacionales ni locales, ni tampoco de prestadores de atención médica. Así las cosas, el esfuerzo y la responsabilidad del proyecto reposaba sobre los hombros de la ATC y el FOS.

Aunque no se levanta un documento formal que reúna todas las necesidades identificadas y los objetivos concretos a cumplir, lo importante es que se creó el ambiente de concertación entre los actores participantes del Sistema que facilitaría posteriormente el poner en marcha el proyecto sobre bases sólidas y bien definidas.

A manera de resumen las principales padecimientos en salud identificadas para el municipio de Matagalpa eran<sup>13</sup>:

- Enfermedades respiratorias agudas
- Parasitosis
- Enfermedades diarreicas
- Desnutrición
- Mortalidad neonatal y materna
- Infecciones en las vías urinarias
- Enfermedades de la piel,

A partir de esta situación los objetivos que se plantearon en un principio para el proyecto eran<sup>14</sup>:

- Organizar un Sistema de atención primaria a la salud para los afiliados de la ATC (posteriormente se incluye a los familiares de los afiliados) en los principios del mutualismo y la legislación vigente sobre seguros.
- Garantizar el acceso a los servicios médicos básicos, así como medicamentos y a los afiliados y familiares a través de cuotas de afiliación y la venta de servicios a precios preferenciales.
- Contribuir a mejorar las condiciones higiénico sanitarias de la población afiliada y del área de influencia del proyecto, implementando acciones de prevención, educación y promotoría focalizadas en la comunidad, sobre los principales problemas de salud.
- Promover la participación de los promotores de salud y pobladores de las comunidades beneficiarias en el mejoramiento de su situación higiénica.

---

<sup>13</sup> Información proporcionada por el Dr. Augusto González, administrador de La Mutua del Campo.

<sup>14</sup> Información suministrada por personal de La Mutua.

- Garantizar la coordinación con el Ministerio de Salud, el acceso de los afiliados a programas de atención primaria: inmunizaciones, malaria, desparasitación, etc.
- Crear la organización y mecanismos necesarios para generar los recursos suficientes que permitan dar sostenibilidad al Sistema.
- Contribuir a mejorar la productividad y mano de obra de las empresas de la ATC disminuyendo los índices de morbilidad y mortalidad, con una atención médica de calidad y programas preventivos.

## **2.2 Estudio del contexto y estudio de factibilidad financiera**

El proyecto desarrollado por la Mutua toma en consideración el criterio de diversos actores, tal como se dijo anteriormente, para poder sentar las bases sobre las que se desarrolla el Sistema. Además se mencionó que el FOS, en su afán de crear un Sistema mutualista en salud, realizó un estudio (noviembre, 1994; ver Anexo N°1) que se vino a constituir en el documento técnico que utiliza el proyecto Mutua del Campo para iniciar el proyecto. Los principales puntos referidos en este documento (que fue elaborado por el Grupo Latinoamericano para el Sector Salud (GLAS) a petición de FOS) tratan de identificar y analizar los principales grupos y organismos con potencial para ser prestadores de servicios a los miembros de un Sistema mutual y la identificación de posibles beneficiarios, además propone varias alternativas del cómo debe ser organizado el Sistema mutual. Para lograr esos objetivos, el informe realiza un estudio de contexto en el que habría de desarrollarse el Sistema, así como un estudio de factibilidad bajo distintos escenarios posibles. Toda esa información fue efectivamente utilizada para la elección de los paquetes de beneficios y la determinación de la cotizaciones, pero no fue la única utilizada, pues el Proyecto Mutua del Campo utiliza además el conocimiento de diversos actores (inclusive personeros de Ministerio de Salud (MINSA)) para dar inicio a la obra. Finalmente tanto el paquete inicial de beneficios, así como las cotizaciones resultan de un híbrido de criterios poco técnicos que a la postre van siendo corregidos o mejorados conforme la experiencia va madurando.

En vista de lo innovador del Sistema mutual era difícil, por no decir imposible, estudiar otro con características similares que ayudaran a su creación. En lugar de ello se recurrió a dar revisión de la información propiedad del SILAIS sobre cobertura y tipos de patologías en la zona que ayudara a determinar el paquete de beneficios; así también, analizando los mecanismos de cotización en los Sistemas públicos y privados se obtuvo idea de cómo debía la estructura y funcionamiento de las cotizaciones.

## **2.3 Información del Grupo destinatario**

La puesta en marcha del Sistema requería de que todos los actores involucrados estuviesen enterados del proceso de implantación a fin de motivar su participación y colaboración necesarios para el fortalecimiento del proceso.

Principalmente el grupo destinatario y los empleadores de los trabajadores de las fincas debían estar informados de los pormenores del tema pues éstos eran los interesados de satisfacer sus propias necesidades de salud. Es así como inicialmente miembros de la ATC, FOS y Juntas Administrativas de las empresas agropecuarias emprenden una campaña informativa a través de Asambleas para dar a conocer los detalles del proyecto.

Dado los importantes niveles de analfabetismo, el medio oral se constituye en el mecanismo más utilizado y efectivo para lograr la divulgación. El poco material informativo tomaba la forma de afiches que se pegaban en lugares visibles en las fincas donde laboraban los obreros destinatarios.

Inicialmente el grupo destinatario se mostró incrédulo respecto a la efectividad del proyecto de solventar necesidades de salud que por muchos años habían estado desatendidas, además la “costumbre” de no contar con servicios de atención en salud hacían ver el Sistema como algo poco necesario, todo lo cual viene a constituirse en un elemento negativo que dificulta la afiliación por parte de los trabajadores. Los obreros manifestaron en su momento que debían de ver frutos concretos para poder creer en una oferta que sonaba prometedora. La puesta en marcha de la primera clínica a cargo de La Mutua y sus resultados positivos empiezan a crear un ambiente de confianza que poco a poco logra la afiliación de más obreros campesinos que empezaban a engrosar las listas de cotizantes.

## **2.4 Inicio de las actividades**

El 1° de setiembre de 1995, se efectúa una Asamblea General en la Escuela de los Sindicatos Rodolfo Sánchez (Matagalpa) con la asistencia de personeros de los sindicatos de finca de la ATC, SILAIS municipal, FOS, puestos médicos y afiliados.

Este evento viene a oficializar el inicio de actividades del proyecto. En él se presentan los beneficios que el nuevo Sistema significa para la clase obrera de la zona, se inauguran dos puestos médicos y se exhibe la lista de afiliados ya existente (los sindicatos de las fincas habían levantado un listado desde fechas atrás y a éstos se les hace el cobro de la cotización respectiva a través de la deducción en la planilla laboral a partir de los días 14 y 30 de cada mes, iniciando en setiembre).

## **2.5 Liderazgo y toma de decisiones**

Puesto a caminar el Sistema la responsabilidad de su creación queda plasmada en una estructura como la que se muestra en el siguiente organigrama:

Estructura durante primer año de funcionamiento



Posteriormente, sobre esta estructura, el liderazgo, la animación y coordinación del proyecto estuvo a cargo, principalmente, por una Junta Directiva (o Comité Directivo) provisional que actuó como grupo de trabajo, constituida por miembros de la ATC y agropecuarias, compuesta por un presidente (convoca y preside reuniones, firma contratos de trabajo, representa a los trabajadores), un vicepresidente, secretaria, fiscal, dos vocales y un técnico del FOS (quien fue el encargado de brindar la asistencia técnica externa para apoyar la toma de decisiones).

A esta Junta Directiva le correspondía la toma de decisiones respecto a la determinación final de los servicios cubiertos y paquete de beneficios, prestadores de atención médica, cotizaciones, las condiciones de afiliación, la organización y forma de Administración del proyecto, organismos a incorporar y la programación de reuniones. El procedimiento utilizado en el seno de la Junta para tomar esas decisiones se hace a través de votación por mayoría simple.

### 3. Funcionamiento durante el primer ejercicio

#### 3.1 Afiliados y otros beneficiarios

En relación con la afiliación, todo trabajador organizado de las empresas agropecuarias, sin distingo alguno, podían voluntariamente ser parte del Sistema, bastaba con que la Mutua hubiese establecido un contrato con las respectivas empresas, y que el obrero campesino estuviera de acuerdo en afiliarse, para lo cual debía llenar una fórmula diseñada para tal efecto. Además no existía una cuota de afiliación, solamente el compromiso de que se le descontara mensualmente de su salario la cotización mensual respectiva a fin de poder disfrutar de los beneficios del proyecto. Todas estas condiciones contaban con el arbitrio de la Junta Directiva de ATC que funcionaba en las empresas. De esta forma, inicialmente, el grupo destinatario estaba constituido por los trabajadores afiliados de ATC, sin embargo, tres meses después de iniciado el proyecto, la Junta Directiva provisional decide ampliar este grupo al considerar que es importante, para los objetivos del Sistema y los intereses de los trabajadores, beneficiar a la esposa(o) e hijos menores de 15 años de edad que no trabajan. Estos beneficiarios incluidos, aunque podían recibir atención médica, debían adquirir por sus medios los medicamentos recetados.

Al final del primer periodo fiscal (30 de junio de 1996) se calcula que el grupo de afiliados de las agropecuarias Alfonso Nuñez y Juan de Dios Muñoz fue de unos 700, cifra menor a la esperada por los responsables del proyecto. Ello se aduce a que el Gobierno no da el apoyo suficiente a las agropecuarias quienes reducen su producción, consecuentemente su capacidad contributiva y el empleo de trabajadores que potencialmente pudieron haber sido afiliados.

### 3.2 Paquetes de beneficios ofrecidos por el Sistema de salud de La Mutua

Este paquete de beneficios fue elegido principalmente sobre la base de buscar un balance entre las afecciones más comunes detectadas en la zona y la capacidad contributiva de los afiliados.

A continuación se presenta un cuadro que resume los beneficios ofrecidos por el Sistema durante su primer ejercicio.

**Cuadro N°7. Beneficios ofrecidos inicialmente por el Sistema**

<b>Servicio</b>	<b>Personas cubiertas</b>	<b>Co-pago</b>	<b>Límite de cobertura</b>	<b>Periodo de espera</b>	<b>Remisión obligatoria</b>
<b>Intervenciones quirúrgicas no programadas</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
<b>Atención del parto normal</b>	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
<b>Hospitalizaciones medicadas no programadas</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
<b>Intervenciones quirúrgicas programadas</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
<b>Atención ambulatoria programada</b>	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
<b>Atención preventiva</b>	Afiliados y familiares de la zona cubierta por el SIS (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
<b>Atención ambulatoria no programada</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
<b>Medicamentos</b>	Afiliados y familiares (B)	Solo familiares (100%)	No existe	(0)	(N)
<b>Transporte/evaluación</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
<b>Laboratorio/radi</b>	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe

Servicio	Personas cubiertas	Co-pago	Límite de cobertura	Periodo de espera	Remisión obligatoria
ología					
Otros	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

**Nota:** Los símbolos (B), (0) y (N), significan que: el servicio es accesible a afiliados y otros beneficiarios, no existe periodo de espera, y no existe remisión obligatoria de pacientes; respectivamente.

Como se puede observar en el cuadro N°7, el Sistema desde un principio brindaba un paquete de beneficios (el cual era único para todos los beneficiarios) que vino a mejorar la situación de los trabajadores, quienes se encontraban sin alternativas para satisfacer sus demandas de servicios de salud. Cabe destacar que el paquete de beneficios era exclusivamente dirigido a los afiliados y sus familiares<sup>15</sup> y para ninguno de los servicios brindados existía co-pago, un límite de cobertura, período de espera para utilizar el servicio a partir del momento de la afiliación, o bien, la obligación de consultar con un médico de determinado nivel antes de referirse a una estructura médica de nivel superior (Remisión). Dos excepciones que cabe la pena resaltar son: los familiares de los afiliados sí debían pagar el valor de los medicamentos recetados (a contado o a crédito) producto de la consulta médica (que si es gratuita), pero a un precio menor que el mercado y suficiente para generar ganancias adicionales en la venta. Además la compra de dicho medicamento podía ser de contado (para lo cual se entrega un recibo de caja al comprador), o bien, a crédito, en donde el usuario llenaba un recibo de crédito por el monto de la compra que permitía posteriormente a la Administración de la empresa hacer la deducción al afiliado correspondiente.

Por otro lado, la atención preventiva, y que no formaba parte del seguro como tal, consistía en la detección y control de focos de infección, distribución de cloro, etc., para su efectividad, requería ser brindada a grupos poblacionales establecidos en un área geográfica sea afiliado o no al programa.

Servicios tales como intervenciones quirúrgicas, hospitalizaciones, laboratorio, radiología, transporte y evacuación de pacientes, no formaban parte del paquete de servicios pues quedaban fuera de los objetivos que pretendía alcanzar el proyecto.

Todas las prestaciones de servicios a beneficiarios fueron registradas desde el principio a fin de dar seguimiento ordenado en el transcurso del tiempo y controlar los abusos por parte de los usuarios.

### 3.3 Financiamiento

Tanto para la creación del Sistema como para la mayor parte del primer ejercicio, el financiamiento proviene en su totalidad de los aportes efectuados

<sup>15</sup> Al afiliado se le deducía su cotización quincenalmente y tanto él como su familia podían hacer uso de los servicios ofrecidos por el Sistema.

por el FOS en forma de donación y no se contó con un fondo inicial propio para iniciar el proyecto. El siguiente cuadro especifica la utilización que se da a los recursos financiados, detallando la fuente, el monto porcentual y el tipo de financiamiento:

**Cuadro N°8. Fuente y propósito de financiamiento al proyecto La Mutua.**

<b>Fuente</b>	<b>Monto</b>	<b>Propósito</b>	<b>Tipo de financiamiento</b>
FOS	100%	Asistencia técnica	Donación
FOS	100%	Formación a promotores de fincas	Donación
FOS	100%	Charlas sobre Administración y afiliación	Donación
FOS	100%	Infraestructura y equipo	Donación

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

El cuadro N°8 muestra como la totalidad del financiamiento (estimado en unos 5.000 dólares<sup>16</sup>) de los gastos e inversiones que permitieron poner en marcha el programa se debió a las donaciones realizadas por el FOS. Es importante mencionar que la formación a promotores es sobre el tema de medicina preventiva y partos normales; además, aunque no se realizan estudios técnicos para la construcción de la infraestructura y adquisición de equipo, se consulta a especialistas en la materia que dan la orientación necesaria. Cálculos realizados inicialmente revelan que el costo aproximado para el levantamiento de un puesto médico equipado asciende actualmente en US\$5.000.

La creación del Sistema fue financiado en su totalidad con recursos provenientes del FOS en forma de donaciones, sin embargo, en el primer ejercicio se crearon mecanismos alternativos de financiamiento que buscan dar sostenibilidad financiera al proyecto en el largo plazo. Estos mecanismos alternativos toman la forma de cotizaciones que deben pagar los afiliados y patronos de las empresas agropecuarias a la Administración de La Mutua. Inicialmente se fijó una cuota fija, pagadera en efectivo, equivalente a 20 córdobas (US\$1,69) mensuales por afiliado, de las cuales 10 córdobas (US\$0,84) las pagaba éste (en pagos de 5 córdobas quincenales (US\$0,42)) a través de deducción del su salario, y 10 córdobas (US\$0,84) la Administración de la empresa agropecuaria (quien actuaba como retenedor de las cuotas realizadas por el trabajador y posteriormente las entregaba a la Administración de La Mutua). Este monto fijo era el mismo para todos los afiliados sin categorización alguna, y determinado de forma arbitraria por la Junta Directiva del proyecto quienes, para su cálculo, consideraron la capacidad contributiva de los afiliados potenciales y los costos aproximados en que debían de incurrir para poder prestar los servicios de atención primaria y entrega de medicamentos a los beneficiarios.

<sup>16</sup> Información suministrada por el Lic. Carlos Alvarado, técnico del FOS.

### **3.4 Prestadores de atención médica**

Al término del primer ejercicio de funcionamiento eran 2 los puestos médicos que ofrecían servicios cubiertos por el Sistema: los ubicados en las empresas agropecuarias Alfonso Núñez y Juan de Dios Muñoz. Ambos puestos fueron seleccionados por la Junta de La Mutua debido a que mostraban costos por prestación de servicios relativamente bajos, ubicación cercana de los trabajadores y porque las dos empresas mencionadas anteriormente mostraron gran interés en el proyecto.

Por otro lado, los prestadores de servicios médicos (médicos, auxiliares de enfermería, despachador) eran pagados mensualmente por la Administración de La Mutua y se les asignaba, a los puestos médicos donde laboraban, un monto para compra de medicamentos de forma tal que mantuvieran a disposición de los beneficiarios un inventario mínimo para atender la demanda. Se establecieron convenios con otros prestadores de servicios tales como PROFAMILIA (ONG que enfatiza el brindar servicios de apoyo y educación sexual a la familia) y SILAIS (dependencia del MINSA).

En el caso de PROFAMILIA ésta vendía servicios al proyecto La Mutua (para sus beneficiarios) con énfasis en atención especializada a la mujer, precios más bajos que el mercado y con facilidades de pago; según se establecía en convenio previo. Por lo anterior recibían pago en efectivo a manos de la Administración de La Mutua. SILAIS, por su parte, lograba ejecutar programas estatales en salud (inmunizaciones, control prenatal, control de crecimiento y desarrollo de los niños, distribución de medicamentos, etc.) a través del proyecto de La Mutua, a su vez que este último aprovechaba dichos servicios en favor de los beneficiarios del Sistema (afiliados y familias).

### **3.5 Administración y gestión**

En lo que toca a la Administración y gestión del Sistema, desde el inicio se establece únicamente una normativa que especifica las funciones correspondientes al personal de La Mutua (personal administrativo y de Puestos médicos; ver Anexo N°2). El aseguramiento como la gestión de servicios estaba centralizada en una estructura orgánica creada exclusivamente para el funcionamiento del Sistema. Además, se empieza a ordenar la documentación que genera las distintas actividades propias del proyecto a fin de montar Sistemas de registro (contabilidad) y estadísticas descriptivas que faciliten el proceso administrativo y operativo pertinente (número de afiliados y familiares, gastos operativos, costo de consultas, etc.). El Sistema era solo un proyecto financiado por un organismo externo, por lo que no poseía personería jurídica.

La gestión global del Sistema, al finalizar el primer ejercicio, estuvo a cargo de toda una estructura que en el transcurso del primer año fue modificándose y que puede ser ilustrada en el siguiente organigrama:

Estructura al final del primer ejercicio



El máximo órgano de La Mutua era la Junta Directiva (7 miembros, incluyendo el técnico del FOS) quien tenía a cargo el establecimiento de las directrices generales de funcionamiento del Sistema:

- Discutir y aprobar planes de trabajo y acciones a desarrollare.
- Discutir posibles problemas que puedan surgir en el desarrollo del trabajo y buscar mejores soluciones.
- Analizar las sugerencias y opiniones que las empresas ligadas al proyecto envíen.
- Definir las políticas, estrategias y líneas de trabajo, así como establecer el paquete de beneficios, monto de cotizaciones y precio de medicamentos.
- Nombrar el personal médico y administrativo a través de un adecuada selección de candidatos.

El nombramiento de la Junta Directiva fue realizada por vía democrática (mayoría simple) y estuvo a cargo de aproximadamente 50 personas entre representantes de la Juntas Agropecuarias, sindicatos de finca, y miembros de ATC. La primera Junta estaba integrada por el señor Fausto Torrez (presidente), representante de ATC; Esmeralda Dávila (vicepresidenta), representante de ATC; Julio Escobar (tesorero), miembro de la Junta Directiva de la empresa Alfonso Nuñez; Santiago Ochoa (secretario), miembro de la Junta Directiva de la empresa Juan de Dios Muñoz; Pascual Hernández Morán (fiscal), vicepresidente de la Junta Directiva Alfonso Nuñez; y Guillermo Martínez (vocal), miembro de la Junta Directiva de Juan de Dios Muñoz.

Por su parte el técnico del FOS, elegido por este organismo, tenía como responsabilidad asesorar la ejecución del proyecto. Así como el seguimiento sistemático a los planes y programas que se aprueben en las diferentes instancias del Sistema. El seguimiento de los principales indicadores de frecuencia y estadística del Sistema así como dar seguimiento a al Administración del proyecto en general.

La evaluación sistemática y la realización de los análisis de los resultados del funcionamiento del Sistema es otra tarea del Técnico.

El Técnico deberá propiciar las coordinaciones necesarias entre la ATC, sindicatos, las empresas y el MINSA a fin de ejecutar en la mejor forma su

trabajo. Desarrollará su asesoría en consulta permanente con la Junta Directiva en cuanto a la toma de decisiones y solución de los problemas cotidianos.

En los inicios, la Administración<sup>17</sup> estaba compuesta por un contador-administrador y un promotor (nombrados por la Junta Directiva), este órgano tenía encomendada la tarea de ejecutar las directrices emanadas por la Junta Directiva en relación a previsión, planeación, control y gestión administrativa del proyecto.

Los Puestos Médicos (dos en el primer ejercicio y cuyo personal fue nombrado por la Junta) estaban compuestos, cada uno por un médico, un auxiliar de enfermería y, solo en el caso de un Puesto, el despachador de farmacia. Su función era brindar el servicio de atención médica y entrega de medicamentos a los beneficiarios del seguro.

El siguiente cuadro resume el personal asalariado o no que empleaba el Sistema durante el primer ejercicio:

**Cuadro N°9. Personal (asalariado o no) trabajando en el Sistema**

<b>Categoría</b>	<b>Número</b>	<b>Empleador</b>	<b>Porcentaje de tiempo dedicado al Sistema</b>
Asesor del FOS	1	FOS	100%
Contador-administrador	1	La Mutua	100%
Promotor (después de 5 meses de iniciado el Sistema)	1	La Mutua	100%
Médicos	2	La Mutua	100%
Auxiliar enfermería	2	La Mutua	100%
Despachador de farmacia	1	La Mutua	100%

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

Como ya se había adelantado, desde un inicio los responsables del proyecto se dieron a la tarea de reunir toda la documentación que se iba generando a fin de establecer mecanismos de información para el control y seguimiento de actividades. Así pues, se monta un registro de afiliados, registro de pago de cotizaciones y seguimiento de prestaciones, además se conforma un Sistema contable que facilitaría la confección de un Balance General y Estado de Resultados al final de cada mes.

<sup>17</sup>A no ser que se especifique lo contrario, Administración refiere a la Administración del proyecto la Mutua del Campo.

#### 4. Asistencia técnica y formación

En la fase de creación del Sistema y durante el primer ejercicio el personal involucrado en la gestión del Sistema no recibe formación.

La escasa asistencia técnica estaba dirigida principalmente al desarrollo del proyecto pero sin dirigirse específicamente a materia de seguro de salud. En este sentido los responsables del Proyecto buscan algún tipo de información con SILAIS (MINSA) en lo que respecta a enfermedades más frecuentes en la zona, materiales y equipo médico básico, de forma que ello sirviera de guía para dar inicio a las actividades.

El cuadro a continuación muestra detalles sobre la asistencia técnica recibida en la fase de creación y primer ejercicio:

**Cuadro N°10. Asistencia recibida por proyecto La Mutua**

<b>Organizaciones o personas que proporcionaron la Asistencia Técnica</b>	<b>Propósito del apoyo realizado</b>	<b>Duración del apoyo (periodo)</b>	<b>Beneficiarios directos del apoyo</b>
FOS (técnico designado)	Impulsar objetivos de La Mutua	Desde el inicio hasta la fecha	Proyecto más que personas
SILAIS (MINSA)	Recomendar lista de materiales y equipo médico	Primer ejercicio	Proyecto más que personas

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

## **V. Características del Sistema de Seguro de Salud**

Esta parte se centra en la descripción del SIS en el contexto actual tocando aspectos que dan una visión detallada no solo del funcionamiento, sino de la gestión, financiamiento, papel de los prestadores y grupos de beneficiarios.

### **1. Grupo destinatario y beneficiarios**

#### **1.1 Grupo destinatario**

En la actualidad el grupo destinatario se ha ampliado: no solo incluye a trabajadores de las empresas de la APT y sus familias (esposa(o) e hijos menores de 15 años), sino a trabajadores organizados de cooperativas y fincas privadas (con respectivas familias). Además venden servicios al público en general (medicamentos y atención médica).

Al 30 de mayo de 1999, se tienen registrados 1.125 afiliados y suponiendo que, en promedio, cada afiliado posee una familia de 5 miembros que pueden disfrutar de los servicios del Sistema, el total de beneficiarios es aproximadamente 5.625 personas. El nivel educacional de esta población no ha variado mucho que al inicio del proyecto (60% alfabetizados). La localización geográfica de los beneficiarios se ha extendido con la inclusión de nuevas empresas agropecuarias y cooperativas, así pues, se comprende no solo el municipio de Tuma La Dalia, sino, a los de Jinotega, San Ramón y Matagalpa. La exposición a condiciones sanitarias y el riesgo de enfermedades particulares ha mejorado para el grupo destinatario a raíz de la puesta en marcha del Sistema, pero sigue siendo limitado el nivel de acceso a la atención médica y la protección social en general, debido, principalmente, a la situación económica del país, dificultando ello percibir, a la población, ingresos suficientes para hacer frente a los gastos en salud; y al Gobierno realizar desembolsos en la inversión social (ej. salud). Actualmente se estima que el salario diario está entre 11 y 15 córdobas (US\$0,93 y US\$1,27).

Los principales sectores de actividad continúan siendo la agricultura (café y maíz, principalmente) y pecuario. Gran parte de esa producción esta destinada al autoconsumo, por lo que los niveles de monetización no ha variado mucho desde 1995. Todos los afiliados pertenecen una estructura específica: cooperativas o sindicatos de empresas agropecuarias de la APT o privadas. La vinculación étnica se muestra sin cambios (con grupos mezquitas).

Como se dijo anteriormente, el grupo destinatario se ha ampliado y sin distingo alguno por sexo, raza, edad, etc.

## 1.2 Diferentes categorías de beneficiarios

Tal como al inicio, la afiliación se realiza a título individual y sin cuota previa, pero una vez que la empresa, en donde labora el trabajador organizado, haya aceptado ser incorporada al Sistema, pues se debe recordar que el patrono paga una parte de la cotización respectiva. Por lo dicho anteriormente se evidencia que el vínculo entre los afiliados se limita a la condición de ser compañeros de trabajo en un mismo sector.

Aunque no existe arbitraje, la incorporación de una empresa al proyecto se hace con el visto bueno de la Junta Directiva y la Administración.

El proceso de afiliación requiere de una serie de pasos, que comúnmente pueden observarse como sigue a continuación:

- Excitativa a dueño de la empresa agropecuaria, finca o cooperativa, por parte del promotor de La Mutua del Campo sobre las ventajas que ofrece el Sistema para sus trabajadores y el proceso productivo que lleva a cabo.
- Aceptación por parte del dueño a formar parte del proyecto.
- Realizar asamblea informativa para los trabajadores en relación con el paquete de beneficios y funcionamiento del Sistema.
- Acuerdo entre patrono y trabajadores sobre forma de cotización.
- El promotor de La Mutua levanta lista de interesados en ser afiliados y posteriormente cada trabajador llena fórmula de afiliación (ver Anexo N°3).
- Firma de contrato (renovable anualmente) por parte del patrono. En él se compromete a incorporarse al Sistema y asumir las responsabilidades pertinentes.

Es importante aclarar que la única condición que debe cumplir el trabajador para poder ser afiliado es estar organizado en una empresa o cooperativa que haya aceptado formar parte del Sistema. Lo anterior implica que La Mutua no afilia a trabajadores independientes.

El periodo de afiliación no está limitado a ciertos meses del año, más bien es un período abierto permanentemente. Sin embargo, a inicios de cada mes se tramita el papeleo de inscripción. Los nuevos afiliados son registrados en el Sistema de información de La Mutua. Dicho registro contiene:

- Nombre de la empresa, finca o cooperativa donde labora el afiliado.
- Número de afiliado.
- Nombre y apellidos del afiliado.
- Edad del afiliado.
- Fecha de afiliación.
- Nombre del cónyuge.
- Edad del cónyuge.
- Datos generales de los hijos (nombre, edad, sexo).
- Firmas del afiliado y del responsable de la empresa, finca o cooperativa.

Aunque no existe una tarjeta formal de identificación de los afiliados, la Administración de La Mutua confecciona, a puño y letra, una tarjeta que, de forma exclusiva, facilita la búsqueda del expediente médico del beneficiario en el Puesto Médico. Esta tarjeta contiene el nombre del afiliado, el número de expediente médico y la finca donde labora, al dorso, el sello de La Mutua del Campo. Los puestos médicos manejan, además, el nombre de los familiares beneficiarios a fin de poder ofrecer el servicio a las personas que poseen el derecho.

A pesar que el grupo destinatario está compuesto por el afiliado y familiares de éste (esposa(o) e hijos menores de 15 años que no trabajan), el proyecto a incluido la atención del público en general en los puestos médicos (aproximadamente 12% del total de consultas realizadas) a quienes les cobra 20 córdobas (US\$1,69) por consulta y se les vende los medicamentos (a precios más bajos que el mercado, pero sin subsidio). Además, en casos excepcionales, se ofrece atención gratuita a indigentes, pero éstos deben de adquirir por sus medios los medicamentos recetados.<sup>18</sup>

En relación con el primer ejercicio de funcionamiento del Sistema, no ha habido cambios en las condiciones de afiliación, únicamente se ha ampliado la cobertura (más empresas, fincas, cooperativas).

### 1.3 Número de beneficiarios y evolución

En el transcurso de los años el número de afiliados al Sistema a venido en aumento. El siguiente cuadro ilustra la cantidad de afiliados y su evolución anual desde el primer año de funcionamiento hasta el mes de mayo de 1999:

**Cuadro N°11. Número de afiliados del Sistema por año**

<b>Año</b>	<b>Número de afiliados</b>
1995	533
1996	824
1997	1.142
1998	1.236
1999 (a mayo)	1.125

**Fuente:** Elaborado por Administración de La Mutua.

Como se puede observar, la tendencia a sido creciente a partir de la puesta en marcha del proyecto: para mayo de 1999, el número de afiliados es más del doble que lo registrado durante el año 1995. En relación a la clasificación por sexo, se calcula que aproximadamente el 60% de los afiliados son varones.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> A pesar que se brinda servicios a indigentes y público en general, se considera, a lo largo de este documento, como beneficiarios al afiliado y su familia (esposa(o) e hijos menores de 15 años de edad que no trabajan).

<sup>19</sup> Administración de La Mutua. La clasificación por edades no se presenta debido a que al momento de la entrevista con los encargados de las estadísticas, no se habían procesado los datos existentes.

Siguiendo con las características de afiliación, es interesante ver la evolución y distribución de los afiliados (el trabajador que cotiza) y los otros beneficiarios. A continuación se presenta un cuadro que resume dicha información.

**Cuadro N°12. Seguimiento del número de afiliados y beneficiarios.**

<b>Año</b>	<b>1997</b>	<b>1998</b>	<b>1999 (a mayo)</b>
Número total de afiliados cotizantes	1.142	1.236	1.125
Familiares	5.710	6.180	5.625
<b>Total de beneficiarios</b>	<b>6.852</b>	<b>7.416</b>	<b>6.750</b>

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

**Nota:** Aunque el número de familiares del afiliado que eran beneficiarios del Sistema no se tenía a mano en el momento de la entrevista, se estima que en promedio la personas beneficiadas por grupo familiar es de cinco.

El trabajo de promotoría en empresas y fincas, así como la prestación efectiva del paquete de beneficios ofrecidos a los afiliados, son consideradas las dos principales causas del crecimiento en el número de beneficiarios que han venido a formar parte del Sistema. A pesar de ello este crecimiento pudo haber sido mayor, pero las limitaciones de orden económico (falta de fondos necesarios para crear más puestos y ampliar el paquete de beneficios) han dificultado un mayor número de afiliaciones.

Importante es mencionar que La Mutua se dedica exclusivamente a desarrollar actividades propias del Sistema de seguro, por lo que no existe afiliación adicional producto de otro tipo de acciones.

#### **1.4 Causas de pérdida del estatus de afiliado.**

A pesar que no existe un proceso formal de desafiliación, el trabajador afiliado puede optar voluntariamente por dejar de formar parte del Sistema de salud. Para ello la Administración de La Mutua a confeccionado un documento (Formato de desafiliación) que es entregado y llenado por los responsables de la empresa o finca en donde el afiliado labora. Este documento posee información sobre el nombre y finca del afiliado, nombre de la empresa, motivo y fecha de desafiliación, y firmas del Gerente de la empresa o de el responsable de contabilidad. Posteriormente ese documento es enviado a la Administración de La Mutua para su respectivo registro. Hasta la fecha los motivos por los que ha habido desafiliación son:

- Movilidad laboral: una vez pasados los periodos de cosecha en las fincas, los trabajadores ocasionales emigran en busca de nuevas fuentes de empleo.
- Crisis económica de la empresa o finca privada: durante situaciones de crisis, los patronos ven desequilibradas sus finanzas y se ven en la obligación de recortar gastos (ej. pago de cotizaciones para seguro de trabajadores), con lo cual se rompe el contrato establecido con el Sistema,

dejando incapaces a los trabajadores de cubrir por sí solos el total de la cotización.

Además de la renuncia voluntaria del trabajador, éste puede ser desafiliado por dar mal uso (abuso) a los servicios que ofrece el Sistema.<sup>20</sup> En una situación como esa, aunque no hay nada definido, sería la Administración en conjunto con la Junta quienes tomarían la decisión de desafiliar.

En vista que la cotización por parte del trabajador se realiza vía deducción de su salario registrado en planilla, éste no se ve en problemas de morosidad o falta de pago, evitando ello que estos motivos se constituyan en causantes de desafiliación.

### **1.5 Penetración del grupo destinatario**

Según manifestaciones del actual presidente de la Junta Directiva de La Mutua (Sr. Fausto Tórrez Aráuz) existen solo en los municipios de Matagalpa y Jinotega 30.000 obreros, de los cuales 9.000 de ellos están organizados y pertenecen a la ATC. En principio, todos ellos constituyen trabajadores campesinos que podían pertenecer al Sistema de salud (beneficiarios) pero que por razones presupuestarias y de otra índole se encuentran, la mayoría, fuera del proyecto (al mes de mayo de 1999., se tienen registrados solo 1.125 trabajadores). Se estima, además, que la cobertura de 30.000 obreros requiere de la creación de cinco Puestos Médicos más. Se afirma que el aumento en el número de afiliados constituye un objetivo del Sistema pues ello implicaría la autosostenibilidad del proyecto una vez que los organismos donantes hayan cumplido su ciclo de apoyo. Es por lo anterior que se ideó desde el principio el trabajo de promotoría (realizado no solo por los promotores designados, sino, por la Administración de La Mutua); actividad que busca informar y educar a la población destinataria del proyecto, en términos de la mejora en la calidad de vida, así como en el rendimiento productivo del trabajador sano.

## **2. Paquetes de beneficios y otros servicios ofrecidos por el Sistema**

### **2.1 Paquetes de beneficios ofrecidos por el Sistema**

El actual paquete de beneficios fue diseñado tomando en cuenta principalmente dos aspectos medulares: el conjunto de afecciones sanitarias más comunes que pueden ser atendidas a través de atención médica básica, y la capacidad contributiva de los trabajadores que constituyen la población meta del proyecto (trabajadores campesinos). Analizados estos dos aspectos principales, es la Administración de La Mutua junto con representantes de la ATC quienes determinan los servicios a brindar a los beneficiarios del Sistema. Tanto las

---

<sup>20</sup> Hasta el momento ningún trabajador a sido desafiliado por este motivo.

prestaciones de servicios como las condiciones de cobertura quedan explícitos en el contrato que establece la empresa, finca o cooperativa, con La Mutua. Además se ha confeccionado material impreso en donde se especifica los servicios de los que dispone el afiliado; este material está disponible en los Puestos Médicos o puede ser obtenido a través de los promotores (ver Anexo N°4).

**Cuadro N°13. Beneficios que ofrece actualmente el Sistema.**

<b>Servicio</b>	<b>Personas cubiertas</b>	<b>Co-pago</b>	<b>Límite de cobertura</b>	<b>Periodo de espera</b>	<b>Remisión obligatoria</b>
Intervenciones quirúrgicas no programadas	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Atención del parto normal	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Hospitalización es medicadas	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Intervenciones quirúrgicas programadas	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Atención ambulatoria programada	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Atención preventiva	Afiliados, familiares y población de la zona cubierta por el SIS (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Atención ambulatoria no programada	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Medicamentos	Afiliados y familiares, público (B)	Solo familiares (100%)	No existe	(0)	(N)
Transporte/evacuación	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Laboratorio/radiología	No existe	No existe	No existe	No existe	No existe
Odontológica programada	Afiliados y familiares (B)	Familiares (80%)	No existe	(0)	(N)
Nutrición	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Planificación familiar	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)
Botiquín	Afiliados y familiares (B)	No existe	No existe	(0)	(N)

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

**Nota:** Los símbolos (B), (0) y (N), significan que: el servicio es accesible a afiliados y otros beneficiarios, no existe periodo de espera, y no existe remisión obligatoria de pacientes; respectivamente.

En el cuadro anterior se muestran los servicios ofrecidos por el Sistema con especificación de una serie de características asociadas.

En relación al primer ejercicio, en la actualidad el paquete de beneficios y el acceso a este ha sido ampliado. Se cuenta con el servicio de odontología, que se limita a la extracción de piezas dentales. Este servicio, aunque es gratuito para los afiliados, a los familiares y al público en general se les cobra. A pesar de ello los familiares pagan precios menores (ej. precio de exodoncia simple es de 15 córdobas (US\$1,27) a familiares y 20 córdobas (US\$1,69) para el público). Otros servicios adicionales son los de nutrición y planificación familiar que están destinados a los afiliados y sus familias. Además, para aquellas fincas con más de 25 afiliados, el proyecto a suministrado un botiquín equipado con material de primera necesidad y cuyo mantenimiento queda posteriormente a cargo de los responsables de la finca. Es importante mencionar que para ningún servicio prestado existe límite de cobertura<sup>21</sup>, periodo de espera entre el momento de afiliación y la posibilidad de hacer uso de los servicios, ni tampoco existe obligatoriedad de que un paciente fuera enviado desde un nivel médico de menor complejidad para poder ejercer sus derechos.

El paquete de beneficios es único, es decir, todo afiliado (y familiar) puede hacer uso de los mismos servicios mediante el pago de las cotizaciones correspondientes. La información de los pormenores del Sistema (paquete de beneficios, anuncio de logros, circulares, etc.) a los afiliados, se hace a través del trabajo de promotoría de forma generalmente oral, pues los niveles de analfabetismo sugieren que este medio es el más efectivo para informar a los trabajadores. Ello no incluye que de forma complementaria se suministre material impreso.

Como se ha visto en el cuadro N°13, los familiares de los afiliados deben realizar co-pago en algunos servicios (medicamentos y odontología). El establecimiento de los montos del co-pago estuvo a cargo no solo de la Junta Directiva de La Mutua, sino, de su Administración y de la Administración de las empresas agropecuarias.

En ocasiones los beneficiarios, para obtener tratamiento médico, deben incurrir en una serie de gastos diferentes a los relacionados con los servicios ofrecidos por el Sistema (ej. transporte, alimentación, alojamiento). Estos gastos, aunque no son incluidos en los beneficios del seguro, son asumidos muchas veces por las fincas en donde trabaja el afiliado.

La prestación del servicio a los beneficiarios no requiere de la autorización formal de un órgano o persona específica, sin embargo, se ha introducido un mecanismo de control que impida el abuso en el uso de los servicios por parte de beneficiarios. Cuando un afiliado (o familiar) requiere de atención médica, se

---

<sup>21</sup> Ello implica que ni los encargados del sistema ni ningún otro órgano o persona, tienen posibilidad de efectuar arbitraje para decidir la cobertura de los beneficiarios.

le sugiere que pase primero por donde algún miembro del Comité de finca.<sup>22</sup> Este miembro sugerirá al beneficiario acudir al Puesto médico en caso que lo amerite, o bien se le puede solventar su dolencia en la misma finca (ej. haciendo uso del botiquín).

De las prestaciones otorgadas con más frecuencia, la atención ambulatoria programada es la que encabeza la lista, seguida por la entrega de medicamentos y luego la atención al parto normal. Dentro de la atención ambulatoria programada, para el año 1998, las patologías más frecuentes atendidas por los diferentes Puestos Médicos, están relacionadas con las enfermedades respiratorias (31.63% del total de consultas). La segunda patología más atendida en ese período fueron las enfermedades gastrointestinales (14.81%), y de tercero la atención a mujeres principalmente a través de la toma de la muestra de papanicolau (12.11%).<sup>23</sup>

En términos generales el paquete de beneficios ofrecidos actualmente ha sufrido modificaciones en relación con el paquete disponible en el primer año de ejercicio (inclusión de odontología, planificación familiar, nutrición, etc.); lo anterior producto principalmente de la demanda de esos servicios por parte de los afiliados. La sentida necesidad de los afiliados aunado al aumento de precios de los productos utilizados, ha originado la negociación entre los responsables del proyecto (Junta y Administración) y las partes interesadas (patronos y trabajadores) para realizar un ajuste de precios (no solo del monto de cotización, sino, de los co-pagos realizados por los familiares y público en los servicios pertinentes).

## 2.2 Pago de las prestaciones

En relación con el pago de la prestación de servicios, el proyecto La Mutua paga un salario fijo al personal de puestos médicos (médico, auxiliar de enfermería y despachador de farmacia), pero además, compra servicios a un médico odontólogo y otras instituciones como PROFAMILIA<sup>24</sup> para que brinden atención a los beneficiarios del Sistema (por ejemplo la toma de papanicolau). Esta compra de servicios se hace por medio de pago en efectivo que realiza la Administración de La Mutua, por lo cual recibe a cambio un Recibo de Pago que se registra en la sección contable del proyecto. Es importante destacar que no existe control formal y estricto por parte de la Administración de la venta de servicios y medicamentos que realizan los Puestos Médicos al público y familiares. En mucho este aspecto es conducido bajo el principio de confianza al personal de los puestos.

---

<sup>22</sup> Órgano de gestión y discusión de problemas básicos de cada finca. Está compuesto por el responsable de finca o su planillero, miembro del sindicato y el promotor en salud o partera comunitaria.

<sup>23</sup> Según el Informe General de La Mutua de 1998, el total de consultas atendidas fue de 11.299.)

<sup>24</sup> Organismo No Gubernamental sin fines de lucro, con presencia nacional, cuya misión es mejorar al calidad de vida de las familias a través de la oferta de servicios médicos y educativos, de atención primaria en salud, con énfasis en salud sexual y reproductiva.

Los afiliados reciben los servicios del Sistema sin tener que realizar pago directo alguno a los prestadores. Como se había mencionado, es a través de la deducción en la planilla del trabajador que se efectúa la cotización respectiva. Ello imposibilita la mora del pago de la cotización por parte del obrero. Cabe destacar que más bien el problema se suscita con las empresas, quienes ante problemas económicos no realizan el pago de cotización que les corresponde, pero tampoco el retenido a los trabajadores.<sup>25</sup>

La Administración de La Mutua lleva un registro puntual de los servicios que ofrece, su cantidad, costo total y promedio, distribución por categorías (edad, sexo). A pesar de ello toda esa información se encuentra en proceso de análisis estadístico. Una de las fuentes de información principal de esos datos es el Informe Médico que extiende cada Puesto. En él se especifica, entre otras cosas, características de la consultas generales clasificadas por sexo, edad y tipo de beneficiario. Además se especifican el tipo y cantidad de patologías atendidas en las consultas.

### **2.3 Otros servicios ofrecidos a los beneficiarios**

#### *Otros servicios financieros en el ámbito de la salud*

La Mutua del Campo, a través de su Comité Directivo, aprobó impulsar el Sistema de crédito vigente como una alternativa que beneficiará con el mismo crédito a los familiares que, no contando con el efectivo, llegaran a consulta a cualquiera de los Puestos médicos de la Mutua.

El Sistema de crédito funciona solo y a través de la hoja oficial de solicitud de crédito debidamente membretada, la cual lleva los datos básicos del solicitante, así como el nombre y apellido del que se responsabiliza administrativamente en respaldar dicha solicitud y a reembolsar el valor del crédito a la Mutua vía planilla; la solicitud lleva además la firma del asociado a la Mutua (ver Anexo N°5).

Las transferencias del crédito de la medicina entregada a los familiares de los asociados se hace vía administrativa a través de la contabilidad de las contrapartes. En el Sistema de crédito el planillero, el mandador, el gerente u otra persona asignada por la empresa, finca y/o institución actúa como garante del crédito solicitado.

La Mutua a través de contabilidad hace llegar mes a mes a cada finca, empresa y/o institución el monto a deducir de los asociados que obtuvieron el crédito, así

---

<sup>25</sup> Las empresas o patronos funcionan como retenedoras de las cotizaciones que los trabajadores afiliados realizan cada quincena, y éstas efectúan su pago correspondiente cada mes. Una vez que tienen el monto total de cotización proceden a pagar a La Mutua quien les extiende un Recibo Oficial de Caja. Actualmente se discute la conveniencia de que aunque la situación económica de las empresas les imposibilite el pago al día, éstas entreguen puntualmente la parte cotizada por el trabajador.

como el nombre y apellido de cada solicitante para que vía planilla sea reembolsado el crédito entregado.

En vista que el paquete de beneficios que ofrece la Mutua está dirigido principalmente a satisfacer los requerimientos de atención primaria de los trabajadores, la idea de introducir un fondo de ahorro para la salud no es parte de los planes que tiene previsto introducir el Sistema en el futuro.

### *Oferta de atención médica*

Ya se ha definido en secciones anteriores la lista de servicios que ofrece el proyecto la Mutua<sup>26</sup> a los beneficiarios, así también se ha expresado cuáles los criterios utilizados para definirlos y los responsables de realizar la selección, además se ha hecho referencia a la inclusión del público como grupo adicional que puede hacer uso de los servicios (previo pago). Es necesario resaltar el papel de FOS como única fuente de financiamiento para la puesta en marcha de los servicios desde el inicio del proyecto. En vista de ello la Administración a creado mecanismos adicionales de financiamiento (cotizaciones, venta de servicios y medicamentos) en aras de darle autonomía económica al Sistema y asegurar su sostenibilidad en el largo plazo.

A excepción de los servicios que la Mutua compra a PROFAMILIA (ej. toma de muestra de papanicolau), todos los servicios que se ofrecen actualmente son provistos directamente por el Sistema y fueron instituidos paulatinamente conforme se fue desarrollando el proyecto con base en las características y requerimientos más inmediatos de la población meta (trabajadores campesinos organizados).

### *Prevención y educación para la salud*

La prevención y la educación para la salud es una de las principales actividades que ejecuta el Sistema. Constituye una forma eficaz y eficiente de combatir los problemas sanitarios que enfrenta la población en las fincas, sean o no beneficiarios. Esta tarea es realizada por los promotores zonales y de finca, así como por el personal médico<sup>27</sup>. Se lleva a cabo en las fincas y domicilios de asociados y público en general.

Dentro de éste tipo de actividades se enumeran las siguientes:

- Educación en salud.
- Medidas sanitarias.
- Fumigación contra vectores de transmisión de enfermedades.

---

<sup>26</sup> Actualmente la Mutua se encuentra en proceso de adquirir su personería jurídica como asociación civil sin fines de lucro.

<sup>27</sup> El MINSA colabora en la capacitación y coordinación de este tipo de programas cuyo interés público trasciende el ámbito local. Pero las actividades son realizadas bajo la supervisión del médico jefe del Puesto.

- Control de roedores.
- Asistencia médica a grupos de riesgo: niños lactantes y mujeres embarazadas.

Los objetivos y los temas abordados durante estas actividades se determinan utilizando el diagnóstico que los médicos de los Puestos realizan a través del levantamiento epidemiológico finca por finca. La ejecución de todos estos programas de educación y prevención está estrechamente ligado a los servicios cubiertos por el Sistema debido a que origina efectos positivos en la salud de una población a la cual se pretende dotar de atención médica primaria.

Además de los mencionados, la Mutua participa en programas de atención primaria obligatoria y Jornadas Nacionales de Salud del Gobierno de Nicaragua. Se establecen convenios con MINSA para la ejecución de las actividades. Generalmente la Mutua facilita el personal y la institución pública los materiales necesarios (ej. distribución de ciertos medicamentos, vitamina A, hierro y la realización de inmunizaciones).

Otros programas adicionales en los que el proyecto se involucra son: la atención de casos de violencia familiar realizados en coordinación con la Comisaría de la Mujer y la Niñez; el trabajo de voluntariado con la Comisión Departamental de Lucha contra el Sida.<sup>28</sup>

Finalmente, la Mutua no es ajena a la promotoría de eventos culturales y festivos cuyo objetivo es motivar al grupo de trabajadores afiliados en un ambiente camaradería y espíritu de asociación.

### **3. Aspectos financieros del funcionamiento del Sistema**

#### **3.1 Fuentes de financiamiento del Sistema**

##### *Cotizaciones*

Tal como en el primer ejercicio de funcionamiento, una de las fuentes de financiamiento del Sistema son las cotizaciones que los afiliados deben de pagar quincenalmente a través de deducción a su salario<sup>29</sup>. En vista de la forma en que afiliado realiza el pago de su cotización, éste no obtiene un recibo, sino, la deducción aparece en los registros de planilla de la finca o empresa para la que labora. Dicha cotización es un monto fijo y único para todo afiliado. Este monto

---

<sup>28</sup> En este caso la Comisión Departamental de Lucha contra el Sida suministra material, tal como anticonceptivos, condones y documentación informativa que la Mutua hace llegar a sus afiliados y público en general.

<sup>29</sup> Dentro del grupo de beneficiarios, únicamente los afiliados deben de cotizar. Los familiares del afiliado solo pagan el precio de medicamentos y servicios de odontología; el público paga todos los servicios para los que se tienen establecido precios.

es de 20 córdobas (US\$1,69)<sup>30</sup> pero solamente la mitad corresponde ser pagado por el trabajador en dos cuotas quincenales (5 córdobas (US\$0,42) cada cuota) en razón que coincide con su recepción de ingresos; por su parte el patrono paga la otra mitad (10 córdobas (US\$0,84) por afiliado) cada mes<sup>31</sup>. La Administración de cada finca o empresa retiene lo pagado por el trabajador y una vez que ajusta con su parte envía la suma total a la Administración de la Mutua<sup>32</sup>. En relación con este punto cabe destacar que el atraso en el pago de cotizaciones es responsabilidad de la empresa o finca, pues el trabajador no tiene posibilidad de demorar su pago.<sup>33</sup> Ante la situación de morosidad, la Administración de la Mutua emprende un proceso de diálogo y negociación con la finca o empresa deudora a fin de resolver por las vías más convenientes para ambas partes.

Es importante mencionar que las fincas privadas pueden poseer distintas formas de incidencia del monto a cotizar, es decir, puede ser que el patrono en lugar de pagar el 50% de la cotización, decida pagar el 100%, el 0%, o bien cualquier otro porcentaje; la otra parte correspondería al trabajador afiliado.

Como se había mencionado, el monto a cotizar (y el ajuste en éste) es determinado por la Junta Directiva y Administración de la Mutua en conjunto con al Administración de finca. Para ello se considera no solo la capacidad contributiva de los trabajadores, empresas y fincas, sino también los costos del paquete de beneficios que se pretende ofrecer.

Dos aspectos en relación a las cotizaciones vale la pena resaltar: ni durante los primeros años de ejercicio del Sistema ni en el presente, los trabajadores que pretenden afiliarse deben pagar cuotas de afiliación; además, en relación al destino que se da a los cotizaciones hechas por los afiliados, la Mutua ha creado un fondo de ahorro que permitirá en el futuro asegurar la sostenibilidad financiera del proyecto una vez que cesen los aportes del FOS.

### *Donaciones y subvenciones provenientes de otros contribuyentes*

Además de las cotizaciones como fuente de ingreso durante el primer ejercicio, se recibieron una serie de donaciones que permitieron crear y fortalecer el Sistema.

---

<sup>30</sup> A partir de 1999 los montos de cotización para los nuevos afiliados es de 30 córdobas (US\$2,54). Además se negocia con los antiguos afiliados para poder reajustar de 20 a 30 (US\$1,69 a US\$2,54) su cotización. Esta variación se debe al aumento de costos de medicamento y otros servicios. Responde a una revisión no programada de ajuste de precios y no a una ampliación del paquete de beneficios.

<sup>31</sup> El dividir en partes iguales la responsabilidad de pago entre patrono y trabajador se cumple para el caso de las empresas agropecuarias de la APT.

<sup>32</sup> Las empresas agropecuarias de la APT realizan el pago a través de un cheque a favor de la Administración de la Mutua, y las fincas privadas lo efectúan en efectivo a los promotores (en representación de la Administración) por lo que obtienen a cambio un Recibo de Efectivo.

<sup>33</sup> Según un estudio realizado en setiembre de 1998 por el Centro para la Promotoría, la Investigación y el Desarrollo Rural y Social (CIPRES), el porcentaje de morosidad mensual es del 20% respecto al monto total que se debería aportar.

El principal y más significativo aporte fue y es dado hasta la fecha por el FOS, organismo belga interesado en financiar proyectos de impacto social como la salud, la educación y la vivienda. Desde el inicio del proyecto FOS a venido dando, en promedio, aportes mensuales de 50.000 córdobas (US\$4.237,28). El objetivo específico de este aporte ha sido cubrir el 100% de las inversiones y gastos del proyecto de la Mutua. El aporte mensual no es fijo, sino, responde a los gastos programados por la Administración para poder desarrollar las actividades propuestas. La condiciones o requisitos para poder ser sujetos de la donación incluyen la presentación de una hoja de requerimiento en donde se detallan los gastos e inversiones a realizar en el mes. Esta hoja debe de ir firmada por el Administrador de la Mutua. Además de esa lista de desembolsos previstos, se debe presentar al FOS un informe de operaciones realizadas con los dineros entregados por el organismo y respaldados con facturas membreteadas y originales. Estas donaciones han sido (y siguen siendo) el pilar financiero que sostiene al proyecto de salud.

Cuando inició el proyecto, el FOS calculó el periodo de donaciones en unos 5 años, pues consideraba que ese tiempo era suficiente como para que el Sistema se consolidara y creara mecanismos alternos de financiamiento que aseguraran la sostenibilidad en el largo plazo. Bajo esos términos, se estaría muy cerca del cese de donaciones por parte del organismo. A pesar de ello los responsables del proyecto han estado en conversaciones con FOS para prorrogar el período de donaciones por tres años más. En todo caso no existe una definición formal del tiempo que durará la ayuda efectuada por esta organización belga, por lo que el fondo de ahorro creado con las cotizaciones de los afiliados vienen a constituirse en un seguro de vida del proyecto la Mutua del Campo.

Otras donaciones recibidas fueron efectuadas por los siguientes organismos extranjeros:

- *Juventud de Mutua Socialista de Bélgica.* En 1998 donó 2.300 dólares para desarrollar un programa de prevención del Sida para la población y asistida por los Puestos Médicos. Esta iniciativa fue de la Mutua del Campo pero la donación fue compartida con la Comisión Departamental de Lucha contra el Sida. Dentro de los requisitos existentes para poder recibir la donación estuvo la presentación de una propuesta formal del programa a desarrollar utilizando los fondos, y además la entrega de un Informe de Actividades respaldada con facturas por gastos realizados. Se habló en aquel momento de realizar otros proyectos pero no hubo definición concreta alguna.
- *Mutua Socialista de Bélgica.* En marzo de 1999 donó 30.000 dólares para compra de terreno de la Mutua del Campo e iniciar la construcción de oficinas y Puesto médico en Matagalpa. La solicitud de esta donación fue hecha por la Mutua a través de FOS. Los requisitos para la entrega del dinero no difieren de la anterior donación descrita (especificación del uso de los fondos y entrega de cuentas respaldadas con facturas originales).

No se prevé el aporte de otras donaciones por parte del organismo en el futuro.

- Empresa farmacéutica de Bélgica. En febrero de 1999 la Mutua, a través de FOS- Managua, realizó la solicitud a la empresa para que donaran medicamentos destinados a los afiliados y familiares del proyecto como una medida paliativa a las consecuencias del huracán Mitch. Se reciben así 24 bultos conteniendo 22 diferentes fármacos y valorado todo en unos 2.000 dólares.

Estas donaciones, las cotizaciones de afiliados, la venta de servicios médicos y venta de medicamentos, han sido las únicas fuentes de financiamiento del proyecto desde que inició. Todas estas actividades de financiamiento están claramente separadas de las diversas actividades del proyecto y se consolidan en los registros contables de la Administración.<sup>34</sup>

Hasta la fecha no se ha pedido préstamo o crédito alguno ante institución pública o privada, nacional o extranjera.

### 3.2 Costos

En relación a los costos, el Proyecto incurre en una serie de erogaciones a fin de mantener en funcionamiento el Sistema.

Una mirada a los Estado de resultados del mes de mayo de 1998 y 1999, muestra que para mantener en funcionamiento los cuatro puestos médicos del proyecto<sup>35</sup>, y poder así dar atención médica, se gastó, para mayo de 1998, 14.203 córdobas (US\$1.203,64); y para mayo de 1999, 20.879 córdobas (US\$1.769,4)<sup>36</sup>. Dentro de los rubros con mayor peso están salarios a personal médico, alimentación y transporte.

Los gastos administrativos tienen una ponderación importante en relación a los gastos operativos<sup>37</sup>, pues representan alrededor del 30% y 40% del total de esos egresos. Para 1998, los gastos de Administración y promotoría ascendieron a los 245.700 córdobas (US\$20.822). Los rubros de salario, teléfono, combustible, reparaciones y mantenimiento destacan como los que poseen un mayor peso relativo.

---

<sup>34</sup> Los recursos generados están claramente separados según destino. Por ejemplo, las donaciones de FOS se utilizan en inversiones y gastos operativos; las ventas de servicios médicos y medicamentos se destinan a compra de más medicamentos y gastos operativos; y las cotizaciones se destinan al fondo de ahorro de la Mutua.

<sup>35</sup> Estos puestos médicos son el Juan de Dios Muñoz, el Alfonso Nuñez, el de Matagalpa y el de Corinto Finca.

<sup>36</sup> No estuvo funcionando el Puesto Médico de Corinto Finca en mayo de 1998.

<sup>37</sup> Estos gastos operativos fueron de 32.333 córdobas (US\$2.740) para mayo 1998, y 47.902 córdobas (US\$4.059) para mayo 1999.

Dentro de los servicios de importancia que ofrece el Sistema está la entrega de medicamentos. El siguiente cuadro muestra el valor de las compras para distintos años.

**Cuadro N°14. Costo total por compra de medicamentos. Años 1995 - 1998.**  
(en córdobas)

Año	Valor en córdobas	Gasto anual de medicamento por afiliado
1995	23.448 (US\$1.987)	44 (US\$3,72)
1996	103.796 (US\$8.796)	126 (US\$10,67)
1997	182.918 (US\$15.501)	160 (US\$13,55)
1998	298.471 (US\$25.294)	265 (US\$22,45)

Fuente: Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

Se puede observar una tendencia creciente en el monto de compra de medicamentos. La principales causas de este comportamiento son el incremento en los precios de medicamentos y el aumento de la demanda producto de la afiliación de nuevos trabajadores.

### 3.3 Excedentes y distribución de excedentes.

A pesar de que la Mutua del Campo no posee personería jurídica (está en proceso de adquirirla), funciona como una asociación civil sin fines de lucro. Esa naturaleza busca que los excedentes, producto del funcionamiento del Sistema, sean distribuidos en aquellas actividades que fortalezcan los objetivos de la asociación y que tienen que ver con el fortalecimiento y ampliación de los servicios que presta a sus afiliados y demás beneficiarios. Los responsables del proyecto afirman que entre las posibilidades de distribución de los excedentes del Sistema están: análisis de laboratorio, pago de los gastos de fallecimiento de beneficiarios, y mejoramiento de los servicios ofrecidos hasta la fecha.

En los últimos períodos ha habido déficit en las operaciones del proyecto que han sido financiados por el FOS. El principal problema causante de este déficit ha sido la mora en el pago por parte de las empresas o fincas debido a la situación económica por la que atraviesan.

### 3.4 Fondos de reserva

Tal como se había mencionado, el Sistema maneja un fondo de reserva que a mayo de 1999 era de 444.399 córdobas (US\$37.660). Este fondo ha sido creado con los pagos por cotizaciones realizados por los afiliados (y patronos). Se maneja en certificados de ahorro a plazo fijo a una tasa del 9% anual, y con vencimiento cada 6 meses. Por disposición de los responsables del proyecto y establecido en los nuevos estatutos de la asociación Mutua, este dinero tiene como objetivo servir de fuente de financiamiento al Sistema a partir del momento en que el FOS cese sus donaciones. Este procedimiento aseguraría la prestación permanente de los servicios de salud que ofrece la asociación Mutua del Campo.

## 4. Prestadores de Atención médica

### 4.1 Prestadores de atención médica que trabajan con el SIS.

A través de las reuniones que se realizan en los sindicatos y Administración de finca, y visita de promotores; los beneficiarios son informados sobre cuáles son los prestadores autorizados para poder utilizar los servicios del Sistema. Prácticamente los prestadores autorizados son los cuatro Puestos médicos ya conocidos, o bien, otros prestadores a los que se les compran servicios, tales como PROFAMILIA o el servicio de odontología con el especialista pertinente.

El siguiente cuadro identifica los prestadores autorizados por el Sistema:

**Cuadro N°15. Prestadores autorizados por el Sistema de salud.**

Nombre /Identificación prestadores	Localización	Tipo	Nivel / <sup>1</sup>	Tipo servicios ofrecidos	Fecha autorización / <sup>2</sup>
Puesto Médico:					
<i>Juan de Dios Muñoz</i>	Tuma La Dalia	Proyecto Sin fines de lucro	I	Atención médica y medicinas	Setiembre 1995
<i>Alfonso Nuñez</i>	Tuma La Dalia	Proyecto Sin fines de lucro	I	Atención médica y medicinas	Setiembre 1995
<i>Charles Haslam</i>	Matagalpa	Proyecto Sin fines de lucro	I	Atención médica y medicinas	Agosto 1996
<i>Jorge Volg</i>	Jinotega	Proyecto Sin fines de lucro	I	Atención médica y medicinas	Noviembre 1998
Odontólogo	Tuma La Dalia Matagalpa Jinotega. (ambulatorio)	Privado con fines de lucro	II	Odontología básica (ej. exodoncia)	Junio 1998
PROFAMILIA	Matagalpa	ONG sin fines de lucro	I, II	Salud primaria, ginecología, pediatría, laboratorio	-

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

**Nota1:** El nivel primario refiere a los servicios de atención médica no especializada (consulta general), mientras que el segundo nivel trata de atención médica con especialista (ej. odontólogo, ginecólogo, etc.).

**Nota2:** Fecha a partir de la cual el prestador es autorizado a brindar servicios a los beneficiarios del Proyecto

Es importante mencionar que cercano a los Puestos médicos autorizados existen otros prestadores de atención médica y venta de medicamentos, todos ellos de tipo privado o estatal.

Así pues, el puesto médico de Juan de Dios Muñoz está a 20kms de un centro médico del MINSA; además cercanamente existe un consultorio médico privado y dos farmacias. El puesto Alfonso Nuñez está a 4kms de un hospital primario de MINSA, y cerca existen dos consultorios privados y seis farmacias.

Con relación al puesto Jorge Volg, se ubica a 10kms del Centro Médico de Pueblo Nuevo; además a poca distancia se encuentra un consultorio médico privado.

Todo este conglomerado de centros de salud, puestos médicos y consultorios privados están concentrados en un área aproximada de 15.000 kms<sup>2</sup>.

La selección de los prestadores de servicios de salud autorizados por el Sistema (médicos, auxiliares de enfermería y despachador de farmacia) fue realizada bajo criterios técnicos, esto es, a través de entrevistas se ponderaron elementos tales como formación académica, experiencia y disponibilidad para desarrollara las tareas asignadas. Este trabajo de escogencia estuvo a cargo del Equipo Técnico<sup>38</sup> de la Mutua del Campo. Este mismo equipo técnico es el encargado de fijar los salarios unilateralmente<sup>39</sup>, es decir, ofrecen determinado monto para las plazas vacantes y los interesados lo toman o lo dejan (no existe negociación).

Hasta el día de hoy no ha existido ruptura importante en la concesión de un servicio ofrecido por el Sistema vinculado con la falta de material médico, insuficiencia en la infraestructura de los Puestos médicos para dar la atención debida, o bien, la falta de personal. Algunas excepciones se da en el agotamiento de algún fármaco (pero ello se resuelve inmediatamente), o la dificultad de encontrar un médico dispuesto a laborar en algunos Puesto Médicos alejados de centros urbanos.<sup>40</sup>

#### **4.2 Relaciones entre los prestadores y el Sistema de seguro**

Los acuerdos entre la Mutua del Campo y los prestadores autorizados son de dos tipos (ver Anexo N°6):

- Con los médicos, auxiliares de enfermería y el despachador de farmacia, la Mutua establece un contrato laboral por jornada de atención, y se convierten en personal asalariado del proyecto.
- Con médicos especialistas (odontólogo) y organismos como PROFAMILIA se establece un contrato laboral en el que se compran los servicios médicos pagaderos por paciente atendido. En este caso los prestadores

---

<sup>38</sup> Este órgano está conformado por el presidente de la Junta Directiva y el administrador de la Mutua, así como el asesor del FOS. Analizan los aspectos técnicos de las directrices del sistema (ej. escogencia de personal médico).

<sup>39</sup> Los salarios ofrecidos por la Mutua son, a criterio de uno de los médicos entrevistados, relativamente bajos que el sector privado, pero superiores a los pagados por MINSA.

<sup>40</sup> A inicios de julio de 1999, el puesto de Corinto Finca se quedó sin médico por dos semanas mientras se encontraba uno disponible.

no se consideran parte del personal de la Mutua. Este contrato se deriva de un convenio establecido entre la Mutua y el prestador autorizado. En él se especifican los puntos a cumplir por cada parte, fecha de vigencia y firma de las partes responsables.<sup>41</sup> Generalmente los prestadores conceden ventajas particulares al Sistema y sus beneficiarios (precios más bajos que el mercado, charlas educativas, etc.).

Con excepción del despido a un médico por abandono de labores, y el de un despachador de farmacia por manejo anómalo de medicamentos; la Mutua no anula acuerdos laborales con prestadores autorizados. La decisión de despido ante situaciones como las mencionadas corresponde al equipo técnico del Proyecto.

Por otra parte, los prestadores autorizados verifican el derecho al uso de los servicios por parte de los beneficiarios: el usuario acude al puesto médico, la enfermera corrobora con la lista de registro de afiliados si efectivamente es beneficiario, en caso afirmativo localiza el expediente médico correspondiente para que pueda ser atendido.<sup>42</sup>

Importante es destacar que a través de las Asambleas Evaluativas<sup>43</sup> de los afiliados, y que se realizan en cada finca, los beneficiarios pueden externar su opinión en relación con el Sistema de seguro. Estas asambleas, que se realizan como mínimo dos veces al año, poseen una agenda diseñada por el promotor de finca, el médico del Puesto, y un representante de los afiliados. En las asambleas, los beneficiarios pueden hacer sugerencias o reclamos que exponen ante el Comité de finca<sup>44</sup>, esta información se pone en conocimiento de la Junta de la Agropecuaria quien la envía a la Mutua para ser analizada e incorporada a las directrices del proyecto en mejora de los servicios ofrecidos. La participación de los beneficiarios a través de este mecanismo de consulta por medio del comité de finca a venido evolucionando a partir del año 1998, dando resultados satisfactorios para el mejoramiento del Sistema.

Aparte de estos encuentros con los afiliados, la Mutua, a través de su administrador, contador o el técnico del FOS, realiza visitas periódicas a los Puestos Médicos una o dos veces al mes para controlar el trabajo del personal médico y evacuar dudas. Además de ejercerse algún control sobre el funcionamiento de los Puestos médicos, la Administración de la Mutua ha ofrecido una serie de incentivos, ejemplo de ello es la formación a través de la invitación a talleres de capacitación, así como la motivación escrita y oral.

---

<sup>41</sup> El responsable por parte de la Mutua es el Administrador.

<sup>42</sup> La localización del expediente se facilita con el uso de una tarjeta que posee el nombre del afiliado y número de expediente médico.

<sup>43</sup> Reuniones convocadas por las Administraciones de las fincas para conocer las inquietudes y posición de los afiliados en relación a temas relacionados con el sistema de salud.

<sup>44</sup> Órgano de gestión y discusión de los problemas básicos de cada finca, integrado por el responsable de finca o su planillero en representación de la Administración de la agropecuaria o finca privada, el miembro del sindicato y el promotor de salud o la partera comunitaria.

### **4.3 Pago a los prestadores**

En vista que los prestadores de los servicios de salud son considerados como personal permanente del proyecto, reciben mensualmente un salario por su trabajo en el Sistema. Por su parte el especialista médico contratado por la Mutua, a saber, el odontólogo, puede recibir el pago por prestar servicios durante un periodo determinado, ejemplo, tres meses; y PROFAMILIA, recibe el pago según número de pacientes atendidos (pago por servicios). Cabe destacar que los cuatro puestos médicos de la Mutua pueden, como ya se había adelantado, prestar atención al público en general a cambio del pago directo del servicio, además pueden vender medicamentos (caso del público y a los familiares del afiliado). Ello motiva la utilización de un mecanismo de facturación membreado por la venta de los servicios mencionados, el cual no ha tenido evolución significativa desde su implantación. El mecanismo es sencillo: el puesto vende el servicio (atención médica o medicamentos), da factura al cliente, y la copia se la deja para ser registrada en la sección contable del proyecto. La pertinencia de la facturación de los prestadores la controla la contadora de la Administración.

## **5. Administración y gestión del Sistema de seguro**

### **5.1 Estatutos y reglamentos**

A partir de agosto de 1998 se inicia la tramitación de la personería jurídica de la Mutua del Campo como asociación civil sin fines de lucro y en marzo de 1999 se hacen algunas correcciones. La definición del tipo organismo y el interés de adoptar ese estatus legal estuvo a cargo de la Junta Directiva del proyecto, pero en conjunto con la Administración y con asesoría de un abogado.

La adquisición del estatus legal de la Mutua (actualmente en proceso) le asigna una serie de disposiciones en el plano fiscal y en materia de control tales como: poseer escritura de constitución en la cual se especifique que es una asociación civil sin fines de lucro, llevar esta escritura a Gobernación para la inscripción de la personería jurídica, llevar libro de acta oficial de asociados con las firmas de los miembros de la Junta Directiva, libros contables debidamente sellados y presentarlos en la gobernación respectiva, declarar el impuesto sobre la renta y alcaldía municipal.

Desde agosto de 1998 la Mutua posee los estatutos que fueron definidos por la Junta y Administración del proyecto, así como por las empresas agropecuarias (ver Anexo N°7). Una vez que entre a regir la nueva estructura de funcionamiento, será la Asamblea de Afiliados quien realice las modificaciones a los estatutos. El Sistema posee también un reglamento interno de funciones vigente desde el año 1996. En él se especifican los deberes y ámbito de acción del personal administrativo y de puestos médicos. Además existe un reglamento sobre el uso y manejo del crédito de medicina; así como una declaración de

principios sobre el uso y custodia del patrimonio de la Mutua, éstos dos últimos documentos fechados del año 1997.

## 5.2 Organización y gestión del Sistema

La gestión del Sistema está a cargo de una estructura organizada como se muestra a continuación:



Donde el máximo órgano de dirección es la *Junta Directiva*, ésta dirige, organiza y controla el funcionamiento global del Sistema. Está compuesta por nueve miembros: presidente, vicepresidente, secretario, tesorero, fiscal y cuatro vocales, además los cargos no son remunerados. Estos miembros fueron elegidos, a través de reunión de consenso y de mayoría simple, por una delegación de las empresas agropecuarias y miembros de la ATC de Matagalpa<sup>45</sup>. Del total de miembros de la Junta Directiva, 7 son varones y 2 mujeres.

El *Equipo Técnico* está conformado por el presidente de la Junta Directiva, un Administrador y el Asesor del FOS, es un grupo de apoyo técnico a las decisiones de adopta la Junta. Actualmente sus miembros son todos varones.

La *Administración* de la Mutua es el ente encargado de ejecutar las disposiciones de la Junta Directiva. Está integrado por el administrador, el cual es nombrado por la Junta a través de entrevistas a una terna de postulantes. Además de una afanadora y el vigilante.

La sección de *contabilidad*, que viene a ser parte de la Administración, se encarga de llevar los registros de todo tipo de transacciones que surgen del funcionamiento del Sistema. Está compuesta por una contadora y una encargada de informática nombradas por la Junta y la Administración.

Los *promotores* son un grupo de personas cuyos objetivos en el proyecto son: fortalecer el desarrollo del Sistema a través del trabajo de información y divulgación de las actividades del proyecto para con los afiliados en las fincas, dar seguimiento a las metas de trabajo planteadas, motivar el proceso de afiliación de trabajadores, contribuir con el mejoramiento de la población

<sup>45</sup> A partir que entren a regir los estatutos de la Mutua, los miembros de la Junta Directiva serán elegidos por la Asamblea General que estará compuesta por delegados de todos lo asociados del sistema (un delegado por cada cincuenta afiliados).

atendida, y en general, fortalecer el desarrollo del proyecto. Se pueden clasificar en dos tipos: los que son elegidos a través de recepción de atestados curriculares por el Equipo Técnico, son tres y actúan como intermediarios entre la Mutua y los beneficiarios (llamados *promotores zonales*); por otro lado están los voluntarios colaboradores de los primeros y son nombrados uno por finca (actualmente son 27). A estos últimos se les conoce como *promotores de salud*.

El *Comité de empresa* es la unidad de apoyo local de la Mutua. Este órgano lo integran el médico del Puesto, un representante de la gerencia de la Empresa,<sup>46</sup> un representante del sindicato de finca, y un representante de los afiliados. Tiene como función principal colaborar en la solución rápida y oportuna de los problemas de la Mutua y a la vez vigilar el buen desarrollo del proyecto. La totalidad de sus miembros actuales son varones. Según manifestó la Administración de la Mutua, este órgano tiene muy poca beligerancia en la actualidad.

Por su parte, los *Puestos médicos* son la unidades de prestación directa de los servicios de salud del Sistema (atención médica y medicamentos). El personal de cada uno de los cuatro Puestos está compuesto por el médico y la auxiliar de enfermería. Solo en el caso de un Puesto, existe un despachador de farmacia. Además se debe incluir como parte del personal el odontólogo, quien recorre de forma periódica los cuatro centros médicos. Todos estas personas son escogidas por el Equipo Técnico de la Mutua.

En la base de la organización se ubica el *Comité de Finca*. Es la instancia de apoyo al campesinado que forma parte del proyecto (beneficiarios). Sirve para analizar, discutir y proponer soluciones a problemas que surjan alrededor de los servicios médicos que preste un determinado puesto médico de la Mutua del Campo. Este comité lo conforman el mandador de finca, el planillero, el representante sindical, el promotor de salud y la partera, si la hay.

El siguiente cuadro muestra especificaciones sobre el personal que trabaja para el Sistema:

**Cuadro N°16. Personal (asalariado o no) trabajando actualmente en el Sistema.**

<b>Título del Puesto</b>	<b>Asalariado/ Ad-honorem</b>	<b>Fecha de creación del puesto</b>	<b>Calificación del titular</b>	<b>Principales tareas</b>
<i>Miembros de Junta Directiva:</i>				
Presidente	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Lic. Administración	Dirección del proyecto
Vicepresidente	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Primaria completa	Dirección del proyecto
Secretario	Ad-honorem	Setiembre,	Tercero	Dirección del

<sup>46</sup> Generalmente el representante de los afiliados vive en la finca en donde está el Puesto médico.

<b>Título del Puesto</b>	<b>Asalariado/ Ad-honorem</b>	<b>Fecha de creación del puesto</b>	<b>Calificación del titular</b>	<b>Principales tareas</b>
		1995 Setiembre, 1995	secundaria	proyecto
Tesorero	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Secundaria completa	Dirección del proyecto
Fiscal	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Primaria completa	Dirección del proyecto
Vocal 1	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Tercero de secundaria	Dirección del proyecto
Vocal 2	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Cuarto de primaria	Dirección del proyecto
Vocal 3	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Secundaria completa	Dirección del proyecto
Vocal 4	Ad-honorem	Setiembre, 1995	Cuarto de primaria	Dirección del proyecto
<i>Administración:</i>				
Gerente	Asalariado	Junio, 1997	Médico	Administración general
Contadora	Asalariado	Junio, 1997	Técnico en Contabilidad	Registro de información
Informática	Asalariado	Diciembre, 1997	Técnico en Informática y contabilidad	Registro de información
Afanadora	Asalariado	Agosto, 1996	Cuarto de primaria	Limpieza
Vigilante	Asalariado	Agosto, 1996	Cuarto de primaria	Vigilancia
Promotor 1	Asalariado	Setiembre, 1995	Segundo de universidad	Divulgación y fortalecimiento del Sistema
Promotor 2	Asalariado	Noviembre, 1997	Primaria completa	Divulgación y fortalecimiento del Sistema
Promotor 3	Asalariado	Noviembre, 1998	Primaria completa	Divulgación y fortalecimiento
<i>Equipo médico:</i>				
Médico 1	Asalariado	Setiembre, 1995	Médico general	Atención médica y Administración del Puesto
Médico 2	Asalariado	Setiembre, 1995	Médico general	Atención médica y Administración del Puesto
Médico 3	Asalariado	Agosto, 1996	Médico general	Atención médica y Administración del Puesto
Médico 4	Asalariado	Noviembre, 1998	Médico general	Atención médica y Administración del

Título del Puesto	Asalariado/ Ad-honorem	Fecha de creación del puesto	Calificación del titular	Principales tareas
				Puesto
Odontólogo	Asalariado	Noviembre, 1998	Cirujano dentista	Atención médica odontológica
Enfermera 1	Asalariado	Setiembre, 1995	Auxiliar de enfermería	Atención de enfermería y asistencia al médico.
Enfermera 2	Asalariado	Setiembre, 1995	Auxiliar de enfermería	Atención de enfermería y asistencia al médico.
Enfermera 3	Asalariado	Agosto, 1996	Auxiliar de enfermería	Atención de enfermería y asistencia al médico.
Enfermera 4	Asalariado	Noviembre, 1998	Auxiliar de enfermería	Atención de enfermería y asistencia al médico.
Despachador	Asalariado	Setiembre, 1995	Tercero de secundaria	Control y entrega de medicamentos
Asesor del FOS	Asalariado directo del FOS	Setiembre, 1995	Economista	Control y entrega de medicamentos

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

Aparte del personal caracterizado anteriormente, el Sistema dispone de colaboración adicional que facilita la prestación de servicios a los beneficiarios. El cuadro N°17 resume características de estos grupos voluntarios:

**Cuadro N°17. Otro personal empleado por el Sistema.**

Categoría	Número	Organización responsable	Porcentaje de tiempo consagrado para el Sistema	Principales tareas
Promotores en salud (voluntarios)	27 (uno por finca)	Administración finca	Tiempo completo en período de cosecha y medio tiempo en otro período	Extender el trabajo de los promotores asalariados.
Parteras (voluntarios)	27 (uno por finca)	Administración de finca	Tiempo completo en período de cosecha y medio tiempo en otro período	Dar asistencia al personal médico a través de la atención de partos.

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

Estos dos grupos de colaboradores permiten dar una mejor cobertura de los servicios ofrecidos por el Sistema. De forma voluntaria extienden el trabajo

realizado tanto por el personal médico, como de los promotores que forman parte del personal de la Mutua. Su trabajo es de tiempo completo en aquellos periodos de cosecha y que se muestra gran actividad en las fincas. Para otras épocas del año, están disponibles medio tiempo.

A pesar de que todo el personal nombrado anteriormente posee una cuota de responsabilidad dentro el proyecto, la lista de los principales responsables del Sistema es encabezada por presidente de la Junta Directiva, seguido por el administrador del proyecto, y en el campo, el médico del Puesto. De todos ellos el único que no recibe remuneración alguna por sus funciones dentro del Sistema es el presidente de la Junta. Los otros dos son remunerados mensualmente: el Administrador por la Junta Directiva, y el médico por la Administración.

### **5.3 Carácter democrático y participativo de la gestión**

Tanto los antiguos como los nuevos afiliados son informados sobre sus derechos, obligaciones y sobre el funcionamiento del Sistema a través de las asambleas de afiliados por finca y el trabajo de los promotores. Este trabajo de divulgación e información se efectúa bajo la coordinación conjunta de los promotores zonales y administraciones de finca, además de la colaboración de las administraciones de finca y promotores voluntarios. Es realizado dos veces por mes utilizando medios orales y escritos (afiches; ver Anexo N°4).

Los afiliados juegan un papel importante en la determinación de cómo debe funcionar el Sistema. Los servicios ofrecidos actualmente han sido determinados según las sugerencias de los beneficiarios, así como también producto del diagnóstico arrojado por estudios que identifican las principales necesidades en salud de la población meta del proyecto<sup>47</sup>. El monto de las cotizaciones y la modalidad de pago, aunque no es decidida por los afiliados, en mucho su determinación es influenciada por sus sugerencias, dado que a fin de cuentas quien tiene o no la capacidad adquisitiva y el interés de formar parte del Sistema es el propio afiliado. La selección de los prestadores compete al Equipo Técnico, pero por sugerencia de los beneficiarios tres de los cuatro médicos son mujeres. El actual máximo órgano responsable del proyecto (la Junta Directiva) fue nombrada por las empresas agropecuarias y la ATC; los nuevos estatutos han dado la potestad a la Asamblea de afiliados para que sea la encargada de elegir al órgano director. Adicionalmente, al menos dos veces al año, se efectúan evaluaciones que permiten conocer la posición de los afiliados por finca en relación al funcionamiento del Sistema. Las inquietudes, dudas o quejas externados por ellos, son documentados por los comités de finca quienes ponen al tanto a las juntas de las empresas a fin de que éstas lo den a conocer a la Junta Directiva de la Mutua, quien incorporará esta información en sus directrices de gestión.

---

<sup>47</sup> Ejemplos de estos estudios son: GLAS, 1994, "Investigación sobre la factibilidad de organización de un sistema mutualista de atención en salud"; CIPRES, 1998, "Estudio sobre la Mutua del Campo".

A la fecha no se ha celebrado ninguna Asamblea General de afiliados. Se tiene prevista la primera para el mes de setiembre de 1999, y posteriormente cada dos años. Se prevé la participación de representantes de los afiliados<sup>48</sup> quienes serán delegados en las fincas por los mismos trabajadores.

#### **5.4 Gestión de las disponibilidades**

El funcionamiento diario del Sistema demanda de gastos operativos que son pertinentes a la actividad propia del proyecto. Estas erogaciones son autorizadas por el gerente de la Mutua en representación de la Administración. De lo anterior se ha abierto dos cuentas bancarias que dan fluidez a las operaciones: un certificado a plazo fijo cuyo monto es producto de las cuotas de los afiliados<sup>49</sup>; y una cuenta de ahorro financiada con fondos del FOS y que asegura la realización de las actividades previstas. Los recursos del certificado pueden ser girados con las firmas del presidente y tesorero de la Junta Directiva; la cuenta de ahorro, con la del presidente y el gerente. El banco es de fácil acceso al Sistema y se ubica en el centro de la ciudad de Matagalpa. Importante es hacer notar que todas las transacciones efectuadas por la Mutua se realizan en dinero efectivo.

Además del dinero en las cuentas mencionadas, la Mutua maneja un fondo de caja chica, cuyo flujo mensual se utiliza para el pago de salarios, compra de medicamentos, pago de servicios (agua, electricidad, reparaciones, etc.), y gastos operativos corrientes. Los ingresos por venta de atención médica y medicinas al público vienen a financiar la caja chica.

#### **5.5 Sistema de información e instrumentos de gestión.**

##### *Registro contable*

El proyecto la Mutua, a partir de su funcionamiento, a venido registrando contablemente todas sus transacciones. Al día de hoy han montado un Sistema contable muy elemental que le permite obtener Estados financieros (Balance General y Estado de Resultados; ver Anexo N°8) con apego a los principios de contabilidad generalmente aceptados. A pesar de ello la automatización del registro vendría a agilizar y facilitar la obtención de información relevante para la toma de decisiones de los responsables. Dentro la documentación que maneja la sección contable (ver Anexo N°9) se puede nombrar los siguientes:

- Boleta de solicitud de crédito.
- Recibo de crédito.
- Tarjeta Kardex para llevar control de inventario de medicamentos.

---

<sup>48</sup> Un representante por cada cincuenta afiliados.

<sup>49</sup> Este fondo no se utiliza para las operaciones diarias del sistema. A pesar de ello, cuando el FOS se ha retrasado en los pagos al proyecto, se ha hecho uso de estos dineros pero posteriormente se realiza el reembolso respectivo.

- Recibo de caja.
- Comprobante de diario.
- Hojas de trabajo.

La persona responsable de llevar al día todos los registros es la contadora. Esta persona ha completado su educación secundaria y además obtuvo el título de técnico medio en contabilidad.

#### *Información sobre afiliaciones, cotizaciones y prestaciones*

A fin de ordenar y mantener un registro de las operaciones diarias del proyecto, se ha montado un registro de afiliados (utiliza Ficha de afiliación; ver Anexo N°3), registro de pago de cotizaciones y seguimiento de los servicios ofrecidos. Todos ellos en uso y debidamente actualizados. Aunque los beneficiarios utilizan una tarjeta que facilita el localizar su expediente médico cuando van a ser atendidos en el Puesto, este documento no es considerado de identificación. Otro documento que se maneja, a fin de dar seguimiento a las afiliaciones, es la Hoja de desafiliación; con ella la empresa agropecuaria, finca o cooperativa pone en conocimiento de la Administración de la Mutua a aquellos trabajadores que desean desafiliarse del Sistema.

#### *Instrumentos de gestión*

Para efectos de ordenar y procesar la información que el funcionamiento del Sistema de salud genera, la Administración del proyecto construye mensualmente un presupuesto, un Estado de Resultados y el Balance General. A pesar de ello no se manejan indicadores que permitan hacer comparaciones y ver la evolución del Sistema de salud de forma global.

La información disponible permite, además, conocer de forma inmediata o dentro de un plazo razonable, respecto a la situación de tesorería, la evolución de las prestaciones, la recaudación de las cotizaciones, la situación de las inversiones financieras, la entrada y salida de afiliados, así como los costos administrativos.

El uso del microprocesador es limitado. Este aparato se utiliza principalmente para realizar el resumen de Estados financieros, estadísticas descriptivas y como procesador de palabras para la confección y archivo de documentación administrativa.

A partir de 1998, de forma trimestral y anual, la Junta Directiva junto con las empresas agropecuarias y el FOS, rinden un informe de actividades del proyecto la Mutua (ver Anexo N°10). Este informe tiene como objetivo dar a conocer a los afiliados, beneficiarios y prestadores, los logros, desaciertos y propuestas del Sistema durante determinado período.

### *Formalización de los procedimientos de gestión*

Para el funcionamiento corriente del Sistema, la Mutua utiliza una serie de formularios y documentación de carácter administrativo, a saber:

- Ficha de afiliación.
- Formato de desafiliación.
- Solicitud de crédito.
- Recibo de crédito.
- Recibo oficial de caja.
- Recetario médico.
- Informe médico (ver Anexo N°11).
- Expediente del afiliado.
- Formato de entrega de medicamentos.
- Tarjeta Kardex para control de inventarios.
- Ficha de registro de visitas.
- Papelería para registros contables.
- Facturas membreadas para la venta de servicios o medicamentos.
- Contratos laborales y convenios con organismos y profesionales.
- Hoja de permisos (para el personal que requiere ausentarse por alguna razón).

Todos esta documentación le permita a la Mutua almacenar información que una vez procesada y analizada se utiliza para hacer más efectivo el proceso de toma de decisiones no solo de los responsables, sino, de los actores involucrados.

### **5.6 Función de control**

Conocido el tipo de información que el proyecto maneja, ahora se pueden enumerar los controles internos que se llevan de forma regular para asegurar el orden y rectitud del funcionamiento.

Estos son los controles de:

- a) Caja chica
- b) Contabilidad
- c) Afiliación
- d) Pago de cotizaciones
- e) Derecho a disfrutar del paquete de servicios
- f) Facturación de venta de servicios a familiares y público
- g) Médico (usa el expediente médico)

Cada uno de estos controles son llevados por la Administración de la Mutua y algunos (c, e, f, g) por los Puestos médicos respectivos.

A pesar de tener todos esos controles internos, la Mutua no ha realizado ningún tipo de auditoría externa que sirva para dar constancia por terceros que los

registros son efectivos y confiables. La Administración plantea voluntariamente esa necesidad de control externo, pero aún no se ha definido nada en concreto.

### 5.7 Distribución real de funciones

A continuación se muestra el cuadro N°18, en él se indica la persona u órgano a quien realmente le corresponde tomar determinadas decisiones dentro de la gestión del Sistema de salud. Toda esta información ya ha sido especificada en las secciones anteriores.

**Cuadro N°18. Distribución real de funciones.**

	Órgano del Sistema	Personal asalariado del Sistema	Prestadores de atención médica	Personal de asistencia técnica regular	Otros organismos
<b>Gestión de prestaciones:</b>					
¿Quién decide los paquetes de beneficios?	Junta Directiva				
¿Quién realiza los arbitrajes en materia de cobertura?	N/A				
¿Quién decide hacer la remisión de un enfermo a un nivel superior?	N/A				
¿Quién hace el seguimiento de las prestaciones? (frecuencia por servicio, costo promedio, etc.)	Administración (Gerente y contador)				
<b>Gestión de los afiliados y recaudación de cotizaciones</b>					
¿Quién recibe las solicitudes de afiliación?		Promotores zonales			
¿Quién actualiza los registros de afiliados?		Promotores zonales (y Administraciones de finca)			
¿Quién establece las tarjetas de identificación de afiliados?			Médico y enfermera del puesto		

	<b>Órgano del Sistema</b>	<b>Personal asalariado del Sistema</b>	<b>Prestadores de atención médica</b>	<b>Personal de asistencia técnica regular</b>	<b>Otros organismos</b>
¿Quién decide la exclusión de un afiliado?	Comité de finca				
¿Quién calcula el monto de las cotizaciones?	Junta Directiva				
¿Quién decide el monto de las cotizaciones?	Junta Directiva				
¿Quién recauda las cotizaciones?					Administración de las agropecuarias o la Administración de finca.
¿Quién lleva el registro de pago de las cotizaciones?	Administración (contabilidad)				
<b>Gestión de relaciones con los prestadores</b>					
¿Quién elige a los prestadores?	Equipo técnico				
¿Quién negocia los acuerdos con los prestadores?	Administración (Gerente)				
¿Quién retira la autorización a un prestador?	Equipo técnico				
¿Quién decide el pago a los prestadores?	Junta Directiva				
<b>Contabilidad y gestión financiera</b>					
¿Quién efectúa los registros contables?	Administración (contabilidad)				
¿Quién prepara el presupuesto?	Administración (contabilidad)				
¿Quién elabora el Sistema de Administración contable?	Administración (contabilidad)				
¿Quién elabora los estados de	Administración				

	<b>Órgano del Sistema</b>	<b>Personal asalariado del Sistema</b>	<b>Prestadores de atención médica</b>	<b>Personal de asistencia técnica regular</b>	<b>Otros organismos</b>
estados de resultado?	(contabilidad)				
¿Quién elabora el balance?	Administración (contabilidad)				
¿Quién calcula los indicadores financieros?	N/A				
¿Quién propone la distribución del excedente?	Administración (Gerente)				
¿Quién decide la distribución del excedente?	Junta Directiva				
¿Quién realiza el seguimiento de la utilización de las disponibilidades de caja?	Junta Directiva, pero Gerencia realiza los gastos				
¿Quién cobra los créditos?					Administración de las agropecuarias o la Administración de finca.
¿Quién decide las inversiones financieras?	Junta Directiva				
¿Quién autoriza los gastos?	Administración (Gerente)				
¿Quién administra la caja chica?	Administración (contabilidad)				
<b>VI. Control</b>					
¿Quién controla la caja?	Administración (Gerente)				
¿Quién efectúa los controles contables y financieros?				Técnico del FOS	
¿Quién controla a los beneficiarios?	Comité de finca	Promotores zonales	Médico y enfermera		
¿Quién controla el pago de cotizaciones?	Administración (contabilidad)				Administración de las agropecuarias o la Administración

	<b>Órgano del Sistema</b>	<b>Personal asalariado del Sistema</b>	<b>Prestadores de atención médica</b>	<b>Personal de asistencia técnica regular</b>	<b>Otros organismos</b>
					de finca.
¿Quién controla el derecho a las prestaciones?	Junta Directiva		Enfermera del Puesto		
¿Quién controla la facturación de los prestadores?	Junta Directiva				
¿Quién efectúa el control médico?	Administración (Gerente)				
¿Quién sanciona los fraudes?	Equipo técnico				
¿Quién interviene en caso de malversación de fondos?	Junta Directiva				
<b>Relaciones con los beneficiarios y el grupo destinatario</b>					
¿Quién decide convocar la Asamblea general?	Junta Directiva				
¿Quién organiza la Asamblea general?	Junta Directiva				
¿Quién designa a los responsables?					
¿Quién informa a los beneficiarios en cuanto al paquete de beneficios?	Administración	Promotores zonales			Administración de las agropecuarias o la Administración de finca.
¿Quién organiza las campañas de información del grupo destinatario?	Administración	Promotores zonales			
¿Quién organiza las actividades de prevención y de educación para la salud?	Administración	Promotores zonales	Personal médico de los puestos		

**Fuente:** Elaboración de autores con la colaboración del personal de La Mutua del Campo.

## 5.8 Equipamiento e infraestructura

La organización responsable del Sistema de salud, a saber la Junta Directiva y Administración, ocupan en el centro de Matagalpa un local alquilado y que es utilizado exclusivamente para las actividades propias del proyecto la Mutua.

Mide alrededor de 120m<sup>2</sup>, compuesto por siete salas, de los cuales tres son ocupados por el Puesto Médico que funciona en el lugar y las otras para Administración. En una de las salas se puede observar un equipo informático acompañado de una impresora. Se utiliza el ambiente Windows 95, y poseen pocos programas. El software utilizado es el paquete de oficina de Microsoft (con word, excel, etc.).

Otro equipo con el que se cuenta en este local céntrico, es una línea telefónica (con dos aparatos telefónicos) y un telefax. Además la Mutua tiene a su disposición un vehículo tipo pick-up de una cabina, marca Mishubitsi modelo 1997; dos motocicletas marca Yamaha, modelos 1995 y 1996.

## **6. Actores en relación con el Sistema**

### **6.1 Estructura de reaseguro y fondos de garantía**

En vista que el Sistema de salud que desarrolla la Mutua no participa en un mecanismo de reaseguro y fondo de garantía es que no se puede llamar seguro como tal. La legislación nicaragüense en esta materia exige estos tipo de respaldo. Lo anterior motivó para que la personería jurídica que tramitan actualmente los caracterizara de asociación civil sin fines de lucro.

### **6.2 Estructuras de asistencia técnica**

El proyecto Mutua del Campo ha recibido, desde su inicio en setiembre de 1995, asistencia técnica permanente relacionada con el eficiente uso de los recursos con que cuentan para desarrollar el Sistema de salud. La organización responsable de esta asistencia técnica es el FOS. Existe incertidumbre en cuanto al tiempo que este organismo externo seguirá brindando esta asistencia.

La asistencia técnica brindada por el FOS se centra en la planificación, organización, evaluación, consultoría y transmisión de experiencias de proyectos sociales que permitan mejorar el funcionamiento del Sistema.

### **6.3 Movimientos sociales y organizaciones de la economía social.**

La Mutua del Campo como proyecto que desarrolla un Sistema de salud no posee relaciones formales con ningún sindicato, federación o algún otro organismo, para la gestión de sus actividades. A pesar de ello varios de los funcionarios que forman parte de los órganos responsables del Sistema, son sindicalistas. Así pues, el presidente de la Junta Directiva de la Mutua es miembro del Comité Ejecutivo de la ATC Matagalpa; el vicepresidente, secretario sindical de la empresa Alfonso Nuñez; los Comité de Finca poseen un representante sindicalista nombrado por razones prácticas: al ser la mayoría de los trabajadores sindicalistas, éste ejerce influencia (autoridad) sobre los trabajadores facilitando la comunicación entre los responsables del proyecto y los afiliados.

#### **6.4 Otros actores**

El Sistema de salud desarrollado por la Mutua del Campo no ha tenido relaciones estrechas con otras organizaciones locales o el Sistema de seguridad social brindada por el Estado. Esas relaciones se han limitado a coordinar algún tipo de programa que busque alcanzar objetivos comunes de la Mutua y del otro organismo. Así por ejemplo, cuando el Gobierno emprende campañas nacionales de vacunación o PROFAMILIA emprende un programa de educación sexual y reproductiva, la Mutua se constituye en un medio de extensión del programa del organismo, a su vez que beneficia a sus afiliados y familiares brindándoles servicios adicionales no programados en el paquete de servicios no contempla.

## VI. Indicadores de funcionamiento del Sistema de seguro de salud

A pesar de existir suficiente información en la actualidad como para construir indicadores de funcionamiento del Sistema, aún no se han desarrollado como un mecanismo que permita analizar y observar su evolución en el tiempo. Se manejan de forma aislada algunos indicadores tales como el promedio de beneficiarios por afiliado (5 por afiliado), y el excedente o déficit del Estado de Resultados mensual:

### CuadroN°19. Excedente o déficit del Estado de Resultados para el mes de mayo. Años 1997, 1998 y 1999.

Año	Excedente (o déficit)**
1997	(15.180, <sup>49</sup> córdobas (US\$1.286,48)
1998	(24.261, <sup>19</sup> córdobas (US\$2.056)
1999	(39.562. <sup>38</sup> córdobas (US\$3.352,74)

Fuente: Estado de Resultados para mayo de 1997, 1998 y 1999 de la Mutua del Campo.

\*\*Todos estos déficits son financiados con aportes del FOS.

Actualmente la sección contable de la Mutua, con apoyo del técnico del FOS, se encuentra construyendo indicadores que permitan analizar la gestión del proyecto y así poseer información útil para la toma de decisiones con respaldo técnico.

## VII. Punto de vista de los actores sobre el Sistema de seguro de salud

En este apartado se recoge el punto de vista de los diversos actores implicados en el funcionamiento del Sistema de salud. Aunque con ello no se pretende hacer una evaluación de la experiencia es interesante conocer la posición de las personas y organismos que mantienen relación con el proyecto de La Mutua del Campo.

### 1. Procesos de evaluación

Alrededor de dos a tres veces al año, la Mutua realiza, en las fincas, *asambleas informativas* de afiliados en donde se da parte de las actividades de la Mutua y se obtiene la opinión de los beneficiarios en lo que se refiere al funcionamiento del Sistema.

Es importante destacar que aunque los responsables del proyecto no realizan evaluaciones internas (autoevaluaciones), anualmente se confecciona un documento conocido como *Informe General* en donde se describe la situación del Sistema en distintos aspectos, tales como desarrollo organizativo y administrativo, el desarrollo de servicios médicos, la afiliación y la situación económica de la Mutua. Este informe es elaborado por la Administración del proyecto. Su revisión y análisis está a cargo de la Junta Directiva y el FOS (a través de su técnico).

Es en las asambleas informativas en donde la Administración da a conocer, vía oral, el Informe General a los beneficiarios. Además de este informe interno, en el año 1998 CIPRES<sup>50</sup>, con financiamiento del FOS, realizó un único estudio de corte evaluativo, sobre el alcance y el desarrollo del Proyecto La Mutua hasta ese momento. En ese documento se analiza la situación del Sistema y finalmente se dan una serie de recomendaciones en relación a la sostenibilidad económica y social, afiliación, divulgación y propaganda, entre otras. Dentro de las principales conclusiones de este estudio destacan las siguientes:

- La afiliación debe ser la tarea prioritaria de los próximos años en orden a lograr la consolidación, el fortalecimiento y el crecimiento de la Mutua del Campo.
- Debe darse un giro en la concepción del Proyecto Mutua del Campo, y pasar de ser un proyecto social que tenga rentabilidad a ser un proyecto económico con orientación social.
- Reactivar las reuniones periódicas de las Asambleas de Afiliados por finca, en donde se les informe del desarrollo de la Mutua y puedan exponer, como

---

<sup>50</sup> Centro para la Promoción, la Investigación y el Desarrollo rural y Social. Es un Organismo No Gubernamental que trabaja en el sector rural desde 1991.

afiliados, los problemas y las sugerencias que consideren importante para mejorar sus servicios

- Elaborar un plan específico de actividades de propaganda y organización, con el objetivo que los afiliados, las Juntas Directivas de empresas, los dueños de finca, los administradores, conozcan y se apropien los Estatutos de la Mutua del Campo, como una organización que les pertenece y cuyo futuro depende del apoyo activo que presenten todos sus afiliados.

Aparte del Informe General que se realiza anualmente y el estudio de CIPRES, no se efectúan evaluaciones periódicas del Sistema que permitan medir con exactitud el desenvolvimiento de actividades.

## **2. Punto de vista de los responsables**

### **2.1 Puesta en marcha del Sistema**

En el proceso de puesta en marcha del Sistema, los elementos que pueden considerarse como los principales factores de éxito han sido:

- Llevar el servicio hasta donde el trabajador.
- La Campaña divulgativa, que promueve los beneficios que el Sistema trae a los trabajadores y patronos.
- La existencia de un equipo técnico competente (administración, personal de puestos médicos).
- El reconocimiento que SILAIS (MINSA) hace del proyecto como un “complemento” a la labor de proveer servicios médicos a la población campesina.
- La existencia de grupos organizados de trabajadores (ATC) que facilitan ejecución del proyecto en cuanto a divulgación y aplicación de servicios.

Por otro lado, las principales dificultades encontradas con la puesta en marcha del Sistema fueron:

- Como el proyecto era algo innovador, no se contaba con la experiencia necesaria para aprovechar al máximo el tiempo y recursos disponibles.
- En vista que el grupo destinatario no percibía al seguro de salud como una necesidad básica, el cobro a través de cotizaciones experimentó el rechazo por parte de los trabajadores.
- La inexistencia de una Administración consolidada, y una Junta Directiva inexperta y con poco tiempo disponible para atender el proyecto.
- Falta de equipo (de oficina, instrumentos médicos) y materiales (de oficina, medicamentos) que facilitara la ejecución de objetivos del proyecto. Es por ello que una mayor disponibilidad de recursos desde el inicio del proyecto habría evitado una serie de dificultades en el funcionamiento del Sistema.
- El abuso en el uso de atención médica por parte de los usuarios. Este problema no pudo haberse evitado de golpe con una o varias medidas. Más bien su solución requiere y ha requerido de un proceso de concientización de

los beneficiarios. La capacitación de Promotores de Finca, para que ejecuten esta tarea educativa, a sido de gran efectividad.

Con el transcurso del tiempo la actitud de los actores implicados al Sistema ha venido modificándose debido a la experiencia que se ha venido adquiriendo. Así por ejemplo los beneficiarios ven el Sistema como la solución a las necesidades básicas de salud y como un medio al que vale la pena dar buen uso y se debe fortalecer. Los patronos ven su aporte de cotización como una inversión y no como un gasto. Los responsables del proyecto (Junta Directiva, Administración) y el personal de los Puestos médicos han asumido sus tareas con mayor entrega y sentido empresarial sin descuidar la visión social.

Las entidades estatales relacionadas con la seguridad en salud (MINSA-SILAIS) son más conscientes que el trabajo de la Mutua viene a extender las actividades de cobertura en salud que persiguen.

## **2.2 Dinámica de afiliación**

Los beneficiarios poseen pleno conocimiento del funcionamiento del seguro, saben cuales son sus beneficios y sus deberes. Aunque el concepto de seguro lo asocian generalmente a seguro de vida o lo relacionan con pensión, entienden el mecanismo como trabaja la Mutua, consideran que es innovador y de gran beneficio para la población trabajadora.

La afiliación de nuevos trabajadores es limitada por diversos motivos. Los principales son:

- Muchos trabajadores consideran innecesario cotizar para obtener a cambio servicios de salud. Esto requiere de un proceso de educación que haga tomar conciencia al trabajador de la importancia de contar con atención médica. El trabajo de promotoría en esto tiene un gran reto.
- Existen casos en que el patrono tiene dificultades para aportar parte de la cotización del trabajador constituyéndose el pagar el monto correspondiente en algo fuera de su presupuesto. Esa situación depende de variables externas al control del proyecto. La creación de mecanismos de financiamiento (ej. crédito) para que las empresas puedan colaborar con sus empleados, es parte de las metas de corto plazo del proyecto.
- La falta de recursos impide que el proyecto construya Puestos de salud que permitan acceder el Sistema a más trabajadores de zonas rurales. Muy relacionado con el punto anterior, la creación de fuentes de ingreso adicionales tales como la venta de servicios al público, la venta de medicamentos o la creación de un fondo que reditúe intereses, son parte de los instrumentos que actualmente utiliza el proyecto.

Los responsables manifiestan que sus principales temores en cuanto al funcionamiento del Sistema son que en el corto plazo el FOS retire sus donativos, pues aún no están listos para financiar sus gastos; además que el Sistema no satisfaga las necesidades básicas de salud del trabajador y consecuentemente se retiren como afiliados. Además, según la percepción de

los responsables, los afiliados temen que el Sistema en un futuro se disuelva y vuelvan a padecer de la inexistencia de atención médica primaria.

A excepción de la atención médica y la venta de medicamentos al público, el grupo destinatario del proyecto sigue siendo la clase obrera del campo.

El temor a la desafiliación es fundamentado por los responsables de la siguiente manera: Vencido el plazo anual del contrato de la Mutua con empresas y fincas privadas sobre su compromiso de tomar parte del proyecto, éstas pueden decidir no renovar el convenio por poseer problemas financieros que les imposibilite pagar los aportes patronales; además los afiliados, al cabo de un tiempo, pueden considerar que el servicio da poco valor agregado a su bienestar general, o bien, se consideran disconformes con el paquete de beneficios. Otra razón frecuente de desafiliación es el término de los períodos de cosecha con lo cual muchos trabajadores quedan cesantes y emigran o otros sectores o lugares en busca de oportunidades de empleo.

En general los beneficiarios se sienten satisfechos con los servicios recibidos, pues pueden acceder a atención médica y medicinas cerca de sus domicilios y lugares de trabajo. A pesar de ello algunos afiliados pueden estar disconformes con la atención médica recibida o con los medicamentos recetados. El trabajo educativo y de divulgación por parte de los promotores trata de alguna forma de orientar y entender estas insatisfacciones. A su vez la Administración se esfuerza por ampliar los paquetes de beneficios y promover actividades recreativas como formas complementaria de motivación a los beneficiarios.

### **2.3 Acceso a la atención médica y relaciones con los prestadores**

El Sistema a permitido mejorar el acceso de los beneficiarios a la atención médica. En primer término estos trabajadores no gozaban de ningún tipo de atención en salud antes de la puesta en marcha del proyecto. La construcción de los cuatro puestos que hoy funcionan, el aumento en el número de afiliados año con año y la disminución de las consultas subsecuentes<sup>51</sup> son indicadores que dan idea de lo beneficioso que ha sido el Sistema para los trabajadores del campo. Parte del éxito alcanzado por el proyecto es que desde sus inicios se ha dado a la tarea de satisfacer parte de las necesidades básica del grupo destinatario, ofreciendo un paquete de servicios básico y a un costo accesible para el trabajador.

Por otro lado, según los responsables, las actividades de prevención y de educación para la salud han venido a formar parte de los beneficios que ofrece el Sistema como una práctica que intenta aplicar lo que se conoce como medicina preventiva. Lo anterior, a la vez que incide positivamente sobre el estado sanitario del trabajador, permite, además, disminuir los costos del proyecto al tener que dedicar menos recursos para la cura de enfermedades.

---

<sup>51</sup> Consulta subsecuente quiere decir que un mismo beneficiario utiliza el servicio de consulta médica repetidas veces.

Aunque el Sistema no ha dejado de brindar los servicios que ha ofrecido, existe alrededor de un 40% de tasa de morosidad en el pago de cotizaciones de afiliados. Esto no por parte del propio afiliado, pues a este se le deduce de su salario la cotización respectiva, sino, del patrono, quien al verse en problemas financieros, no puede realizar puntualmente el pago mensual. Esto, aunque es un problema, no es considerado como un peligro para el funcionamiento del Sistema; pues la Mutua da facilidades de pago al patrono para que haga frente a sus obligaciones, es decir, realiza prórrogas a los periodos de pago de los patronos facilitando ello la cancelación de los saldos adeudados. Lo anterior hace dudar de la estabilidad financiera del Sistema una vez que el FOS retire sus aportes, pues como se dijo anteriormente las cotizaciones son enviadas a un fondo y no son utilizadas para hacer frente a los gastos operativos. Siendo así, la mora en el pago de las cotizaciones de los empleadores puede constituirse en un problema delicado en el futuro para la sostenibilidad del Sistema.

Los problemas de acceso a los servicios cubiertos por el Sistema tienen que ver con fallas estructurales, específicamente la distancia y el traslado al Puesto médico más cercano. Para muchos trabajadores del campo este aspecto les impide formar parte del Sistema. La solución sería la construcción de más Puestos, solución que por falta de recursos resulta difícil.

En relación al modo de facturación de los prestadores, los responsables opinan que funciona bien: el pagar al personal de los puesto médicos un salario por periodo laborado, y comprar los servicios de ciertas especialidades (odontología, ginecología), resulta efectivo para brindar los servicios médicos a los beneficiarios.

En la relación laboral entre la Mutua y los prestadores, desde un principio ha sido la primera quien a tenido el poder de negociación. A pesar de ello el proyecto trata de motivar al prestador con pagos por encima del ofrecido por el Estado, y reconocimientos orales y escritos al buen desempeño de funciones. Prácticamente no se ha tenido dificultades con los prestadores de atención médica. La distancia que tiene que recorrer el persona médico para llegar al Puesto, pudo en algunas ocasiones provocar llegadas tardías. Pero esto se ha dado pocas veces.

## **2.4 Pago de las cotizaciones**

Ya se ha mencionado que el principal problema que surge en el pago de cotizaciones se da por problemas financieros de las empresas. Aunque el trabajador, por la forma en que paga su cotización, no se atrasa en el pago, las situaciones de crisis financieras de los patronos hacen que éste de prioridad al proceso productivo y deja en segundo plano el aspecto de salud del trabajador. En vista de este problema, la Mutua facilita a las empresas y fincas arreglos de pago que consisten en pagar posterior a la fecha prevista inicialmente sin el pago de intereses morosos, esto le permite al patrono honrar su compromiso de aporte a una parte de la cotización del trabajador afiliado. Actualmente se

negocia con los patronos para que aunque se atrasen en su pago, hagan llegar la parte que le corresponde pagar a trabajador.

## **2.5 Determinación de la relación cotización/paquete de beneficios**

Se considera que la cotización actual es insuficiente para ofrecer el paquete de servicios. La solución a ello se maneja en dos vías: la primera en el incremento del monto de cotización, y segundo, el aumento en el número de afiliados. A propósito, actualmente los nuevos afiliados deben de cotizar treinta córdobas mensuales, y se negocia con los antiguos afiliados para que también paguen ese monto. El trabajo de promotoría cumple un papel importante al concientizar a los afiliados de la necesidad de elevar el monto a cotizar, pero además, de hace ver a trabajadores aún no afiliados de los beneficios que brinda el Sistema al trabajador que se afilie.

## **2.6 Gestión de riesgos vinculados con el seguro**

El funcionamiento del Sistema conlleva una serie de riesgos. El exceso en el uso de los servicios por parte de los beneficiarios que se dio en un inicio, ha venido a dejar de ser un problema crítico. Nuevamente la labor educativa de los promotores, así como la permanencia de un control social<sup>52</sup>, ha dado al traste con esta situación de abuso. Cabe destacar que los responsables no han considerado como un problema latente el riesgo vinculado a la afiliación de personas propensas a enfermarse más que el grueso de los beneficiarios pues han percibido una utilización razonable (en relación a la cotización pagada) de los servicios por parte de los trabajadores actualmente afiliados.

Otro aspecto a considerar son los costos operativos del proyecto. La Administración mantiene una política austera en el tratamiento de los costos, ello a contribuido para que el uso ineficiente de los recursos no se constituyan en un problema que atente contra la estabilidad financiera del proyecto.

El Sistema a pesar de no contar con más respaldo que su fondo de ahorro proveniente de las cotizaciones, ha visto la opción del reaseguro como un aspecto secundario de su gestión. Considera que las prioridades están estrechamente ligadas a la ampliación y fortalecimiento del paquete de beneficios. Con la adquisición de su personería jurídica se iniciará un proceso de redefinición de su gestión, en donde el tema del reaseguro podría surgir como una opción viable para tratar el factor riesgo.

## **2.7 Fraudes**

En realidad el Sistema no ha tenido, hasta el momento, problemas de fraudes en su gestión, ni con prestadores o beneficiarios. El control social ha ejercido un papel importante en este aspecto.

---

<sup>52</sup> Se entiende por control social el que surge producto de la crítica y opinión de la gente ante situaciones vistas como inmorales o inadecuadas socialmente.

## **2.8 Administración y la gestión**

Aunque la Administración es la responsable de coordinar los aspectos de gestión del proyecto, existen unidades de gestión descentralizadas tales como el Comité de finca, que efectúan un trabajo de suma importancia en la búsqueda mancomunada de objetivos tanto de los responsables del Sistema, como de empresas y beneficiarios.

Las Asambleas de finca buscan el incorporar al grupo de afiliados a la gestión del Sistema al programar dentro de su agenda la ponencia de ideas y de sugerencias que son tomadas en cuenta a la hora de determinar las directrices que gobiernan el proyecto. Estas ideas y sugerencias deberían versar sobre bondad y limitaciones de los servicios ofrecidos, trabajo del personal de puestos médicos, escogencia del paquete de beneficios, y determinación del monto de cotización, principalmente. En este mismo sentido las Asambleas Generales programadas a partir de finales de 1999 buscan la incorporación del criterio de los afiliados a las políticas de gestión del Sistema.

En relación al personal de los puestos médicos y los responsables del Sistema, se considera que éste posee la capacidad y el compromiso suficiente como para hacer frente, de manera adecuada, a la ejecución de las tareas encomendadas por el proyecto.

Aunque el Sistema de información existente en la Mutua responde a las necesidades existentes, informatizarlo vendría a agilizar el trabajo y disponibilidad de información valiosa que sirva para la toma de decisiones en la gestión del proyecto.

Actualmente los responsables de la Mutua (Administración y Junta Directiva) no están sujetos a cambios periódicos. A partir de setiembre de 1999, se pretende que la Junta sea designada cada cierto periodo (aún no definido) por la Asamblea General de Afiliados, pero no la Administración. Los responsables temen que los afiliados no escojan, para las plazas vacantes de la Junta, a las personas idóneas. Ello podría deteriorar, según argumentan, la estabilidad en la gestión del Sistema.

## **2.9 Relaciones en el Estado (nacional, subnacional y local)**

La relación que mantiene el proyecto Mutua del Campo con el Estado se limita a los convenios de colaboración con el SILAIS (MINSA) a nivel departamental (Matagalpa, Jinotega) y municipal (Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia, San Ramón). A través de estos convenios la Mutua se constituye en un órgano que sirve al Estado para extender los programas nacionales y locales de salud, por ejemplo campañas de vacunación o la educación sanitaria. Aunque el proyecto esperaba apoyo del Estado en cuanto a suministro de implementos médicos y medicamentos, aún no se han realizado discusiones al respecto.

## 2.10 Funcionamiento global

La organización responsable del SIS prevé introducir nuevos servicios dentro del paquete que ofrece, esto en vista de la demanda por parte de los beneficiarios de atención pediátrica y más servicios ginecológicos, considerados actualmente como necesidades básicas de salud entre la población destinataria del Sistema.

A manera de resumen los puntos fuertes del Sistema que desarrolla la Mutua de Campo son :

- Bajo costo en los servicios disponibles
- Buena calidad en al prestación
- Accesibilidad de los servicios por parte de los beneficiarios
- Múltiples beneficios (atención primaria, medicamentos, parteras, exodoncia, papanicolau, programas del MINSA)
- Experiencia adquirida por los responsables
- Organización y estructura funcionales

Además de los aspectos favorables, se pueden mencionar los factores que limitan la eficacia del Sistema:

- Algunos trabajadores no consideran importante gozar de un Sistema de salud
- Lo novedoso del Sistema, de uno u otro modo, se constituye en una limitante. No existe la posibilidad de aprender de las vivencias que, la misma modalidad de Sistema, pudo haber tenido en contextos sociales y económicos similares al que vive la Mutua.
- La situación económica de los afiliados y empresa donde laboran dificultan el pago efectivo de las cotizaciones
- El cese de donaciones por parte del FOS, en este momento, atentaría contra la estabilidad y permanencia del Sistema.

Un análisis de los aspectos favorables y desfavorables del Sistema permite plantear las orientaciones a seguir para mejorar el funcionamiento e impacto del mismo:

- Procurar el crecimiento del número de afiliados como un factor que contribuye a la autosostenibilidad de Sistema. Esto se puede lograr a través de campañas más intensas de promotoría, y por medio de ofrecer más y mejores servicios.
- Adquirir a la mayor brevedad la personería jurídica
- Ofrecer formación y capacitación al equipo médico
- Ofrecer capacitación educativa a los beneficiarios
- Búsqueda de fuentes de apoyo económico con otros organismos

### **3. Punto de vista de los beneficiarios**

Según los beneficiarios entrevistados la puesta en marcha del Sistema de la Mutua, a mejorado el estado de salud en relación al estado en que se encontraban antes de la creación del SIS. Ahora cuentan con atención médica básica, medicamentos y otros servicios a bajo costo, todos tendientes a satisfacer las necesidades prioritarias de los campesinos. Además los afiliados ven como un aspecto muy favorable el hecho que sus familias puedan disfrutar de los servicios del Sistema.

En relación al monto de las cotizaciones, se consideran accesibles para la mayor parte de los trabajadores e incluso estarían dispuestos a pagar un poco más si esto es una condición necesaria para la permanencia del Sistema.

Gracias al trabajo de los promotores y de las administraciones de las empresas y fincas, los beneficiarios poseen un conocimiento adecuado de las reglas de funcionamiento, no solo en cuanto a las condiciones de afiliación, sino también en cuanto a paquetes de beneficios y de las actividades que realiza la Mutua.

Manifiestan que la conformación de la Asamblea General de afiliados es un logro importante en la eficaz participación y consulta de los afiliados para dar las orientaciones generales del Sistema.

En realidad los beneficiarios se muestran satisfechos con respecto a la gestión del Sistema, a la calidad y precios de los servicios de atención. Pero argumentan que aún puede mejorar con la ampliación del paquete de beneficios. Opinan que deben incluir el servicio de pediatría y más servicios de ginecología (aparte de examen de papanicolau). A pesar de ello manifiestan que los servicios han venido mejorando desde la puesta en marcha del Sistema.

### **4. Punto de vista de los prestadores de atención médica**

En entrevista realizada a la doctora Barinia Osejo Herradora, médico del puesto médico El Hular, el Sistema ha venido a satisfacer una necesidad latente de atención médica básica. En vista que antes los trabajadores no contaban con ningún tipo de atención, la introducción del Sistema se ha visto como de gran ayuda para una población sin los medios económicos suficientes para comprar los servicios ofrecidos por el mercado privado. Además el proyecto efectivamente resuelve los problemas de atención básica de los beneficiarios.

Afirma la doctora que el Sistema representa para los prestadores que trabajan en los Puestos Médicos, su única fuente de ingresos, a través de un salario previamente determinado por la Administración.

Importante es destacar las principales ventajas y desventajas que para los prestadores representa el trabajar con el Sistema de la Mutua:

Ventajas:

- ⇒ Trabajo sin presiones de ningún tipo
- ⇒ Existe gran confianza con la Administración. Ello facilita el trabajo coordinado entre los responsables y los prestadores.
- ⇒ La participación en capacitaciones sobre diversos temas relacionados con la proyección social.
- ⇒ El participar en este proyecto se constituye en un oportunidad importante para practicar la acción social.

Desventajas:

- ⇒ Los salarios aunque son superiores a los pagados por MINSA, se consideran poco atractivos (bajos).
- ⇒ La subcontratación del personal médico es otra de las desventajas que experimenta el médico que trabaja en el Sistema.
- ⇒ Falta de formación y actualización de conocimiento técnico en el campo de la medicina (bibliografía actualizada, formación en tópicos diversos, etc.).

Dentro de las sugerencias propuesta por la entrevistada para mejorar su funcionamiento como prestadores, están:

- ⇒ Una mayor coordinación entre el personal médico de los distintos Puestos que facilite el intercambio de experiencias y sugerencias.
- ⇒ Recibir una mayor capacitación, actualización de temas médicos y avances de la medicina.
- ⇒ Incentivar, vía aumento de salarios, al prestador de atención médica.

Finalmente manifiesta que la experiencia vivida por los prestadores en los Puestos ha contribuido a enriquecer su comprensión sobre la realidad social y económica de la zona norte nicaragüense.

## 5. Punto de vista de otros actores

En entrevista realizada a la organización Xochiquetzal<sup>53</sup>, la cual ofrece servicios de educación sexual a afiliados y familiares del proyecto la Mutua del Campo, se manifiesta el importante aporte a la salud de los trabajadores afiliados y demás beneficiarios del Sistema. Entre las ventajas que perciben del proyecto están:

- ⇒ Es abierto a los trabajadores organizados sin distingo alguno
- ⇒ Es para gente de escasos recursos económicos

---

<sup>53</sup> Organización No Gubernamental sin fines de lucro que trabaja por la transformación y promoción de una sexualidad libre de prejuicios, sana, placentera, no riesgosa; desde la perspectiva feminista

- ⇒ Brinda apoyo moral a las familias campesinas
- ⇒ Los beneficios son palpables.
- ⇒ Los servicios son de calidad y eficaces

En vista de que el trabajo de Xochiquetzal está dirigido principalmente a la educación sexual, no ven posibilidades de repetir esa experiencia. A pesar de ello ven de gran importancia la reproducción de la experiencia por otros organismos como un medio de elevar el nivel de vida de la clase obrera campesina de Nicaragua.

## VIII. Conclusiones

El Sistema de salud desarrollado por la Mutua del Campo en setiembre de 1995 surge dentro un contexto de carencia de servicios sociales básicos. La crisis económica de inicios de los noventa en Nicaragua trajo consigo la necesidad de aplicar políticas económicas restrictivas en materia de gasto público, deprimiendo aún más la situación social principalmente de aquellos estratos de la población ubicados por debajo del umbral de pobreza.

La existencia de grupos gremiales y de empresas establecidas, se constituyen en el medio a través del cual la clase obrera campesina manifiesta la disconformidad de la situación imperante en la zona norte del país (un área meramente rural que incluye, entre otros, los municipios de Matagalpa, Jinotega, Tuma La Dalia y San Ramón).

Algunos indicadores sociales para esos municipios muestran que en conjunto contienen una población, a setiembre de 1996, de 248.551 habitantes y con una tasa de crecimiento anual del 3.3 en promedio, la tasa desempleo está entre 50% y 60%, la esperanza de vida para los hombres es de 56 años y para las mujeres 60 años, la clase obrera campesina posee un nivel de escolaridad que llega, en promedio, al segundo y tercer año de primaria, entre el 40% y 55% de la población de estos municipios tiene acceso a agua potable, el número promedio de miembros de una familia es de seis personas, y la tasa de mortalidad materno infantil oscila entre el 85% y 90%.

En el seno de la APT (Area Propiedad de los Trabajadores), y dentro de la cual se incluyen los Municipios antes mencionados, funciona una organización sindical conocida como la ATC (Asociación de Trabajadores del Campo), con sede en Managua, la cual contaba ya con alguna experiencia en brindar atención médica a través de clínicas para los trabajadores. De ahí un grupo de dirigentes empiezan a formularse la idea de crear un proyecto que llenara parte de las necesidades básicas en salud de la población campesina. Emprenden la tarea de buscar financiamiento y reciben finalmente el visto bueno y el aporte financiero efectivo de un organismo belga conocido como el FOS. A partir de ahí, y sin la experiencia en el tema de Sistemas de salud, el proyecto la Mutua empieza a desarrollarse y a aprender en el “recorrer del camino”.

Inicialmente, aunque de manera separada de la ATC, el proyecto pretendía brindar servicios básicos de salud a trabajadores afiliados al Sistema, mediante cotización mensual, que pertenezcan a empresas agropecuarias que formaban parte de la mencionada asociación (ATC); posteriormente se incluirían, como beneficiarias, las familias de los trabajadores afiliados.

La escogencia de los servicios básicos a brindar se realizó tomando en cuenta las necesidades de salud que representaban una prioridad para los trabajadores de la zona. En ello el aporte de información sobre condiciones sanitarias y

morbiles suministrado por MINSA viene a constituirse en una colaboración de sumo interés para el proyecto.

Durante el funcionamiento del Sistema, los primeros años, una Junta Directiva compuesta con representantes de ATC y empresas agropecuarias tuvieron la dirección general del proyecto, seguido de una Administración que se encargaría hacer cumplir las directrices emanadas por el máximo órgano. La Junta, la Administración y los Puestos médicos (dos en el primer año de gestión y cuatro posteriormente) se constituyen en el aparato organizativo de la Mutua que estaría a cargo de la gestión del Sistema y aún hoy permanecen funcionando.

Es importante destacar que la puesta en marcha del proyecto topó con una serie de obstáculos en vista de lo innovador del Sistema. Entre estas limitantes resaltan: la falta de experiencia por parte de los responsables en la dirección y gestión de proyectos de seguridad social, el desinterés de los trabajadores a destinar parte de su salario en servicios de salud y de los patronos a colaborar con el Sistema.

A pesar de ello el Sistema empieza a rendir frutos que son percibidos por trabajadores y empresas. Ello motiva la incorporación creciente de nuevos afiliados.

Actualmente la Mutua cuenta con más de mil afiliados, que junto a sus familias, constituyen un grupo considerable de personas que se benefician de un paquete de servicios que incluye atención médica básica, medicamentos, exodoncia y exámenes de papanicolau. A pesar de ello se calcula que solo en Matagalpa y Jinotega existen 9.000 obreros organizados y alrededor de 30.000 no organizados<sup>54</sup>. Esto deja en evidencia que aún existe mucho camino por recorrer en cuanto a la cobertura de seguridad se refiere.

Aunque desde un inicio la principal fuente de financiamiento ha sido el aporte financiero del FOS, la Mutua ha visto la necesidad de crear fuentes alternativas de ingresos que aseguren la permanencia del Sistema una vez que el organismo belga cese de dar sus donativos. Dentro de los mecanismos de financiamiento alternativos están: las cotizaciones de afiliados (con las que se ha creado un fondo de ahorro que sustituirá en el futuro los aportes de FOS) y la venta de servicios de atención médica y medicinas al público en general.

Los principales logros alcanzados hasta el día de hoy por el Sistema de salud son:

⇒ Brindar acceso efectivo de atención básica en salud y medicamentos a una población otrora excluida de este tipo de servicios.

---

<sup>54</sup> Estos datos sobre el número de obreros organizados y no organizados fueron suministrados por el Lic. Faustino Torres Aráuz quien es el actual presidente de la Junta Directiva de la Mutua del Campo.

- ⇒ La consolidación de una organización civil sin fines de lucro que trabaja en pro de la clase obrera campesina de una amplio sector de la zona norte nicaragüense
- ⇒ La adquisición de experiencia en la dirección y gestión de un Sistema de salud innovador de alcance a sectores socialmente excluidos
- ⇒ El trabajo de promotoría y la prestación efectiva de servicios ha venido transformando la actitud de los trabajadores y patronos inculcando una “cultura del seguro” como medio para gozar de mayores niveles de bienestar

A pesar del desarrollo y alcance que ha tenido el Sistema de salud de la Mutua del Campo, aún falta mucho por avanzar. La incertidumbre que viven los responsables del Sistema en relación a la permanencia del FOS como principal fuente de financiamiento, es uno de los retos latentes por resolver. La Administración considera que un corte sorpresivo de los donativos podría ocasionar el deterioro del Sistema, pues aún no cuenta con el fondo de ahorro suficiente como para hacer frente a todos los gastos en que se incurren en la actualidad. Otra de las preocupaciones manifiestas es el riesgo de que la Asamblea de Afiliados (cuya participación se tienen programada para setiembre de 1999) elija en la Junta Directiva personas no idóneas para dirigir el Sistema.

Lo anterior urge realizar una serie de acciones tendientes a resolver los problemas prioritarios, así como crear las condiciones necesarias para que el Sistema se siga fortaleciendo y ampliando. Entre estas medidas se menciona: dar un nuevo impulso al trabajo de promotoría como un medio de incorporar más afiliados, ello aumentaría la entrada adicional de recursos en aras de alcanzar la autosostenibilidad financiera; desarrollar campañas educativas sobre la salud como una forma de practicar la medicina preventiva, actividad que disminuiría costos operativos al realizar menos atenciones médicas por afiliado y ofrecer una menor cantidad de fármacos; promover la recepción de capacitación y formación de los responsables y prestadores como un vía para aumentar la eficacia y la eficiencia en la gestión del Sistema.

Importante es mencionar el criterio de algunos actores del Sistema sobre el seguro de salud. Para los beneficiarios, el Sistema a venido a mejorar su condición sanitaria en relación al período previo a la puesta en marcha del proyecto. El contar con atención médica sin tener que trasladarse largas distancias, el poder ver a su familia beneficiada con los servicios sin costo adicional, el poder contar con medicamentos, etc., son algunas de las razones para tener un criterio positivo en relación al Sistema. El criterio general es que los servicios son buenos y de calidad. Incluso se hable de la disponibilidad de pagar un monto de cotización mayor, si este es una condición para que el Sistema perdure y se fortalezca.

Por su parte, los prestadores de atención médica coinciden en que el Sistema desde todo punto de vista a sido satisfactorio debido a que los beneficiados actualmente cuentan con servicios de salud de los cuales prescindían anteriormente. Esto ha venido a elevar el nivel de bienestar del trabajador y su familia. Algunas desventajas que manifiestan los prestadores para laborar en el

proyecto están relacionadas con bajos salarios y escasa formación técnica que los mantenga actualizados de los avances médicos conquistados.

En términos generales la consulta a otros actores da muestra del trabajo efectivo de cobertura ejercido por el SIS en beneficio de sectores campesinos de la zona norte de Nicaragua.

Los aspectos alrededor de los cuales deben girar las directrices de la Mutua para poder asegurar la viabilidad *permanente* (social y económica) del Sistema mutuo de salud son diversos y complejos. A manera de ejemplo se mencionan los siguientes:

- ◆ la búsqueda de fuentes alternativas de financiamiento se constituyen en un imperativo a resolver en el corto plazo como condición necesaria para la sostenibilidad del Sistema
- ◆ el compartir experiencias surgidas en otros contextos y lugares en materia de seguros de salud vendría a enriquecer el trabajo de gestión hasta ahora desarrollado
- ◆ una formación permanente a los responsables del Sistema en materia de protección social traería consigo el aprovechamiento de oportunidades y fortalezas, así como el actuar prudentemente ante las debilidades y fortalezas que surgen con el funcionamiento
- ◆ la continuación y fortalecimiento de un proceso educativo en materia de salud a los destinatarios de los servicios ofrecidos contribuiría a consolidar y ampliar el Sistema

## Anexo

### Disponibilidad y calidad de la información

La información incluida en el estudio descriptivo sobre el Sistema de Seguro de Salud, fue básicamente recabado de las entrevistas realizadas a responsables, prestadores y otros actores involucrados con el Sistema. Dentro de las personas entrevistadas están: el Dr. Augusto González, Administrador de la Mutua; Lic. Fausto Tórrez Aráuz, Presidente de la Junta Directiva de la Mutua; Lic. Carlos Alvarado, técnico del FOS; Dra. Barinia Osejo H., médico del Puesto médico El Hular; Lic. Susy Martínez, responsable de Xochiquetzal-Matagalpa, el Dr. Henry Dávila Gutiérrez, médico de SILAIS-Municipal-Matagalpa y algunos beneficiarios del Sistema.

Además de estas entrevistas, se utilizó material y documentación suministrada por la Administración de la Mutua. Esta información adicional incluye:

- GLAS, *Investigación sobre la factibilidad de organización de un Sistema mutualista de atención en salud*; noviembre, 1994.
- CIPRES, *Estudio sobre la Mutua del Campo*, setiembre, 1998.
- Informes anuales y mensuales del proyecto la Mutua del Campo, 1997 y 1998.
- Estados financieros mensuales de la Mutua, mayo, 1996-1999.
- Estadísticas descriptivas elaboradas por la sección contable y el técnico del FOS.
- Contratos y formularios relacionados con el funcionamiento del proyecto.
- Folletos y documentación informativa sobre la Mutua.

Prácticamente todos los aspectos relacionados con el funcionamiento del Sistema se encontraban disponibles. A pesar de ello alguna información se encontraba mayormente disponible. Esta es la pertinente a la organización y gestión, tanto al inicio del Sistema como en la actualidad.

Por otra parte algunos puntos de la guía no pudieron ser abarcados de la manera esperada. Algunos aspectos, aunque tenían el material suficiente para poder ser obtenidos, aún no estaban procesados (costo por consulta, Estados financieros anuales e indicadores de funcionamiento del Sistema); y otros (datos del contexto en que funciona el Sistema), no estaban a disposición en el momento requerido.