

**Escenarios posibles para el Sistema General de Seguridad Social en Salud
(SGSSS)**

Ramiro Guerrero, Sergio Prada.

Documentos PROESA #6

DOCUMENTOS PROESA

ISSN: 2256-4128

Diciembre de 2014

Comité Editorial:

Ramiro Guerrero

Sergio Prada

Dov Chernichovsky

Yuri Takeuchi

PROESA - Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud

Cl 18 # 122-135 Universidad Icesi Oficina B102

Tel: +57(2)3212092 Cali Colombia

www.proesa.org.co

ESCENARIOS POSIBLES PARA EL SISTEMA GENERAL DE SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD (SGSSS) *

Ramiro Guerrero ** Sergio I. Prada ***

24 de marzo de 2015

Resumen

El documento hace un análisis descriptivo y comparativo entre distintos elementos de tres escenarios (un modelo estatizado, privatizado o combinado) hacia los cuales puede evolucionar el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) de Colombia. La presentación de estas distintas perspectivas tiene el objetivo de fundamentar un debate público informado sobre las dificultades presentes en el sistema de salud actual y qué se puede hacer al respecto. Dentro de los elementos de cada escenario, se hace mención a mecanismos de financiación, vigilancia (regulación), qué beneficios abarca la afiliación al sistema, entre otros.

Palabras clave: Escenarios, SGSSS, financiación, vigilancia.

* Proesa agradece el apoyo recibido de la Fundación Santa Fe de Bogotá y la Fundación Saldarriaga Concha para la realización de este documento de trabajo.

** Director Ejecutivo del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA). Correo electrónico: rguerrero@proesa.org.co. Dirección: Universidad Icesi, Calle 18 No. 122-135 Pance, Oficina B102 - Cali, Colombia

*** Investigador Senior del Centro de Estudios en Protección Social y Economía de la Salud (PROESA) y Profesor del Departamento de Economía de la Universidad Icesi. Correo electrónico: siprada@proesa.org.co. Dirección: Universidad Icesi, Calle 18 No. 122-135 Pance, Oficina B102 - Cali, Colombia

Abstract

This document presents three alternative health systems models (totally public, totally privatized, or combined). These are presented as scenarios toward which the Colombian health system could evolve in the future. The presentation of these different perspectives aims to inform the public debate about the difficulties present in the current healthcare system and what direction could its design take in the future. Among the elements of each scenario, we mention the funding mechanisms, service delivery models, monitoring, regulation, and the benefits that covered by the system, among others.

Key words: Scenarios, Health System, Funding Mechanisms, Regulation.

Códigos JEL: I10, I13, I18.

Índice

1. Introducción	6
2. Escenario 1: Modelo estatizado	10
10	
2.1.1. Rectoría y estructura administrativa	10
2.1.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?	12
2.1.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	12
2.1.4. Quejas y reclamos	13
2.1.5. ¿Cómo se financia?	13
2.1.6. El papel del sector privado	14
2.1.7. La vigilancia: o las medidas contra el fraude	14
2.1.8. El papel de los gobiernos subnacionales	14
2.2. El sistema mexicano	15
2.2.1. Rectoría y estructura administrativa	15
2.2.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?	16
2.2.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	16
2.2.4. ¿Cómo se financia?	17
2.2.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?	17
2.2.6. Principales problemas en la agenda de política pública . . .	18
3. Escenario 2: Modelo privatizado	18
3.1. El sistema norteamericano de seguros privados	19
3.1.1. Rectoría y estructura administrativa	19
3.1.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?	20
3.1.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	20
3.1.4. ¿Cómo se financia?	21
3.1.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?	21
3.1.6. La vigilancia: o las medidas contra el fraude	22
3.1.7. El papel de los gobiernos subnacionales	22
3.1.8. Principales problemas en la agenda de política pública de los aseguradores privados	22

3.2.1.	Rectoría y estructura administrativa	23
3.2.2.	¿Requisitos para ser beneficiario?	23
3.2.3.	¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	24
3.2.4.	¿Cómo se financia?	24
3.2.5.	¿Cómo se remunera a los prestadores?	25
3.2.6.	La vigilancia: o las medidas contra el fraude	25
3.2.7.	El papel de los gobiernos subnacionales	25
4.	Escenario 3: Sistemas combinados	25
4.1.	Medicare	26
4.1.1.	Rectoría y estructura administrativa	26
4.1.2.	¿Requisitos para ser beneficiario?	26
4.1.3.	¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	26
4.1.4.	¿Cómo se financia?	27
4.1.5.	¿Cómo se remunera a los prestadores?	28
4.1.6.	La vigilancia: o las medidas contra el fraude	28
4.1.7.	El papel de los gobiernos subnacionales	29
4.1.8.	Principales problemas en la agenda política pública de los aseguradores privados	29
29		
4.2.1.	Rectoría y estructura administrativa	29
4.2.2.	¿Requisitos para ser beneficiario?	31
4.2.3.	¿Qué incluye el Plan de Beneficios?	31
4.2.4.	¿Cómo se financia?	32
4.2.5.	¿Cómo se remunera a los prestadores?	32
4.2.6.	La vigilancia: o las medidas contra el fraude	33
4.2.7.	Prevención y servicios de tamizaje	33
4.2.8.	El papel de los gobiernos subnacionales	33
4.2.9.	Principales problemas en la agenda de política pública de los aseguradores privados	34
5.	¿Qué logran los recursos disponibles?	35
	Referencias	39

6. Anexo 1	40
6.1. Estadísticas de financiamiento en el Reino Unido	40
6.1.1. Participación en el PIB	40
6.1.2. ¿Cómo se distribuye el gasto?	40

1. Introducción

El presente documento presenta los principales elementos de tres escenarios hacia los que se podría mover el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) colombiano. Los escenarios buscan orientar el debate del grupo de pensamiento sobre el SGSSS, proveer una base factual a sus deliberaciones y sustentar las propuestas que surjan de la discusión.

En momentos de incertidumbre estructural, en los que el entorno puede cambiar de manera fundamental e impredecible, las herramientas convencionales de planeación no funcionan. Difícilmente puede una organización, como una EPS o un prestador, planear a mediano plazo si su existencia misma puede estar en entredicho. En situaciones así, se recomienda acudir a la planeación por escenarios. Consiste en construir unas narrativas sobre la posible evolución futura de un sector (o un país).

Los participantes de ese ejercicio suelen describir lo que creen que puede pasar, no lo que quieren que pase. Los escenarios no se construyen según su deseabilidad, sino según la posibilidad de ocurrencia. Una vez sintetizadas las narrativas, se consideran en términos de su lógica y consistencia interna. Al final, esos escenarios les sirven a las organizaciones para planear con una lógica adaptativa: ¿Qué tendría que hacer la entidad para sobrevivir bajo uno u otro escenario?

La planeación por escenarios se aplicó con éxito en Colombia a fines de los años noventa, a nivel de todo el país, en un ejercicio conocido como "Destino Colombia". Los eventos de los siguientes quince años terminaron teniendo un asombroso parecido con lo predicho en ese entonces.

En la actualidad el sector salud atraviesa por un momento de convulsión e incertidumbre estructural comparable al que vivía Colombia, como país, a fines de los noventa. La construcción de escenarios pareciera ser entonces útil en el actual contexto sectorial. El grupo de pensamiento sobre el SGSSS convoca entonces a un ejercicio de reflexión, que si bien se apoya en escenarios, tiene una diferencia frente al enfoque convencional de la planeación por escenarios.

La reflexión en este caso no se hace con una lógica adaptativa para las organizaciones, sino que se plantea, a nivel de país, con una vocación propositiva. Los escenarios buscan ser menos predictivos y más prescriptivos. El propósito es poder hacer recomendaciones al gobierno, a partir del análisis y comparación de los escenarios sobre la posible trayectoria futura del sistema.

En este contexto los escenarios corresponden a posibles modelos que Colombia puede eventualmente adoptar para su sistema de salud, los cuales pueden ser evaluados por el grupo, y el público en general, en términos de su factibilidad, su deseabilidad y su probabilidad de ocurrencia.

Los modelos que caracterizan los escenarios se distinguen por el alcance de la participación del Estado en el sector salud, en particular en el financiamiento y la prestación de los servicios. Se consideran entonces los siguientes modelos:

Cuadro 1: Escenarios en salud

1. Escenario estatizado
Un hipotético sistema de salud totalmente estatizado sería aquel en que todos los servicios se financian con recursos públicos (no hay gasto de bolsillo o seguros privados con prestadores privados), y las instituciones que prestan los servicios son de naturaleza pública. Sin embargo, aún en esos países suele haber un sector privado paralelo, financiado con gasto de bolsillo y seguros privados. Definimos entonces sistema estatizado como aquel donde no suele haber aseguramiento o prestación privada con recursos públicos. Ilustramos su aplicación con el caso de México e Inglaterra.
2. Escenario privatizado
Un hipotético sistema totalmente privatizado sería aquel en que el Estado no financia servicios de salud, no se involucra en su prestación, ni tampoco regula el costo, la obligatoriedad o el contenido de los servicios prestados por agentes privados. Exceptuando Medicare y Medicaid, Estados Unidos (pre-Obama) se acerca a ese paradigma. Partes del mismo se pueden ilustrar con la parte privada del sistema chileno (ISAPRES).
3. Modelo combinado
Los sistemas pueden combinar financiación pública con participación privada en la provisión de los servicios, con ciertas variantes: un único comprador público con prestadores privados, o compra delegada, en la cual tanto compradores como prestadores pueden ser entidades no estatales. Un ejemplo de la primera variante es Medicare en Estados Unidos. Un ejemplo de la segunda es Alemania.

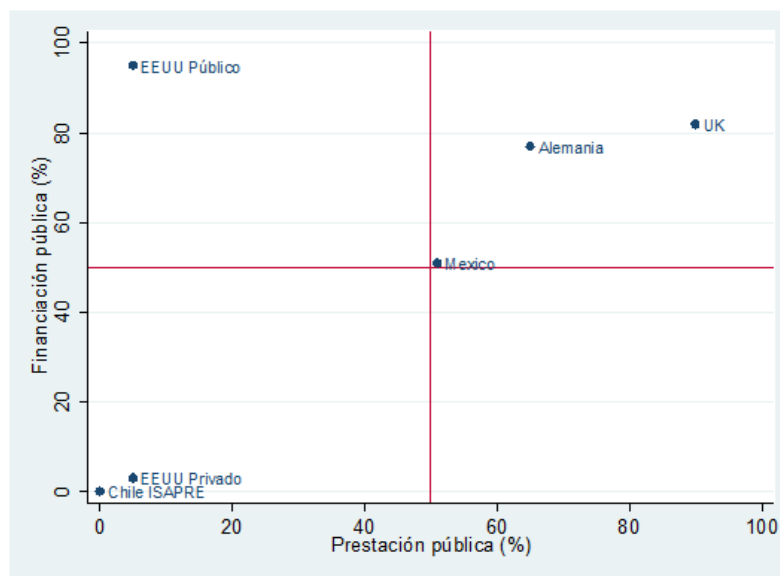
Es importante anotar que la financiación pública se entiende en un sentido amplio, incluyendo los recursos que provienen de impuestos generales más aquellos que se recaudan de manera obligatoria a los ciudadanos. Puede existir, por ejemplo, un mandato legal para los ciudadanos de asegurarse. En este caso las primas aportadas, así vayan a compañías de seguros privadas, se consideran asimilan a recursos públicos pues provienen de un mandato legal y son para el ciudadano una contribución obligatoria.

Para darle un sentido de concreción a las discusiones, los escenarios se ilustran con ejemplos del Reino Unido, Alemania, Chile, México y Estados Unidos. Los ejemplos pueden hacer referencia a todo el país, o sólo a parte del él, pues en ocasiones varios modelos de salud pueden coexistir dentro de un país.

¿Qué tanto se acerca un país, visto en su conjunto, a los paradigmas puros de modelo estatizado o privatizado? Los casos escogidos se pueden ubicar en un plano que combina las dos dimensiones. En el eje horizontal se encuentra un índice de prestación pública medido como el porcentaje de las camas hospitalarias en el país. En el eje vertical se encuentra un índice de financiación pública medido como el porcentaje del gasto en salud que no es privado.

La combinación de estos dos ejes conforma cuadrantes. El cuadrante superior derecho se caracteriza por prestación y financiación mayoritariamente pública. El cuadrante superior izquierdo se caracteriza por prestación predominantemente privada y financiación mayoritariamente pública. Finalmente el cuadrante inferior izquierdo presenta tanto financiación como prestación mayoritariamente privada.

Figura 1: Modelos de Salud



Así, un hipotético sistema totalmente público se ubicaría en la esquina superior derecha, y uno totalmente privado en la esquina inferior izquierda. Sin embargo, dado que los modelos "puros" no se observan en la realidad y los países pueden mezclar varios modelos, el plano muestra un panorama más mixto.

2. Escenario 1: Modelo estatizado

En un sistema estatizado la rectoría, la financiación y la prestación de los servicios de salud son funciones que el Estado asume directamente. La versión "pura" del modelo no existe, pues en todos los países suele haber algo de gasto de bolsillo en salud por parte de los hogares en medicinas, consultas y servicios privados. Un caso que se acerca al modelo totalmente estatizado es Canadá, donde estuvo por mucho tiempo prohibida la adquisición de seguros privados para servicios cubiertos por el esquema público. Pero aún allí, la proporción del gasto privado equivale al 29.6 % del gasto total en salud.

Ilustramos el modelo estatizado con dos países. El sistema nacional de salud (NHS) de Inglaterra es el ejemplo paradigmático del sistema público. Creado en 1948, se financia enteramente con impuestos generales, siendo los servicios generalmente gratuitos para los ciudadanos. El otro es México, que tiene un sistema similar al que tenía Colombia antes de la ley 100 de 1993. Existe un Instituto de los Seguros Sociales (IMSS), público, monopólico y verticalmente integrado, que afilia a la población trabajadora del sector formal, y una red de hospitales públicos, a cargo de los gobiernos estatales, que atiende al resto de la población. En México, sin embargo, el 44 % del gasto en salud es privado. Esto indica que si bien el sistema es público en el papel, paradójicamente resulta siendo más privado en la práctica, pues las personas acuden mucho a los servicios privados pagados de su bolsillo, posiblemente para atender problemas de salud que el sistema público no resuelve.

2.1. El sistema inglés¹

2.1.1. Rectoría y estructura administrativa

La responsabilidad de fijar la política corresponde al gobierno nacional. Hay un secretario de Estado para la salud, miembro del parlamento. Hay un departamento de salud (equivalente a un ministerio), liderado por un secretario permanente, y un director ejecutivo del servicio nacional de salud (NHS) a cargo de la parte

¹La descripción del sistema inglés se estructuró con información de Boyle (2011).

operativa de los servicios.

Hasta 2013 la estructura del NHS era la siguiente: El país se dividía en 10 áreas “estratégicas”(Strategic Health Areas, SHA) en las cuales el NHS tenía oficinas regionales. La responsabilidad de comisionar (comprar) los servicios de salud requeridos por la población correspondía a 151 fondos primarios locales (primary care trusts, PCT). Desde 1990 Inglaterra había separado la función de comprar los servicios de la de prestarlos. Cada PCT tenía una población a cargo de 400.000 personas en promedio. La gente se adscribía a un PCT según su lugar de residencia. Los PCT recibían de la tesorería nacional una asignación basada en una capitación ajustada por riesgo, siendo responsables del 80 % del presupuesto del NHS. Se encargaban de garantizar la atención primaria, bien sea prestándola directamente con médicos asalariados, o contratándola con médicos independientes y grupos de práctica. Para atención secundaria y terciaria generalmente referían a los pacientes a médicos, llamados “consultants”, que son asalariados en hospitales públicos. Estos últimos están constituidos como entes autónomos llamados “trusts”. Los PCT tenían contratos con los hospitales para comprar los servicios requeridos por la población adscrita.

En abril de 2013 entró en vigencia una reforma a la estructura del sistema. El gobierno abolió las áreas estratégicas SHA, y les quitó a los PCT la responsabilidad de contratar la atención primaria. Creó una entidad, NHS England Commissioning Board, encargada de contratar la atención primaria en todo el país. Los PCT se transforman en 211 Clinical Commissioning Groups (CCG) que contratan únicamente la atención secundaria y terciaria.

Los servicios sociales complementarios a la salud son responsabilidad de los gobiernos locales (municipales). 354 autoridades locales reciben una asignación de la tesorería nacional para los servicios sociales. Existe, paralelo al NHS, un mercado de seguros privados voluntarios, al cual accede 13 % de la población. Cubre principalmente atención en salud aguda y electiva, por lo general en prestadores privados.

Para la regulación del sistema el NHS se apoya en otras entidades, como la

como la agencia reguladora de medicamentos (MHRA), la comisión para la calidad de la salud (CQC) y el instituto para excelencia clínica (NICE), establecido en 1999, cuya misión es hacer guías clínicas y generar evidencia sobre la costo-efectividad de tratamientos específicos.

2.1.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

El NHS presta servicios a toda la población habitualmente residente en Inglaterra.

2.1.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

Históricamente los beneficios del NHS se han concebido como un deber de la administración pública, antes que como un derecho del ciudadano. No hay una lista definida de beneficios. La ley dice que es deber del Estado prestar los servicios en el grado que considere necesario para cubrir todos los requerimientos razonables. Existe desde 1991 una carta del paciente que, sin embargo, no alude a tratamientos específicos. En 2009, la Constitución del NHS toma su lugar y, por primera vez, habla de derechos. Tiene disposiciones sobre acceso, calidad, tratamientos y medicamentos aprobados, respeto y confidencialidad, opción de elegir, participación ciudadana y quejas y reclamos. Resaltamos a continuación los puntos más relevantes.

En cuanto al acceso, los ciudadanos tienen derecho a tiempos de espera máximos o, si no es posible lograrlos, a esperar que el NHS tome unos pasos razonables para buscar atención con otros prestadores. En cuanto a tratamientos y medicamentos tiene derecho a recibir aquellos recomendados por NICE siempre que el médico tratante los considere apropiados para el caso. Respecto de los medicamentos y tratamientos no aprobados por NICE, los ciudadanos tienen derecho a que la decisión del NHS de cubrirlos o no, se hagan de manera racional, considerando la evidencia y ofreciendo explicaciones si se las piden.

El ciudadano tiene la opción de elegir su grupo de práctica para atención primaria y debe ser admitido, a no ser que haya razones razonables para no hacerlo, las cuales se le deben comunicar. Tiene derecho a expresar su preferencia

por algún médico en particular para la atención primaria y a que el grupo de práctica trate de cumplir.

Si bien la opción de elegir siempre ha estado en el papel, en la práctica ha estado limitada. Desde 2000 el gobierno se ha esforzado por hacerla efectiva. Desde 2004 se estableció que a los pacientes programados para cirugía electiva que hubieran esperado más de seis meses, se les ofreciera la posibilidad de ir a otro hospital (posiblemente privado) para obtener un tratamiento más rápido. En 2006 se estableció que a los pacientes referidos para tratamiento programado en hospitales tuvieran la opción de elegir entre cuatro opciones, y se estableció un sistema de agendamiento electrónico para hacerlo. Se estima que en 2010 la mitad de los pacientes referidos discutió opciones de hospital con su médico tratante.

2.1.4. Quejas y reclamos

Los pacientes pueden radicar quejas, en primera instancia, ante la institución que los atiende (usualmente un PCT). Estas tienen la obligación de acusar recibo en máximo tres días, y a responder de fondo en máximo seis meses. Este término se puede prorrogar, informando al usuario de las razones para hacerlo. Si el paciente no queda satisfecho con la respuesta, puede acudir en segunda instancia al defensor del paciente (Ombudsman) del servicio nacional de salud, o su equivalente municipal si se trata de un servicio social. En el año fiscal 2009-2010 hubo 101.000 quejas por servicios hospitalarios y comunitarios, y 50.000 quejas por atención de médicos generales.

2.1.5. ¿Cómo se financia?

La financiación del NHS proviene de impuestos generales. En el año fiscal 2008-2009 el gasto total fue de 109.000 millones de libras, de los cuales el 12 % se destinó al pago de pensiones del propio servicio de salud. Los servicios sociales complementarios se financian principalmente con recursos de las autoridades locales. Ese año costaron 19.300 millones de libras, de los cuales el gobierno nacional aportó 1.200 millones de libras. En 2008 el gasto en salud fue equivalente al 8,7 del PIB, equivalente a US\$3.12 per cápita al año (medidos en dólares con paridad en poder de compra). El 82.6 % del gasto en salud fue público. El

aseguramiento privado voluntario dio cuenta de 1,2 % del gasto total en salud. Para más estadísticas sobre la financiación del sistema inglés, ver el Anexo 1.

2.1.6. El papel del sector privado

Existe un aseguramiento privado voluntario (Private medical insurance, PMI) que cubre al 13 % de la población y ofrece atención aguda electiva en prestadores privados. También existe la posibilidad de que con recursos del NHS se contrate atención con prestadores de naturaleza privada (independent sector treatment centers). En 2002-2003 los PCT destinaron el 8 % de los recursos a comprar servicios en entes externos al NHS.

De otra parte existe un programa, llamado "private finance initiative", mediante el cual el Estado entrega a entes privados una concesión para construir y operar infraestructura de salud durante un plazo determinado.

2.1.7. La vigilancia: o las medidas contra el fraude

Existe toda una agencia estatal, Monitor, encargada de supervisar y vigilar los prestadores que hacen parte del NHS. La auditoría nacional (National Audit Office) apoya a la contraloría nacional en la supervisión y vigilancia de las cuentas y recursos del sector público, incluido el NHS. La comisión auditoria (audit commission) tiene funciones de contraloría respecto de las actividades a cargo de los gobiernos locales.

2.1.8. El papel de los gobiernos subnacionales

El sistema es regulado y administrado principalmente por el gobierno nacional. Acude a la desconcentración (oficinas regionales) para la operación de los servicios. Delega funciones importantes en entes autónomos, como los PCT (ahora CCG) y los hospitales públicos. El papel de los gobiernos locales se circunscribe a los servicios sociales complementarios. La reforma de 2013 también les asigna a éstos últimos un rol en la contratación de servicios de salud pública.

2.2. El sistema mexicano

2.2.1. Rectoría y estructura administrativa

La rectoría del sistema de salud corresponde al gobierno federal. Para algunas funciones regulatorias específicas se apoya en consejos u órganos especializados. El Consejo de Salubridad General, por ejemplo, se ocupa de la acreditación de hospitales. La Comisión Federal para la Protección Frente a Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) tiene funciones de control sanitario, incluyendo la seguridad de medicamentos y alimentos. Existe dentro de la secretaría federal una dirección general de evaluación de desempeño que mide los resultados de las entidades del sector.

Coexisten en México varios esquemas de aseguramiento en salud. Los trabajadores asalariados del sector privado formal, así como los jubilados, se afilian al Instituto Mexicano de los Seguros Sociales (IMSS). Los empleados públicos se afilian al Instituto de Seguridad y servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) o a otros regímenes especiales como el de la empresa de petróleos o el de los militares. La población desempleada, o vinculada al sector informal de la economía, está a cargo de los hospitales públicos que administran principalmente las secretarías de salud de los Estados y, en menor medida, la secretaría federal.

En 2003 se creó el Seguro Popular para la población que, por estar desempleada o en la informalidad, no está cubierta por los esquemas contributivos de seguridad social. Este programa se administra a través de las secretarías Estatales. Las personas deben afiliarse con su grupo familiar y así tienen derecho al catálogo de prestaciones médicas incluido en el Seguro Popular. La atención médica se suele prestar en los mismos puestos de salud y hospitales públicos. No se trata de un seguro en el sentido de que haya un contrato con una compañía de seguros. La novedad que trajo el seguro popular frente al esquema anterior de asistencia pública fue un aumento en el gasto per cápita en servicios de salud (para la población subsidiada), la vinculación de recursos humanos y tecnológicos adicionales, y el establecimiento de un catálogo de prestaciones explícito.

La seguridad social contributiva cubre aproximadamente 48 millones de per-

sonas, de una población total de 106 millones. En 2008 el Seguro Popular cubría 27 millones y restaban 31 millones sin asegurar. La afiliación al Seguro Popular estaba proyectada para alcanzar la universalidad en 2010.

2.2.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

El acceso a uno u otro esquema de aseguramiento depende del estatus laboral de la persona.

2.2.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

Los esquemas contributivos de la seguridad social suelen incluir seguros de invalidez y vida, de vejez (pensiones), de riesgos profesionales además de asistencia médica. El IMSSS tiene también servicio de guarderías. El seguro médico incluye atención médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria desde los niveles 1 al 3.

Para la población no contributiva, que acudía a los servicios de salud administrados por las secretarías estatales, no había hasta 2003 un catálogo de prestaciones explícito al cual la población tenía derecho. Esto cambió con el Seguro Popular, que estableció el CAUSES, que incluyó en un principio 260 intervenciones con sus respectivos medicamentos. También incluyó una lista aparte de 18 intervenciones de alto costo que se financian con un fondo de gasto catastrófico que administra el gobierno federal. Desde su establecimiento inicial, el CAUSES y la lista de alto costo se han ampliado. Aún así, sigue siendo más generosa la cobertura de la seguridad social contributiva que la del Seguro Popular. Este último, por ejemplo, no garantiza la diálisis. Algunas secretarías estatales ofrecen el servicio, pero no es exigible, mientras que en la seguridad social contributiva hay más certeza de tener acceso.

Existe también un programa, el IMSS-O, que ofrece servicios en zonas apartadas a través de puestos de salud rurales de primer y segundo nivel. Son servicios materno-infantiles (posiblemente hospitalarios) y servicios de medicina general ambulatoria. Se ofrecen a las familias beneficiarias del programa de transferencias condicionadas Oportunidades, análogo a Familias en Acción.

2.2.4. ¿Cómo se financia?

El IMSSS se financia con una cotización tripartita del empleador, el trabajador y el gobierno federal. El seguro popular se financia con aportes per cápita de los gobiernos federal y estatal. En principio los afiliados con capacidad de pago deberían aportar también al Seguro Popular pero en la práctica la totalidad de las personas se ha clasificado en la categoría exenta de pago.

En 2008 el gasto público en salud representó 46.7 % del gasto total en salud. Aunque lentamente, este porcentaje se ha venido incrementando. En 1990 el gasto público concentraba 40.4 % del gasto total en salud (Gómez et al, 2011).

En 2007, el gasto privado en salud concentró 54.6 % del gasto total en salud. Alrededor de 93 % de este gasto son pagos de bolsillo y 7 % corresponde al pago de primas de seguros médicos privados. En Argentina, Brasil, Colombia y Uruguay el gasto de bolsillo concentra 41, 64, 42 y 31 % del gasto privado (Gómez, 2011).

2.2.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?

Tanto la seguridad social contributiva como el seguro popular son sistemas verticalmente integrados en los que la entidad que paga es propietaria de los hospitales, y los médicos que trabajan en ellos son empleados. El IMSSS ha innovado con un sistema interno de pago por grupo relacionado de diagnósticos (DRG) para distribuir recursos internamente entre unidades y hospitales. Es un sistema de asignación interna del presupuesto, más que una unidad de transacción, puesto que no media una factura y transferencia de recursos entre entidades independientes.

En principio los hospitales del nivel estatal deben migrar a una categoría jurídica que los hace más autónomos de las secretarías, pero en su mayoría aún permanecen en el interior de éstas. El Seguro Popular debería haber convertido a las secretarías en un comprador inteligente separado del prestador. Sin embargo, por permanecer los hospitales bajo el alero de las secretarías, no se ha dado mucho esa dinámica, y las secretarías han tendido a asignar los recursos del Seguro Popular internamente con los mismos esquemas que prevalecían antes de

la reforma.

Tanto en la seguridad social contributiva como en la subsidiada los médicos son asalariados. Hay un subconjunto de ellos (aproximadamente 20 % del total), que incluye a los especialistas, que suele tener una práctica privada paralela al empleo en el sector público. Eso se refleja en las estadísticas de productividad. Por ejemplo, los ginecólogos en el IMSS atienden 1,5 citas de consulta externa al día.

2.2.6. Principales problemas en la agenda de política pública

La coexistencia de varios silos independientes dificulta la gestión del sistema de salud de México. En determinada zona puede haber hospitales de un sistema (por ejemplo el IMSS) con exceso de capacidad, en una zona donde residen muchos afiliados al seguro popular, y sin embargo no los podría atender. Hace poco hubo un piloto en ciudad de México para que las mujeres embarazadas con emergencia obstétrica puedan ser atendidas en el lugar más cercano, independiente de su estado de afiliación. La integración funcional de los diferentes esquemas de aseguramiento sigue siendo un asunto vigente en la agenda pública.

3. Escenario 2: Modelo privatizado

Un sistema privado se caracteriza por la ausencia de entidades estatales en la rectoría y, sobretudo, en la financiación y prestación de los servicios de salud. En su versión pura el modelo no existe, pues en todos los Estados se suelen establecer algunas reglas de juego, lo cual es parte de la función rectora, y suelen asignar de alguna manera recursos para la prestación de servicios de salud.

En Estados Unidos hay dos esquemas principales de aseguramiento público (Medicare y Medicaid), que cubren una fracción de la población, y el resto acude a servicios y seguros puramente privados. Medicare cubre a los pensionados de la seguridad social y Medicaid se concentra en la población más pobre y vulnerable, pero con cobertura limitada. La mayor parte de la población de Estados Unidos no está cubierta por los esquemas de aseguramiento público, y tiene un sistema

que se acerca al modelo privatizado. Tomamos el modelo estadounidense de seguros privados, anterior a la reforma de Obama, como uno de los referentes para ilustrarlo.

El otro referente son las ISAPRE en Chile. En este país, se les permitió desde 1981 a los trabajadores llevarse su cotización de seguridad social a compañías de seguros privadas, sin que mediara un fondo de compensación de ingresos y riesgos como el FOSYGA colombiano. El 20 % de la población con mayores salarios migró al sistema privado, y el resto permaneció en el sistema público. Citamos rasgos de ese 20 % afiliado a las ISAPRE para ilustrar el modelo privado.

3.1. El sistema norteamericano de seguros privados

3.1.1. Rectoría y estructura administrativa

El sistema de seguros privados es regulado tanto por el gobierno federal como por los gobiernos estatales. No obstante el grado de regulación depende del mercado del que se esté hablando. En general no existe una obligatoriedad para los empleadores de afiliar a sus empleados a un seguro de salud. Por conveniencia tributaria, y como un incentivo para atraer talento, las compañías tienden a ofrecer dicho seguro a los trabajadores y sus familias.

Existe el mercado grupal, donde las empresas aseguran a sus empleados, y el mercado individual, donde los individuos compran su propia cobertura. El mercado grupal se subdivide a su vez en el mercado de grupos pequeños (de 1 a 100 empleados) y el mercado de grupos grandes (más de 100 individuos). En el mercado de grupos grandes los empleadores tienen dos opciones: la primera es comprar un seguro diseñado por una aseguradora privada, el segundo es autoasegurarse (negociar directamente con los prestadores).

El mercado de *grupos pequeños* es el más regulado porque es donde existen mayores incentivos para los aseguradores para hacer selección de riesgo. El mercado de *grupos grandes* también está regulado, pero en menor medida. Se asume que estos empleadores tienen más poder de mercado para negociar con las aseguradoras. Los planes de auto-aseguramiento no están regulados por los

Estados.

3.1.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

En los EEUU la forma más común de obtener un seguro de salud es mediante el empleador (mercado grupal). La mayor parte de los empleadores lo ofrecen. El mercado individual atiende principalmente a personas que trabajan en compañías que no ofrecen seguro médico, están temporalmente fuera del mercado laboral, o son independientes. Igual puede ser necesario para personas que se retiran antes de la edad en que son elegibles para el seguro médico público Medicare. También pueden estar en esta categoría las personas que se separan y quedan viudas. Finalmente, quedan en este mercado los adultos jóvenes que por su edad dejan de ser beneficiarios de los planes de sus padres. Cerca de 40 millones de estadounidenses optan por no asegurarse, porque no tienen con qué, o porque no encuentran justificadas las primas.

Con la reforma de Obama se estableció la obligatoriedad (el "mandato") para el ciudadano de asegurarse. Los empleadores deben ofrecer algún seguro de salud, o bien pagar una penalidad por no hacerlo. Se crea también un esquema de subsidios para pagar las primas de la población más pobre.

3.1.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

En el mercado individual hasta enero de 2014 (antes de Obamacare) era perfectamente legal negar el seguro por condiciones de salud o sexo. A partir de este año los planes individuales deben garantizar un paquete mínimo de beneficios que incluya: servicios ambulatorios, servicios de urgencias, hospitalización, maternidad y cuidado de recién nacidos, salud mental y desordenes asociados al uso de sustancias, medicinas, servicios de rehabilitación y sus correspondientes insumos y aparatos, servicios de laboratorio, servicios de prevención y bienestar, manejo de enfermedades crónicas, y servicios pediátricos (incluyendo cuidado oral y de la visión).

En el mercado grupal existen unas coberturas mínimas pero que varían por estado. Las compañías de seguros negocian con cada empresa los planes que

ofrecerán a los empleados y las modalidades dependerán de la cobertura deseada, la posibilidad de consultar profesionales fuera de la red, el valor del deducible deseado, etc. Las coberturas y demás detalles se negocian entre la compañía y el asegurador, dónde el poder de negociación dependerá del tamaño de la compañía. En general los seguros privados tienen buenas coberturas, incluyendo medicinas.

3.1.4. ¿Cómo se financia?

Las personas que obtienen seguro de salud a través de su empleador reciben generalmente un subsidio de la compañía que varía según la generosidad de la misma. El valor mensual de la prima es descontado por nómina. En su mayoría, los seguros tienen un deducible que es pagado por el individuo de su bolsillo, una vez agotada esta suma, el seguro entra a cubrir, con condiciones de copago y cobertura máxima que dependerán de las reglas impuestas por el mismo seguro.

Las primas siempre han variado en función del riesgo de los individuos, de forma que los enfermos o de mayor riesgo tienden a tener un seguro más caro. Según el Estado puede haber algo de regulación al respecto. Por ejemplo en Massachussets la prima que cobra una compañía por el enfermo de mayor riesgo no puede ser más del doble de la prima más barata que cobra a alguien de bajo riesgo. Con la reforma de Obama se supone que habrá un esquema de ajuste por riesgos, para redistribuir recursos entre compañías según el perfil de riesgo de sus asegurados, pero no se ha implementado.

3.1.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?

La industria privada de seguros sigue muy de cerca la política de remuneración de prestadores impuesta por Medicare (el sistema público) y hace adaptaciones y ajustes según sea el caso. La razón de esto es el tamaño de Medicare. Esto implica que en general los servicios profesionales se pagan por evento o por capitación y los hospitalarios por GRD. Para insumos y equipo medico (ej. Sillas de ruedas, tanques de oxígeno, muletas, etc) existe un mecanismo de compra competitivo (ej. Subastas).

3.1.6. La vigilancia: o las medidas contra el fraude

Tradicionalmente el modo de enterarse de fallas en el sistema en materia de protección de los pacientes fue a través de quejas y demandas ante los tribunales. Las compañías de seguros privadas tienen a su vez grupos de auditores y contratan los servicios de compañías privadas, expertas en análisis de datos para detectar fraude.

3.1.7. El papel de los gobiernos subnacionales

El mercado de seguros privado individual y grupal no auto-asegurado está sujeto a regulaciones que cambian según cada estado. En su mayoría se refieren a límites de coberturas, límites a la selección de riesgo y límites a las primas. La regulación de cada estado puede ser incluso más exigente que la misma ley federal.

Para aquellos individuos de alto riesgo y que por su condición eran rechazados por el mercado privado, 35 estados establecieron un seguro de alto riesgo (high-risk health insurance pools) por 25 años (1976-2009).

3.1.8. Principales problemas en la agenda de política pública de los aseguradores privados

Costos crecientes: Durante décadas se ha dado una dinámica en que los prestadores incrementan sus precios y el consumo de insumos, y los aseguradores trasladan al consumidor final los mayores costos. Estados Unidos es, de lejos, el país del mundo que más gasta en salud (17,9 % del PIB). Al igual que el sistema público, los seguros privados enfrentan el problema de incorporar procedimientos y medicinas de última generación, a la vez que deben mantener las primas de sus pólizas en niveles que les permitan ser competitivos en el mercado. Las compañías privadas invierten recursos en diseñar modelos de atención que reduzcan costos sin deteriorar la calidad, y aún cuando hay experiencias exitosas, los seguros privados son altamente criticados por la poca transparencia en precios.

Equidad: Hay inequidad porque 40 millones de ciudadanos no tiene ninguna cobertura de seguro, y los más enfermos pagan más caro.

Consecuencias en el mercado laboral: para los analistas que favorecen los modelos de seguros de salud universal, atar la probabilidad de obtener un buen seguro de salud a tener un empleo formal es inconveniente y distorsionador del mercado.

3.2. El sistema chileno de seguros privados ²³

3.2.1. Rectoría y estructura administrativa

En Chile en los años ochenta hubo una reforma a la seguridad social que permitió a las personas llevarse la cotización (7 %) del salario a compañías privadas de seguros. A diferencia de Colombia no se estableció un fondo de compensación, de manera que sólo las personas de bajo riesgo y altos salarios resultaron atractivas para las aseguradoras privadas. Hubo entonces una migración parcial a las compañías privadas, llamadas ISAPRE. Hoy en día cerca del 20 por ciento de la población está en las ISAPRE y el resto permaneció en el sistema público. Nos referimos en esta sección al subsistema privado.

3.2.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

El acceso a las ISAPRE se da principalmente a través del empleo. Existen dos tipos de ISAPRE: cerradas y abiertas. En las primeras es la empresa la que compra la póliza, en las segundas son los individuos quienes eligen afiliarse. Si una persona tiene un empleo que le da acceso a un plan cerrado, y pierde el empleo, tiene la opción de seguir pagando la cotización por su cuenta, o de lo contrario le toca salirse.

En principio los contratos desde el punto de vista de la ISAPRE con el usuario son vitalicios siempre y cuando este último esté al día en los pagos. Sin embargo, si ésta último adquiere una enfermedad que se lo vuelve costoso, podría perder la afiliación si le suben el precio y éste deja de pagar.

²Proesa agradece la información aportada por Manuel Inostroza, ex superintendente de Salud de Chile

³La descripción del sistema chileno se estructuró con información de Becerril, Reyes y Manuel (2011).

Al registrarse por la lógica del mercado privado de seguros, las ISAPRE tienen libertad para rechazar solicitudes de afiliación por preexistencias.

3.2.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

En las ISAPRE no se estableció en un principio un plan obligatorio de salud. Cada entidad quedó en libertad de establecer el alcance de la cobertura según el perfil del cliente. En años recientes, producto de la reforma del AUGE, explicada más adelante, cubren algunos medicamentos. Antes de eso por lo general no cubrían medicamentos.

En 2004 Chile dio un paso para el establecimiento de un mínimo obligatorio al contenido de los planes de beneficios. Así surgió el Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). El gobierno hizo un ejercicio de priorización y selección 56 de enfermedades o problemas de salud, estableció unas guías de atención de referencia, incluyendo medicamentos. El contenido de las mismas se volvió exigible por parte de los usuarios en el sistema público y también se volvió obligatorio para las ISAPRE cubrirlas. Muchos otros servicios no cubiertos por las garantías explícitas se pueden y suelen prestar en el sector público, pero no tienen el carácter de exigibles. En el sistema privado no es obligatorio para las ISAPRE cubrir los servicios no cobijados por las garantías.

3.2.4. ¿Cómo se financia?

Las ISAPRE se financian con la cotización de los empleados, y posibles primas voluntarias adicionales. Hay algunos planes que sólo le cobran al usuario el 7 % del salario que corresponde a la cotización obligatoria de seguridad social. Otros planes le piden pagos adicionales (voluntarios) a cambio de coberturas más generosas.

Las ISAPRE pueden subir las primas de los usuarios individuales dentro de una banda de 30 %. Así, si una compañía decide hacer un alza ponderada es de 5 %, no le puede subir a nadie más de 6,5 % ni menos de 3,5 %. Esta medida busca proteger a los más riesgosos dentro del pool. Existía antes una tabla de factores de

riesgo que permitía subir sin límite las primas de los más riesgosos, pero quedó sin efecto por un fallo de la Corte Suprema de Justicia.

3.2.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?

En el sector prestador privado, con el que suelen contratar los servicios las ISAPRE, predomina el pago por evento. En el sector público (financiado por FONASA) los médicos tienden a ser asalariados. Muchos médicos tienen doble trabajo en los sectores público y privado.

3.2.6. La vigilancia: o las medidas contra el fraude

Corresponde a la Superintendencia Nacional de Salud vigilar a las ISAPRE, a FONASA y todos los prestadores públicos y privados.

3.2.7. El papel de los gobiernos subnacionales

La regulación que cubija a las ISAPRE es de orden nacional. Las ISAPRE no tienen obligación de cubrir territorios. Operan en los municipios que quieren, siempre y cuando tengan suficiente red de prestadores para responder a sus afiliados. Están ausentes de municipios pequeños.

4. Escenario 3: Sistemas combinados

Muchos países optan por un camino intermedio entre los modelos públicos y privados. En estos casos el Estado además de ejercer la función rectora se involucra en el financiamiento de los servicios, pero deja un espacio para la prestación de los servicios por parte de agentes privados. Hay dos variantes de este modelo. En una el ente estatal compra los servicios directamente a los prestadores, en otra delega la tarea de contratar y pagar los servicios a agentes posiblemente privados. Ilustramos la primera variante con Medicare, en Estados Unidos, y la segunda con el sistema alemán.

4.1. Medicare

4.1.1. Rectoría y estructura administrativa

Medicare es el plan de beneficios de salud federal creado por ley en 1966. El Congreso es su máximo rector. El programa es administrado por una agencia federal (CMS) que depende del Departamento de Salud y Servicios Humanos. Un organismo independiente, creado en 1997 y financiado por el Congreso llamado MedPAC (Medicare Payment Advisory Commission) hace seguimiento a variables de acceso, costos y calidad, y semestralmente propone ajustes a las diferentes modalidades de pago. CMS tiene oficinas en 10 regiones del país. Adicionalmente, la Agencia de la Seguridad Social (SSA) es la que recauda los aportes que se hacen durante la vida laboral y certifica quienes pueden acceder al programa.

4.1.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

Son elegibles para acceder al seguro de Medicare tres tipos de afiliados. Aquellos que cumplen los 65 años y pagaron el impuesto Medicare a la seguridad social por un tiempo determinado (Certificado por SSA) y sus cónyuges. Aquellos que son declarados con incapacidad de trabajar permanente (Certificado por SSA). Y aquellos con la enfermedad de Lou Gehrig (Esclerosis lateral amiotrófica) o con enfermedad renal crónica.

4.1.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

Existen tres grandes paquetes: hospitalización (llamado Parte A), cuidado ambulatorio (llamado Parte B) y medicinas (llamado Parte D).

El hospitalario cubre hospitalización, hospitalización en sitios de cuidado de enfermeras expertas (skilled nursing facility), servicios de acompañamiento en los últimos seis meses de vida (hospice), servicios de cuidado en casa (home health care). Para cada beneficio existen límites anuales de cobertura fijados por CMS, esto es: un número de días incluidos sin copago, un número de días incluidos con copago, y el resto es pagado por el paciente. No se paga prima, con algunas excepciones (para 2014 vale US426/mes).

El ambulatorio cubre servicios personales de doctores como consulta general y de especialista, procedimientos ambulatorios, servicios de cuidado en casa (home health care), equipos médicos (durable medical equipment), y algunos servicios preventivos. Al igual que el anterior tiene para cada beneficio existen límites anuales de cobertura fijados por CMS. Esta cobertura es voluntaria, tiene deducible, copagos y se paga una prima mensual extra por beneficiario (USD105 /Mes, puede subir de acuerdo con el ingreso hasta USD335/mes). No hay límites para lo que un paciente paga de su bolsillo anual.

Finalmente existe el seguro de medicinas. En realidad no es uno, hay cientos de planes para escoger ofertados por empresas del sector privado. Las coberturas cambian cada año y pueden incluir cobertura de gasto catastrófico. Tiene límites de cobertura, deducible y copagos y se paga una prima mensual por beneficiario que depende del ingreso.

Existe una variante llamada Parte C, en la cual el gobierno permite a empresas privadas ofrecer el mismo seguro y estas son remuneradas via capitación ajustada por riesgo para la Parte A. Es un modelo de competencia regulada similar al de EPS. La EPS conforma planes que combinan los beneficios A, B y D, y cobra primas por las coberturas B y D. Las EPS tienen cierta flexibilidad en variar deducibles, copagos y demás políticas para inducir o desestimular uso. Compiten en mercados donde se pueden diferenciar de Medicare tradicional en la conformación de redes, son autorizadas para regiones y sólo se pueden afiliar los que viven en las áreas de cobertura del plan. En muchas de ellas el afiliado tiene un médico general que maneja las referencias a especialistas y demás niveles de mayor complejidad.

4.1.4. ¿Cómo se financia?

Por ley, todos los empleados deben cotizar a la seguridad social un impuesto a la nómina de 2.9 % (la mitad lo paga el empleado y la otra mitad el empleador), más un 0.9 % adicional para salarios superiores a 200,000 USD anuales. Esta contribución representaba el 38.4 % de los ingresos, aunque el primer rubro es impuestos generales con un 40 %. El siguiente rubro en importancia son las primas de parte B y parte D. Las demás formas de financiación incluyen gastos de bolsillo

como copagos, coaseguramiento, y deducibles.

4.1.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?

El pago por servicio (FFS por su sigla en inglés) es el método más comúnmente utilizado por Medicare para remunerar a los médicos y demás profesionales de la salud, así como los servicios ambulatorios. Cada uno de los tipos de cobertura tiene variaciones en cuanto a la metodología utilizada para definir el precio. Por ejemplo, para consulta externa y procedimientos ambulatorios se usa el método de Unidad de Valor Relativo (Relative Value Unit)⁴. Cada uno de estos valores se ajusta por las condiciones de cada mercado (área geográfica), y otras características del prestador (ie, si es un hospital universitario) y finalmente se convierte a dólares usando un factor de conversión. Existen más de 7000 servicios pagados de esta manera. Las hospitalizaciones se pagan según Grupos de Diagnóstico Relacionado de los cuales existen más de 700 DRGs. Tanto los DRGs como la tabla de pago por servicio son ajustados por geografía, esto es por las condiciones del mercado laboral. Para ello se definen áreas de práctica profesional y regiones hospitalarias.

4.1.6. La vigilancia: o las medidas contra el fraude

Una de las principales preocupaciones del administrador del seguro (CMS) es el fraude. El fraude se configura cuando Medicare recibe y paga facturas por servicios no prestados. El Departamento de Justicia (DOJ) y el Departamento de Salud crearon el programa Health Care Fraud and Abuse Control (HCFAC) en 1996, para identificar y judicializar los casos de fraude y abuso del sistema. Además desde 2009 existe una fuerza especial (Health Care Fraud Prevention and Enforcement Action Team -HEAT) formada por agentes federales que utiliza técnicas de análisis de datos para detectar patrones anormales.

En el año fiscal 2013, HEAT recuperó USD 4.3 billones. El acumulado de los últimos años es de USD 19.2 billones. De acuerdo con cifras de DOJ y HHS, por cada peso invertido en el programa se recuperaron en promedio \$8.10.

⁴Una fórmula que define para cada servicio la (1) cantidad de trabajo involucrado, (2) los costos administrativos y (3) los costos del entrenamiento.

4.1.7. El papel de los gobiernos subnacionales

El programa es manejado a nivel federal, los estados no tienen ningún rol.

4.1.8. Principales problemas en la agenda política pública de los aseguradores privados

El crecimiento del gasto en salud es el principal problema de política pública en lo que concierne a Medicare. El gasto por beneficiario creció entre 2 y 3 puntos porcentuales por encima del crecimiento del PIB percapita durante las tres últimas décadas. A esto se suman preocupaciones por un mayor número de personas que entrarán a ser beneficiarias del sistema (la generación del baby boom) y que vivirán por más años con enfermedades crónicas. Según proyecciones, esto significaría pasar de 50 millones de beneficiarios en 2012 a 70 millones en 2022.

Otra de las grandes preocupaciones del sistema es su ineficiencia. Existe una importante literatura que muestra variaciones regionales en pagos por servicios que no son explicadas por diferencias en carga de enfermedad, severidad de la enfermedad y restricciones de oferta. Se especula que factores como fraude, inducción de demanda, y problemas con el sistema de definición de tarifas.

Finalmente, también existe una importante literatura documentando inequidades en acceso, atención y desenlaces de salud entre los diferentes grupos étnicos.

4.2. El modelo alemán⁵

4.2.1. Rectoría y estructura administrativa

El órgano de gobierno más importante es el Comité Federal Conjunto (Federal Joint Committee), creado en 2004. El Comité tiene amplia potestad regulatoria para determinar los servicios que debe cubrir el sistema y establecer las medidas de calidad para los proveedores. El comité cuenta con el apoyo del Instituto para la Calidad y la Eficiencia (IQWiG), una fundación legalmente encargado de evaluar costo-efectividad de los fármacos con beneficios terapéuticos agregado;

⁵La descripción del sistema alemán se estructuró con información de Busse y Blümel (2014).

y del Instituto para el Mejoramiento de la Calidad Aplicada e Investigación en Cuidados de la Salud (Instituto AQUA). Desde 2008, el Comité ha tenido 13 miembros votantes: cinco de la Asociación Federal de los fondos de enfermedades (el equivalente de las EPS), dos de la Asociación Federal de Médicos Estatutarios del Seguro de Salud Público, dos de la Federación Alemana de Hospitales, uno de la Asociación Federal de dentistas del seguro de salud público, y tres que no están afiliados a ninguna institución. Cinco representantes de los pacientes tienen una función de asesoramiento sin voto.

La gente puede escoger entre múltiples aseguradores, llamados en inglés *Sickness Funds* (había 145 a marzo de 2012) son autónomos, sin fines de lucro, de naturaleza no gubernamental financiados por contribuciones obligatorias definidas como un porcentaje del salario bruto, con un límite superior.

La Asociación Federal de los fondos de enfermedades (*Sickness Funds*, SF en adelante), la Asociación Federal de Médicos del Seguro de Salud Público y la Federación Alemana de Hospitales fijan en conjunto las tablas de precios del sistema (pago por servicio para servicios profesionales y ambulatorios y Grupos Diagnósticos Relacionados para hospitalizaciones), los cuales son adoptados por comités bilaterales.

Los médicos tanto generales como especialistas que atienden de manera ambulatoria están obligados por ley a afiliarse en asociaciones regionales. Estas asociaciones regionales negocian contratos con los SF, organizan el cuidado, y actúan como intermediarios financieros. En 2010 existían 138,472 médicos acreditados por el seguro de salud público (SSP), de los cuales el 44 % eran médicos familiares y 56 % especialistas.

Las Asociaciones Regionales tienen la potestad por ley de determinar el número de especialistas que pueden practicar en su región, la consecuencia de esta reforma ha sido la mejor distribución de especialistas en el país. Para limitar la migración masiva de especialistas al sector privado, antes de ser autorizado a ejercer de manera privada un médico debe ser médico hospitalario dentro del SSP.

4.2.2. ¿Requisitos para ser beneficiario?

La cobertura es universal para todos los residentes legales. Alrededor del 85 por ciento de la población está cubierta por el seguro de salud público (SSP) y 10 por ciento por un seguro privado sustitutivo. El resto (por ejemplo, soldados, policías y empleados del servicio civil) están cubiertos por regímenes especiales. Los inmigrantes indocumentados están cubiertos por la seguridad social en caso de enfermedad. Todos los ciudadanos con un empleo (y de otros grupos, como los jubilados) que ganan menos de una cierta cantidad (Aprox 50,000 Euros por año) a partir de 2012 están obligatoriamente cubiertos por SSP, y sus dependientes (cónyuges sin ingreso y niños) están cubiertos también. Las personas cuyos salarios brutos superen el umbral, los funcionarios públicos y los trabajadores autónomos pueden optar entre permanecer en el SSP (el 75 % lo hacen) o comprar seguros de salud privados. Existe regulación que prohíbe regresar al SSP una vez tomada la decisión de estar en el mercado privado. Para contrarrestar el incentivo a no salir del SSP, los seguros privados deben ofrecer el mismo paquete del SSP al mismo precio que lo ofrece el SF. Los SF y las compañías de seguros privadas no pueden rechazar a ninguna persona.

4.2.3. ¿Qué incluye el Plan de Beneficios?

El SSP cubre los servicios de prevención, hospitalización, atención ambulatoria en hospitales, servicios profesionales médicos, servicios de salud mental, cuidado dental, optometría, medicamentos, ayudas médicas, rehabilitación, hospicio y cuidados paliativos, e indemnización por enfermedad. Todos los medicamentos están cubiertos a menos que sean explícitamente excluidos por la ley (principalmente los llamados medicamentos de estilo de vida), o en espera de evaluación. Mientras que los grandes contenidos del paquete de beneficios están definidos legalmente, las coberturas específicas son decididas por el Comité Federal Conjunto.

Desde 1995, la atención a largo plazo (Long-term care) ha sido cubierta por un régimen de seguro separado que es obligatorio para toda la población. Los beneficiarios pueden optar por recibir una suma en efectivo o los beneficios en especie.

4.2.4. ¿Cómo se financia?

El gasto público en salud representa el 77 % en 2011 (incluye no solo el SPP sino el seguro obligatorio de atención a largo plazo, el seguro de jubilación obligatoria y el seguro obligatorio de accidentes). El gasto privado es 23 %, dentro de este, los seguros privados representaron el 9.3 % del gasto total en salud y el 13,2 % del gasto de bolsillo .

Los SF se financian con contribuciones. Desde el año 2009 se ha establecido una tasa de contribución uniforme en dinero por el gobierno para ingresos menores de 45.900 por año. Los que ganan más (empleados o pensionados) contribuyen un 8,2 por ciento de su salario bruto, mientras que el empleador o el fondo de pensiones, añade otro 7,3 por ciento.

Las contribuciones obligatorias son centralizadas y luego reasignadas a cada SF basado en una fórmula de capitación ajustada por riesgo, teniendo en cuenta la edad, el sexo y la morbilidad por 80 enfermedades crónicas y/o graves. Desde 2009, los SF han sido autorizados a cobrar al asegurado una prima nominal adicional si los ingresos son insuficientes (o a reembolsar a los pacientes en el caso de que haya excedentes). Hay una cantidad creciente de gasto federal que financia beneficios no asegurables incluidos en el SSP (especialmente para niños). Estos gastos se consideran de interés común y, por tanto, son (en parte) cubiertos con impuestos generales.

4.2.5. ¿Cómo se remunera a los prestadores?

El gobierno federal determina los precios máximos que pueden cobrar los prestadores tanto para el SSP como para el seguro privado.

Para los servicios profesionales ambulatorios dentro del SSP, los SF y las asociaciones de médicos negocian precios. La modalidad de pago dominante es pago por servicio (fee-for-service). Los pagos están limitados por un número máximo de pacientes por práctica. Los SF no pagan a cada proveedor de manera directa. Le pagan a la asociación regional de médicos una asignación per capita. Son las asociaciones las que pagan a los médicos de manera individual.

Los médicos privados son pagados directamente por los pacientes o los seguros privados. Aunque también están sujetos a tarifas máximas, estas son diferentes de las públicas, permitiendo que algunos puedan ganar hasta el doble de lo que ganarían con un SF. Para los hospitales: sin importar quién es el dueño del hospital, la mayoría de los médicos son contratados bajo modalidad salarial. El método de pago es por grupos de diagnóstico relacionado (GDR) que son revisados anualmente.

4.2.6. La vigilancia: o las medidas contra el fraude

El sistema se apoya fuertemente en la autoregulación. Por ejemplo, las asociaciones de médicos regionales controlan a sus afiliados monitoreando el desempeño individual. Las SF tienen en su Junta Directiva representantes de los empleadores y de los empleados.

De acuerdo con la Red de Fraude y Corrupción en el sistema de salud europeo, el fraude en Alemania podría ubicarse entre un 5 y un 8 % del total del gasto en salud. De acuerdo con la misma red, las autoridades y las entidades del sistema invierten pocos recursos en control de fraude. En 2007 y 2011 se incluyeron reformas al sistema, definiciones y prohibiciones especialmente en lo que concierne a dar y/o recibir dinero a cambio de referir pacientes a ciertos tratamientos o medicinas, o a otros centros donde el médico tuviera intereses.

4.2.7. Prevención y servicios de tamizaje

Los servicios preventivos del SSP incluyen chequeos regulares dentales, chequeos generales para niños, vacunas, chequeos generales para las enfermedades crónicas, y la detección del cáncer a ciertas edades.

4.2.8. El papel de los gobiernos subnacionales

Cada estado tiene su propio "Ministerio de Salud" que tiene sus propias leyes y supervisa autoridades subordinadas. Los 16 gobiernos estatales determinan la oferta de camas hospitalarias, mientras que la capacidad ambulatoria está sujeta a

determinaciones que puede o no delegar el Comité Conjunto Federal a los estados. Los Estados pagan por la infraestructura y equipamiento de los hospitales. El funcionamiento se paga por GRDs.

Los Estados son dueños de la mayoría de los hospitales universitarios. Los municipios desempeñan un papel importante en las actividades de salud pública y son dueños de aproximadamente la mitad de las camas hospitalarias. Los municipios son responsables del cuidado de urgencias. Sin embargo, los diversos niveles de gobierno no tienen prácticamente ningún papel en la prestación directa de la atención de la salud.

4.2.9. Principales problemas en la agenda de política pública de los aseguradores privados

Reducir costos: Alemania es el noveno país según datos de la OECD en gasto anual en salud per cápita ajustados por diferencias en costo de vida (dato para 2011, con USD4495). En 2011 se reformó el sistema con el objetivo de hacerlo más sostenible, las medidas eran tanto de aumento de ingreso (aumentó la contribución obligatoria), como de contención de costos (medidas de copagos, incentivos para moverse al seguro privado).

Aumentar la competencia: Las medidas que se han tomado se refieren a la apertura legal para que los SF ofrezcan seguros privados voluntarios con modelos novedosos o introduciendo la figura de altos deducibles. Las personas que elijan estos seguros deben permanecer al menos tres años. Los SFs tienen que reportar los resultados anualmente, en particular en torno a eficiencia económica.

Regulación de medicamentos: Todas las medicinas están sujetas a referenciación de precios desde 2004, a menos que demuestren un valor agregado médico.

Calidad: El sistema tiene problemas en eliminar a los prestadores de baja calidad.

5. ¿Qué logran los recursos disponibles?

Los sistemas de salud deben cumplir tres objetivos finales⁶:

1. Mejorar el estado de salud de la población.
2. Hacerlo con calidad del trato.
3. Proteger financieramente a los hogares y evitar su empobrecimiento por eventos adversos de salud.

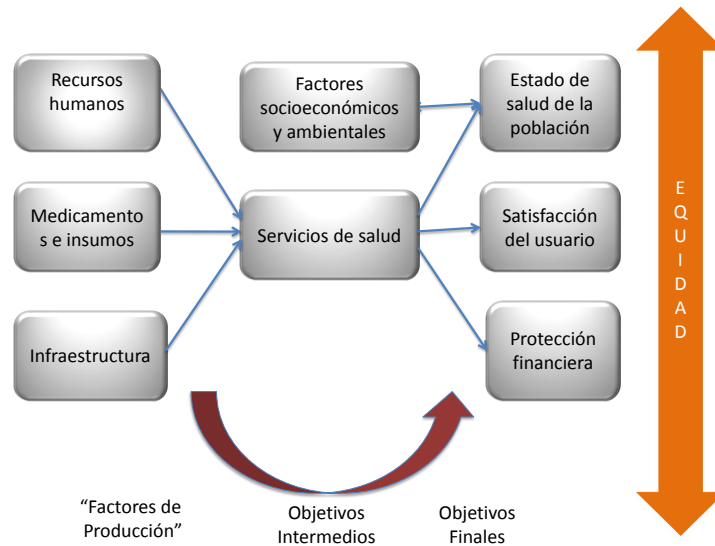
No solo se debe subir el resultado promedio en cada una de esas tres dimensiones, sino que se deben reducir las diferencias entre grupos de la población (urbano/rural, estrato socio económico, etc.). La equidad es, entonces, un objetivo transversal.

La prestación de servicios de salud no es un fin en sí mismo sino un medio para el logro de los objetivos finales 1 y 2. También hay otros factores, socioeconómicos, ambientales y culturales y nutricionales, que inciden en el estado de salud de la población, y tienen incluso un mayor efecto sobre la expectativa de vida que los servicios médicos. La financiación es un medio para garantizar la prestación de los servicios y contribuir al objetivo final número 3, la protección financiera de los hogares.

La eficiencia alude a la forma como se utilizan los recursos humanos y técnicos para producir servicios de salud y mejorar el estado de salud de la población. La siguiente lámina ilustra estos conceptos.

⁶ Así lo establece el marco metodológico desarrollado por la OMS para evaluar el desempeño de los sistemas de salud.

Figura 2: Medios y Fines



Los resultados que puede dar un sistema de salud deben considerarse a la luz de los recursos que se le invierten. A continuación presentamos, para los países considerados en los escenarios, una serie de indicadores sobre:

- Los recursos con que cuentan.
- Los resultados en salud que logran.
- El acceso a los servicios.
- La satisfacción de los usuarios

Cuadro 2: Indicadores

Indicador	Definición unidades	Fuente	Periodo	Estados Unidos	Alemania	Chile	México	Colombia	Reino Unido
Recursos									
Población	Millones de habitantes	UN Pop statistics	2013 ⁷	313.914.040	82.020.688	17.556.815	112.336.538	47.121.089	63.243.845
PIB per cápita PPP	Dólar internacional PPP	IMF ⁸	2013	53.101,01	40.006,74	19.067,25	15.562,60	11.188,81	37.306,60
Médicos por habitante	Número de médicos por cada mil habitantes	OECD, WHO	2011	2,46	3,84	1,02 ⁹	2,2	1,47 ¹⁰	2,81
Camas hospitalarias por habitante	Número de camas por cada mil habitantes	OECD, WB	2011	3,05 ¹¹	8,27	2,22	1,68	1,5 ¹²	2,95
Gasto en salud per cápita PPP	Dólar internacional PPP	WHO	2012	8.895,1	4.617	1.606,1	1.061,9	723,3	2.195,2
Gasto en salud como % del PIB	Gasto en salud como % del PIB	WHO	2012	17,9	11,3	7,2	6,2	6,8	9,4
Gasto público como % del total	Gasto público % gasto total	WHO	2012	46,4	76,3	48,6	51,8	75,8	82,5
Gasto privado como % del total	Gasto privado % gasto total	WHO	2012	53,6	23,7	51,4	48,2	24,2	17,5
Gasto de bolsillo como % del total	Gasto bolsillo % gasto total	WHO	2012	11,1	12,04	32,12	44,1	14,74	9,94
Estado de salud									
Expectativa de vida al nacer	Número de años	OECD, WHO	2011 ¹³	78,7	80,8	78,3	74,2	76 ¹⁴	81,1
Mortalidad infantil	Número de niños muertos menores de un año por cada mil nacimientos	OECD, WHO	2011	6,1 ¹⁵	3,6	7,4 ¹⁶	13,6	14 ¹⁷	4,3
% de la población >60 años	Proporción población >60 años	WHO	2012	19,31	26,72	13,8	9,18	9,19	23,06
Carga de enfermedad por enfermedades infecciosas	Número de muertes estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes	WHO	2008	15,39	7,37	10,81	20,69	24,13	6,69
Carga de enfermedad por enfermedades no transmisibles	Número de muertes estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes	WHO	2008	418,37	393,91	418,92	492,66	403,95	400,51
Carga de enfermedad por causa externa	Número de muertes estandarizadas por edad por cada 100.000 habitantes	WHO	2008	52,8	25,22	45,48	56,62	97,23	25,48
Acceso a servicios									
% de la población que consultó un médico el último año	número de visitas per cápita al médico	OECD	2011	4,1 ¹⁸	9,7	3,3 ¹⁹	2,7		5
Coberturas de vacunación	% niños de 12-23 meses que hayan recibido vacunación DPT (difteria, tos ferina y tétano) 12 meses antes o en cualquier momento antes del estudio	UNICEF	2012	95	93	90	99	92	97
Cobertura cruda de hipertensión	% de la población con hipertensión mayores de 25 años (sistólica>=140-diastólica>=90)	WHO	2008	18	31,5	33,9	22,8	27,4	27,7
Cobertura cruda de diabetes	% población con glucosa>=126mg/dl o en medicación por tener una glucosa elevada		2008	12,3	10,6	10,6	13,1	5,9	8,3
Cobertura efectiva de hipertensión	% población con hipertensión mayores de 25 años (sistólica>=140-diastólica>=90)	WHO	2008	15,6	26	24,4	33,3	30,2	23,4
Cobertura efectiva de diabetes	% población con glucosa>=126mg/dl o en medicación por tener una glucosa elevada	WHO	2008	10,8	8	10,3	14,1	6,4	6,7

4 Las cifras de Estados Unidos y Reino Unido se refieren al año 2012. Para México, la cifra se refiere al año 2010.

5 Los datos de Estados Unidos, Alemania, Chile y Colombia son estimados.

6 Cifra del World Health Organization correspondiente al año 2009.

7 Cifra del World Health Organization correspondiente al año 2010.

8 Cifra de la OECD correspondiente al año 2010.

9 Cifra del World Bank correspondiente al año 2012.

10 Cifras estimadas para Estados Unidos y Chile.

11 Cifra del World Health Organization correspondiente al año 2012.

12 Cifra estimada.

13 Cifra correspondiente al año 2010.

14 Cifra del World Health Organization correspondiente al año 2012.

15 Cifra correspondiente al año 2009.

16 Cifra correspondiente al año 2010.

Referencias

- Becerril, V., Reyes, J. D., Manuel, A. (2011) Sistema de salud de Chile. Salud Pública de México 53, s132-s143.
- Boyle, S. (2011) United Kingdom (England): Health System Review. Health Systems in Transition, (Vol.13). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Busse, R., Blümel, M. (2014) Germany: Health System Review. Health Systems in Transition, (Vol. 16). European Observatory on Health Systems and Policies.
- Gómez, O. D., Sesma, S., Becerril, V. M., Knaul, F. M., Arreola, H., Frenk, J. (2011) Sistema de salud de México. Salud Pública de México 53, s220-s232.
- OECD Health Statistics.
- WHO Health Statistics.

6. Anexo 1

6.1. Estadísticas de financiamiento en el Reino Unido

6.1.1. Participación en el PIB

Cuadro 3: Trends in health care expenditure in the United Kingdom, 1980-2008.

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2008
Total health care expenditure (% GDP)	5,6	5,8	5,9	6,8	7	8,3	8,7
Total health care expenditure per capita (US\$)	231	369	586	863	1 168	1 719	1 852
Total health care expenditure per capita (US\$ PPP)	468	689	960	1 347	1 837	2 701	3 129
Public expenditure on health care (% total)	89,4	85,8	83,6	83,9	79,3	81,9	82,6
Private expenditure on health care (% total)	10,6	14,2	16,4	16,1	20,7	18,1	17,4
Out-of-pocket payments (% total health care expenditure)	8,6	na	10,6	10,9	13,4	11,8	11,1
Private insurance (% total health care expenditure)	1,3	2,5	3,3	3,2	1,6	1,4	1,2

Nota: Obtenido de United Kingdom (England) Health system review, p. 72, por S.Boyle, 2011. Health Systems in Transition (Vol. 13). European Observatory on Health Systems and Policies.

6.1.2. ¿Cómo se distribuye el gasto?

La siguiente tabla muestra cómo se distribuía, en el año fiscal 2002-2003, el gasto de las SHA y los PCT:

Cuadro 4: Expenditure by SHAs, PCTs and NHS trusts in England, by input, 2002-2003.

	2002-2003
Revenue expenditure (£ billion)	44,2
Breakdown (%)	-
Salaries and wages	58,6
Supplies and services, clinical	10,9
Supplies and services, general	2,1
Establishment expenses	2,9
Premises and fixed plant	4,4
Miscellaneous expenditure	13,6
Cost of use of capital assets	3,5
Purchase of health care from non NHS bodies	3,5
External contract staff	0,5

Nota: Obtenido de United Kingdom (England) Health system review, p. 78,

por S.Boyle, 2011. Health Systems in Transition (Vol. 13). European Observatory on Health Systems and Policies.

La siguiente tabla muestra cómo se distribuye el presupuesto por patología:

Cuadro 5: NHS expenditure by programme budget, 2008-2009.

Gross NHS operating costs on	pounds million	% of total
Infectious disease	1 417,99	1,5
Cancers and tumours	5 130,99	5,3
Disorders of blood	1 258,92	1,3
Endocrine. nutritional and metabolic	2 529,18	2,6
Mental health disorders	10 477,25	10,8
Problems of learning disability	2 929,04	3
Neurological	3 694,95	3,8
Problems of vision	1 668,12	1,7
Problems of hearing	424,19	0,4
Problems of circulation	7 405,73	7,6
Problems of the respiratory system	4 247,08	4,4
Dental problems	3 098,94	3,2
Problems of the gastrointestinal system	4 096,25	4,2
Problems of the skin	1 806,82	1,9
Problems of the musculoskeletal system	4 214,93	4,4
Problems due to trauma and injuries	3 297,86	3,4
Problems of genitourinary system	4 003,69	4,1
Maternity and reproductive health	3 095,95	3,2
Conditions of neonates	1 110,22	1,1
Adverse effects and poisoning	951,72	1
Healthy individuals	1 915,16	2
Social care needs	3 155,62	3,3
Other	24 884,41	25,7
Total	96 814,99	100

Nota: Obtenido de United Kingdom (England) Health system review, p. 77, por S.Boyle, 2011. Health Systems in Transition (Vol. 13). European Observatory on Health Systems and Policies.