



**issa**

INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION  
ASSOCIATION INTERNATIONALE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL  
INTERNATIONALE VEREINIGUNG FÜR SOZIALE SICHERHEIT

# Buenas Prácticas en la Seguridad Social

Buena práctica implementada desde: 2016

---

## **El Instituto de Agentes de Seguro** Un caso de la Caja Federal del Seguro de Salud Obligatorio de la Federación de Rusia

Caja Federal del Seguro de Salud Obligatorio  
Federación de Rusia

Año de publicación: 2019

[www.issa.int](http://www.issa.int)

## **Resumen**

*Un principio básico del sistema de salud obligatorio en la Federación de Rusia es la garantía estatal de los derechos de las personas aseguradas a la hora de obtener atención médica asequible y de calidad dentro del ámbito del seguro de salud obligatorio.*

*Hoy en día, la Federación de Rusia introduce activamente modelos de servicios públicos de atención sanitaria orientados a los pacientes con el fin de proporcionar asistencia específica a cada persona asegurada.*

*En 2016, las actividades de las compañías de seguros médicos se complementaron con el Instituto de Agentes de Seguros, que se está convirtiendo en un mecanismo eficaz de apoyo para cada ciudadano asegurado en la obtención de asistencia médica y, además, está ayudando a aumentar la responsabilidad de todas las personas respecto de su salud.*

*Los objetivos principales de los agentes de seguros son asegurar que los pacientes siguen el camino adecuado, proporcionar información compartida de forma individual sobre la necesidad de exámenes de salud periódicos y preventivos, asegurar la observación ambulatoria, y comprometerse a implementar las recomendaciones médicas para el tratamiento.*

## **Asunto o desafío**

*¿Qué asunto o desafío abordaba su buena práctica? Sírvase describirlo brevemente.*

Desafíos:

- ausencia de un enfoque individual para las personas aseguradas con el seguro de salud obligatorio;
- apoyo informativo insuficiente para los pacientes;
- incapacidad o falta de acceso a las consultas de profesionales sobre cuestiones urgentes relacionadas con el tratamiento médico;
- rechazo por parte de una compañía médica de la provisión de servicios de atención sanitaria;
- períodos de espera largos para la atención de profesionales médicos;
- pago por servicios de atención sanitaria que se supone que son gratuitos.

## **Abordar el desafío**

*¿Cuáles eran los principales objetivos del plan o estrategia para abordar el asunto o desafío? Enumere y describa brevemente los principales elementos del plan o estrategia, con especial hincapié en sus características innovadoras y los efectos buscados o esperados.*

La estrategia principal para resolver los problemas fue la creación del Instituto de Agentes de Seguros como un nuevo formato de información y cooperación entre los participantes y los actores de los seguros de salud obligatorios; es decir, la solución al problema era la asistencia

centrada en el paciente para las personas aseguradas. La implementación del proyecto estaba dividida en tres fases, con una introducción gradual del Instituto de Agentes de Seguros.

## **Metas**

*¿Cuáles eran las metas cuantitativas y/o cualitativas o indicadores clave del desempeño que se establecieron para el plan o estrategia? Sírvase describirlos brevemente.*

Hoy en día se han adoptado todos los marcos legales y reglamentarios necesarios y se han desarrollado e introducido programas educativos especiales para los agentes de seguros.

El primer nivel, implementado desde junio de 2016, está compuesto por personal de los centros de contacto de las compañías de seguros médicos. El objetivo principal de estos especialistas es proporcionar referencias e información sobre el seguro de salud obligatorio en respuesta a las solicitudes verbales de los ciudadanos. La mayoría de las veces, esto incluye respuestas sobre las políticas y procedimientos del seguro de salud obligatorio, las horas de trabajo de los centros de seguros, los procedimientos para elegir una compañía médica y un médico dentro del sistema del seguro de salud obligatorio, etc.

Los agentes de seguros de segundo nivel empezaron a trabajar en enero de 2017. Pueden considerarse como el núcleo central del sistema de agentes de seguros. Las funciones de los agentes de seguros de segundo nivel incluyen la distribución de información sobre los servicios preventivos y el seguimiento de los resultados. Estos especialistas tratan directamente con los ciudadanos asegurados, incluidas sus reclamaciones. Aseguran la cooperación de los agentes de seguros en todos los niveles de las compañías de seguros médicos, organizan encuestas relacionadas con el tema y supervisan regularmente la hospitalización oportuna y correcta de los ciudadanos.

Los agentes de seguros de tercer nivel (personal médico cualificado) comenzaron a trabajar en enero de 2018. Entre sus funciones se encuentran la solución de controversias sobre el curso de los tratamientos médicos entre las organizaciones médicas y los pacientes. Además, las obligaciones de un agente de seguros incluyen la realización de un examen pericial de calidad de la atención médica, el apoyo informativo individual para los pacientes con enfermedades crónicas y la garantía de la continuidad del tratamiento. Los especialistas de tercer nivel cooperan con las organizaciones médicas para revelar y subsanar las causas de los incumplimientos de los plazos y la corrección de los procedimientos de la hospitalización de rutina, así como para eliminar incumplimientos de los plazos de asistencia médica para los pacientes con enfermedades graves, que tienen un gran impacto en las tasas de mortalidad.

## **Evaluación de los resultados**

*¿Se ha evaluado la buena práctica? Sírvase suministrar datos sobre el impacto y los resultados de la buena práctica comparando los objetivos con el desempeño real, indicadores de antes y después y/u otros tipos de estadísticas o mediciones.*

En el año y medio transcurrido desde que se estableció el Instituto de Agentes de Seguros, se ha observado un aumento constante de las solicitudes de los asegurados a las compañías de seguros

médicos, así como un cambio en la naturaleza de sus solicitudes. El número de solicitudes de información sobre los mecanismos de asistencia médica está creciendo, lo que supone un indicador del aumento de la confianza de la población en el Instituto de Agentes de Seguros. Según las estadísticas de la Caja Federal del Seguro de Salud Obligatorio, en 2017 el porcentaje de solicitudes verbales de asesoramiento aumentó considerablemente, multiplicando por 1,5 el del mismo período de 2016, mientras que el número de reclamaciones sobre la atención de la salud ha disminuido.

La organización de las actividades de los agentes de seguros según un formato estándar ha reducido a 20 segundos el tiempo máximo de espera para que un profesional médico responda a una solicitud telefónica. También ha acelerado el tiempo de tramitación de las solicitudes (el doble de rápido) y garantiza una solución a la mayoría de las solicitudes de los asegurados durante su primera visita al médico, con un tiempo de espera de asistencia policlínica que disminuye en media hora.

Desde 2016, especialistas del primer nivel trabajan las 24 horas del día en centros de atención telefónica establecidos en todos los distritos federales de la Federación de Rusia para responder a las preguntas de los asegurados. El enrutamiento de las llamadas telefónicas se optimiza mediante soluciones técnicas, el diseño de formatos de preguntas y respuestas, y la formación continua de los médicos especialistas.

Según los indicadores de actividad de los agentes de seguros de 2018, el 96 por ciento de los ciudadanos que debían examinarse periódicamente fueron informados individualmente sobre la necesidad de someterse a estos exámenes periódicos de salud, lo que dio lugar al registro de más de 9 millones de personas, que fueron atendidas en clínicas debido a enfermedades crónicas.

Desde 2019, se han incluido exámenes de salud preventivos y periódicos en un proyecto nacional de la salud.

En la actualidad, más de 11 000 agentes de seguros del primer, segundo y tercer nivel garantizan la protección de los derechos y proporcionan apoyo informativo a los asegurados.

El enfoque dirigido individualmente a cada asegurado y el apoyo informativo adecuado han aumentado significativamente el papel de las compañías de seguros en el ámbito de la protección de los derechos e intereses legales de los asegurados.

Cada persona asegurada necesita saber tanto la compañía de seguros médicos a la que pertenece como los agentes de seguros personales con los que debe ponerse en contacto sobre cualquier cuestión. Por lo tanto, el Instituto de Agentes de Seguros se está convirtiendo en un mecanismo de apoyo eficaz para que cada ciudadano asegurado obtenga atención sanitaria. Además, el Instituto refuerza la responsabilidad de cada persona respecto de su salud.

## **Lecciones aprendidas**

*A partir de la experiencia de la organización, mencione hasta tres factores que considera indispensables para reproducir esta buena práctica. Cite hasta tres riesgos que surgieron o podrían surgir en la implementación de esta práctica. Sírvase explicar brevemente estos factores y/o riesgos.*

Para llevar a cabo un proyecto de esta naturaleza, es necesario dotar a las instituciones médicas de tecnologías informáticas necesarias para el funcionamiento de las oficinas de representación

de seguros, disponer de personal de seguros suficiente en cada nivel, tener reglamentos estrictos sobre su interacción y programas regulares de formación a corto plazo.

Riesgos que surgieron o que podrían surgir con la implementación de esta buena práctica:

- Debido a las características geográficas, existe el riesgo de una cobertura incompleta de los grupos de población que viven lejos de las grandes ciudades.
- Nivel básico insuficiente en el desarrollo de la infraestructura informática.
- Falta de confianza de los ciudadanos durante la fase inicial del proyecto.