ANÁLISIS COMPARADO DE SISTEMAS DE SALUD // Dr. Gustavo Mieres

ANÁLISIS COMPARADO DE **SISTEMAS DE SALUD**

- URUGUAY
- CHILE
- COSTA RICA
- COLOMBIA
- ISRAEL
- ALEMANIA
- FRANCIA

Dr. Gustavo Mieres

Sanatorio AMERICANO Centro de referencia en medicina superior
FEPREMI Federación de Prestadores Médicos del Interior
Seguro Americano SA MEDICINA PRIVADA

Sanatorio AMERICANO Centro de referencia en medicina superior
FEPREMI Federación de Prestadores Médicos del Interior
Seguro Americano SA MEDICINA PRIVADA

Se analiza en términos descriptivos y comparativos la realidad de seis sistemas de salud con relación al sistema uruguayo, a efectos de contribuir a la identificación de experiencias o modelos que puedan operar como elementos orientadores de potenciales mejoras del diseño institucional del sistema de salud en el Uruguay.

ANÁLISIS COMPARADO DE **SISTEMAS DE SALUD**

Los casos de Chile, Costa Rica, Colombia, Israel, Alemania y Francia y su comparación con el sistema uruguayo.



Dr. Gustavo Mieres. FEPREMI, 2018.

Sanatorio AMERICANO
Centro de referencia en medicina superior

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior

Seguro Americano SA
MEDICINA PRIVADA

Índice

PRÓLOGO 7

ENCUADRE 8

MARCO CONCEPTUAL 8

OBJETIVOS 13

METODOLOGÍA 13

MARCO DE REFERENCIA
CARACTERIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN EL URUGAY 14
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 14
b. Elección de la cobertura 16
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 17
d. Composición de la atención integral 21
e. Organización y financiamiento de la oferta 22

EL CASO DE CHILE 24
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 24
b. Elección de la cobertura 26
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 27
d. Composición de la atención integral 29
e. Organización y financiamiento de la oferta 30

EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA 30
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 31
b. Elección de la cobertura 32
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 32
d. Composición de la atención integral 33
e. Organización y financiamiento de la oferta 33

EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA 34
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 34
b. Elección de la cobertura 35
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 36
d. Composición de la atención integral 40
e. Organización y financiamiento de la oferta 40

RESUMEN COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS
DE URUGUAY, CHILE, COSTA RICA Y COLOMBIA 42

GASTO EN SALUD EN URUGUAY, CHILE, COSTA RICA Y COLOMBIA 46

EL SISTEMA ISRAELÍ 49
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 49
b. Elección de la cobertura 50

c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 51
d. Composición de la atención integral 53
e. Organización y financiamiento de la oferta 54

EL SISTEMA DE ALEMANIA 55
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 55
b. Elección de la cobertura 58
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 60
d. Composición de la atención integral 63
e. Organización y financiamiento de la oferta 63

EL SISTEMA FRANCÉS 65
a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema 65
b. Elección de la cobertura 69
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios 69
d. Composición de la atención integral 70
e. Organización y financiamiento de la oferta 71

RESUMEN COMPARATIVO DE LOS SISTEMAS DE URUGUAY, ISRAEL, ALEMANIA Y FRANCIA 75

GASTO EN SALUD EN URUGUAY, ISRAEL, ALEMANIA Y FRANCIA 82

COMENTARIOS FINALES 84

ANEXO - RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS MODELOS DE COBERTURA 89

BIBLIOGRAFÍA 95

Prólogo

Exponer u opinar sobre algún tema requiere de la honestidad intelectual de tener previamente los conocimientos suficientes de lo que se presentará.

En materia de servicios de salud, es además necesario saber cómo se aplican los conceptos de gestión y para ello es imprescindible haber ocupado cargos de responsabilidad de la institución, ya sea la dirección política, dirección técnica o de jefatura de servicios, lo que contribuye en forma determinante en la comprensión de los conocimientos teóricos y el alcance de cada concepto aprendido.

Los cambios en el sistema de asistencia médica de salud en nuestro país en los últimos años, han sido más profundos en lo que se relaciona con la estructura y funcionamiento que en los alcances de la cobertura.

Es sustantiva la cabal comprensión de esta compleja estructura para quienes tienen la tarea de gestionar desde la meso gestión institucional.

Nuestra organización ha publicado ya múltiples trabajos sobre diversas temáticas relacionadas con el sistema de asistencia: la seguridad social y el SNIS, análisis de la denominada complementación asistencial, la organización asistencial del interior, la salud rural, las tasas moderadoras, el fondo de cobertura de patologías catastróficas, entre otros.

Este libro, rigurosamente escrito, contiene el estudio y análisis realizado por el Dr. Gustavo Mieres y trata los sistemas comparados de salud, comprendiendo a aquellos relacionados con los más destacados en el mundo dentro de los denominados “bismarckianos”, siendo que -algunos de ellos - tienen una trayectoria de más de cien años de vigencia.

Este valioso trabajo enfoca tanto la macro, meso y la micro gestión, y estimamos -desde FEPREMI - que enriquecerá la discusión con miras al futuro del sistema y sus necesarias adaptaciones, en función de las necesidades de la población y de las posibilidades de la sociedad.

Órgano de Dirección de FEPREMI
Octubre de 2018

1. Encuadre

La organización de un sistema de salud responde a un conjunto de factores de diversa naturaleza que condicionan su diseño. Estos factores son de carácter político, cultural, social, económico, histórico y epidemiológico y actúan como determinantes de los principios sobre los que se sustentan los sistemas y de sus objetivos. Estos a su vez, inciden fuertemente en la definición de los instrumentos necesarios para su prosecución, es decir, en el diseño mismo del sistema dando lugar a una suerte de retroalimentación que le otorga una cierta dinámica al sistema.

Las decisiones políticas adoptadas en un determinado momento si bien pueden suponer cambios sustantivos en el modelo, no están exentas de la influencia de los factores mencionados.

Los sistemas de salud son entonces, contingentes y propios de cada comunidad y no existe por tanto, un diseño óptimo aplicable a todas las realidades.

Al comparar sistemas es necesario tener en cuenta los aspectos señalados, ya que pueden explicar los diferentes lineamientos adoptados por cada país en su proceso de construcción. En consecuencia, las conclusiones que se pueden extraer a partir de un análisis comparativo tienen un fuerte grado de relativismo y su principal valor radica en la identificación de experiencias o instrumentos que eventualmente pueden ser una referencia, a la hora de pensar en alternativas de mejora del sistema uruguayo.

2. Marco conceptual

La complejidad del concepto de salud y las dificultades que esto supone a la hora de su definición operativa, por transitiva, opera en el mismo sentido cuando se pretende alcanzar una definición única de lo que se entiende por sistema de salud.

En el año 2000 la OMS en su informe sobre la salud en el mundo, reconoce la dificultad que existe para definir de manera precisa qué es un sistema de salud. En términos generales esta organización afirma que un sistema de salud abarca todas las actividades cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud.[1] De alguna manera se reconoce que el sistema de atención sanitaria es un componente más acotado de aquel, que refiere a la prestación de servicios e intervenciones preventivas, curativas y paliativas, orientadas a los individuos o a las poblaciones, y a su forma de financiamiento.

Además, la OMS define como objetivos de los sistemas de salud: mejorar la salud de la población; responder a las expectativas de las personas (lo que supone el respeto a su autonomía y su dignidad, la confidencialidad de la información relativa a su caso, la provisión de servicios continua, oportuna y adecuada a sus necesidades sanitarias) y brindar protección financiera a las personas y sus familias, contra los costos de la enfermedad (a fin de evitar la ruina económica que pudiera derivar de una alteración de su estado de salud, tanto al momento de financiar los servicios como de consumirlos).[2]

1 Pese a los años transcurridos la OMS mantiene esta definición al entender que “los sistemas de salud son la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud”.

2 OMS “Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”, pp 6 y 9 http://www.who.int/entity/whr/2000/en/whr00_es.pdf?ua=1

A su vez, este organismo entiende que para alcanzar estos objetivos los sistemas de salud tienen como funciones principales la provisión de servicios, la generación de recursos y la financiación y la gestión del sistema y de sus procesos, es decir la regulación o rectoría del sistema.[3]

En definitiva, desde esta perspectiva, importa sobre todo quiénes financian el sistema, de qué manera lo hacen, cómo se conforman y qué grado de integración tienen los fondos de financiamiento, y mediante qué mecanismos se compran los servicios a los proveedores para la atención de las personas.

Con relación a este enfoque, Maceiras señala que "dentro de este marco, el análisis de los mecanismos de aseguramiento y protección financiera en salud resultan centrales, y la búsqueda de esquemas de comparación satisfactoria entre sistemas y modelos constituyen una línea deseable de investigación".[4]

Por su parte, Tobar distingue tres dimensiones constitutivas del sector salud: la política de salud, el estado de salud y el sistema de salud, y define a este último como "la totalidad de las acciones que el Estado y la sociedad desarrollan en salud, […] que puede ser definido como una respuesta social organizada para los problemas de salud", y agrega, "El término sistema de salud hace alusión a un conjunto de actores y acciones más abarcativo que el sistema de atención médica".[5]

El mismo autor señala que "todo sistema de salud involucra un conjunto de actores que desempeñan roles y asumen objetivos específicos propios y que en la persecución de esos objetivos particulares se despliegan acciones que establecen flujos de servicios (de salud) y de recursos (financieros, físicos y humanos)".

Esto quiere decir que cuando se hace referencia al sistema de salud, quedan comprendidos no sólo los proveedores de los servicios de atención médica y sus formas organizativas, sino también la institucionalidad del financiamiento y de la regulación del sistema.

De alguna manera, el concepto de sector salud de Tobar y de sistema de salud de la OMS, son coincidentes en su alcance y lo que el primer autor define como sistema de salud se corresponde en grandes rasgos con la definición de sistema de atención sanitaria de la OMS.

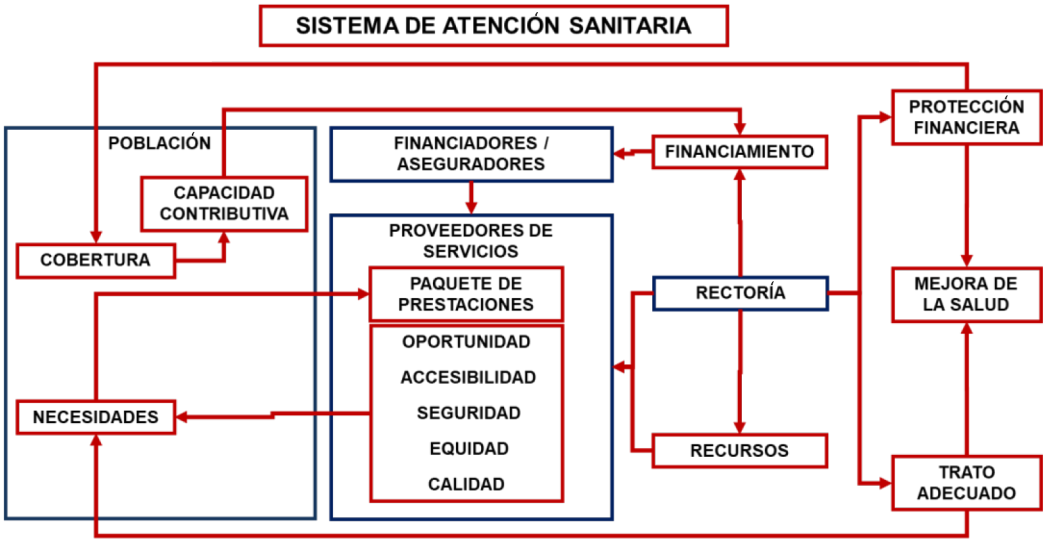
Queda claro que existe una definición general y amplia de lo que se entiende por sistema de salud que abarcaría incluso instituciones que trascienden el sector específicamente sanitario, y un concepto más acotado (sistema de atención sanitaria) que engloba la institucionalidad relacionada con la protección financiera de la población, la provisión de servicios y su financiamiento.

El presente trabajo se focaliza en lo que puede llamarse "sistema de salud en sentido estricto" denominado también como se ha visto, sistema de atención médica, sistema de atención sanitaria o simplemente sistema de salud según los autores.

3 OMS. http://www.who.int/topics/health_systems/es/index.html

4 Maceiras, D. "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina." Pp3. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Oficina Regional de UNICEF para América Latina. 2012 https://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf

5 Tobar, F.; "Herramientas para el análisis del sector salud". Pp 3. http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf



Tal como surge del esquema precedente, existen tres actores o agentes que desempeñan diferentes roles en el sistema y entre los cuales se establecen vínculos contractuales más o menos explícitos y flujos de recursos cuyos niveles de regulación dependen del ejercicio de la función de rectoría del sistema. Estos son, la población (en su doble rol como contribuyentes al financiamiento del sistema y como usuarios de los servicios), los proveedores y los agentes intermediarios que cumplen un rol de aseguradores de las personas y de financiadores de los proveedores. Los roles y objetivos de estos actores y los flujos de recursos que se verifican entre ellos dependen de manera crítica de las características de la regulación del sistema. Esta a su vez, es función de los principios que guían el diseño y desarrollo de cada sistema y de sus prioridades, lo que remite al rol del Estado y su participación como financiador, regulador y proveedor de servicios.

Desde el punto de vista de la cobertura de salud, es decir del modelo de protección financiera contra las contingencias sanitarias de las personas, se pueden identificar cuatro modelos básicos. En la realidad concreta de cada país se puede observar una mayor o menor predominancia de alguno de estos modelos pero difícilmente se encuentre un sistema en el que uno de ellos se aplique de manera pura.

El primero de estos modelos responde a un esquema de **cobertura universal** financiado con **recursos fiscales** y otras eventuales contribuciones de la población, que asegura el acceso a una **cartera de servicios predeterminada**, cuya **provisión** generalmente se efectúa a través de **organizaciones públicas**. Se trata de un modelo de **seguro público de carácter obligatorio** y de alcance universal, con **alta integración de fondos** de financiamiento del sistema y prestación pública de los servicios (modelo Beveridge).

El segundo modelo se basa en la **cobertura de las personas y eventualmente de sus familias, incluidas en los dispositivos de seguridad social**, financiado por **contribuciones obligatorias** de los beneficiarios, que asegura el acceso a una **cartera de prestaciones predeterminada**, cuya provisión puede efectuarse a través de **organizaciones públicas y privadas**. Se trata de un modelo de **seguro público de carácter obligatorio**, en el que el alcance de la cobertura y el nivel de integración de fondos de financiamiento del sistema dependen de la organización de la seguridad social, con prestación pública o privada de servicios (modelo Bismarck).

El modelo de aseguramiento privado supone un mecanismo de **cobertura dependiente de la capacidad de pago de las personas**, que contratan de forma directa mediante el pago de primas a una aseguradora, el acceso a una **cartera de prestaciones de disímil amplitud** según el precio del prepago y cuya provisión se realiza a través de **organizaciones privadas** contratadas por el seguro. Se trata de un modelo de **seguro privado de carácter voluntario**, de cobertura segmentada, con alta **dispersión de los fondos** de financiamiento del sistema en un conjunto de aseguradoras y con prestación fundamentalmente privada de los servicios. Este modelo no prevé recursos predefinidos para la cobertura de los sectores de población de menores recursos.

Por último, existe un modelo de cobertura de la **población de menores recursos** financiado por **recursos fiscales** que asegura el acceso a una cartera de servicios cuya provisión se efectúa a través de **organizaciones públicas**, sin que se prevean mecanismos de cobertura explícitos para las clases medias y altas. Se trata de un modelo de seguro público obligatorio de cobertura limitada y escasa integración de los fondos de financiamiento.

De acuerdo con Tobar, que sigue el modelo taxonómico de los sistemas de Evans,[6] y teniendo en cuenta los cuatro modelos básicos señalados anteriormente, se pueden identificar de manera simple los siguientes esquemas, tomando en cuenta la financiación y los mecanismos de pago a lo que puede agregarse la regulación de la cobertura es decir los mecanismos de protección financiera. Se hace a continuación una breve descripción de cada uno de ellos sin entrar en el análisis de sus ventajas y desventajas.

1. Modelo voluntario de desembolso directo: es aquel en que sólo participan el proveedor y el usuario. No existe la figura del asegurador y por lo tanto el pago es directo del bolsillo del usuario hacia el proveedor. En este esquema, no existe un mecanismo de cobertura o de protección financiera de las personas.

2. Modelo de seguro voluntario con reintegro: en este caso el usuario elige una aseguradora privada que le da cobertura ante determinadas contingencias de salud a cambio del pago de una prima o prepago. El precio de la prima puede estar regulado pero es frecuente en estos modelos que sea de libre determinación, con precios que varían según el riesgo de salud del asegurado con independencia de su capacidad de pago. La amplitud de esta cobertura en términos de prestaciones suele ser variable según la capacidad de pago de los asegurados. Estos al momento de requerir los servicios recurren a proveedores cuya elección puede ser libre o acotada a una lista explícita definida por el seguro, y pagan de forma directa al proveedor por los servicios de acuerdo a un determinado esquema de pago (por acto, por estancia hospitalaria por ejemplo) con tarifas predefinidas que en general son el resultado de un proceso de negociación entre el seguro y el proveedor. Posteriormente el seguro reembolsa al usuario la totalidad o parte del gasto en que incurrió. En este modelo, la protección financiera de las personas y la amplitud de la cobertura en términos de población cubierta queda supeditada a la elección que realicen los individuos, la que a su vez estará determinada por su capacidad de pago y su nivel de riesgo.

3. Modelo de seguro público con reintegro: en este modelo el o los seguros que dan cobertura a las personas son de carácter obligatorio generalmente relacionados con los mecanismos de seguridad social. Las personas quedan comprendidas en ellos en función de su condición de trabajadores formales y aportan para su financiamiento una proporción de su ingreso, generalmente en conjunto con el empleador. Es frecuente que exista más de un seguro

6 Tobar, F. Reforma de los Sistemas de Salud en América Latina. Fundación Isalud, http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf1/Reforma.pdf

ya que con frecuencia se establecen por ramas de actividad de los trabajadores. La amplitud de la cobertura asistencial a veces está condicionada por la capacidad financiera de cada uno de estos seguros o fondos de enfermedad. Al igual que en el modelo anterior, al momento de consumir servicios los usuarios lo hacen libremente en proveedores de su elección o de manera más acotada en proveedores de una lista predeterminada por el seguro correspondiente. La forma de pago de estos servicios admiten diversas variantes que suponen diferentes incentivos. El seguro reintegra al asegurado el total o parte del gasto en que incurrió. En este esquema, la amplitud de la cobertura en relación a la población está sujeta a la condición laboral del beneficiario y el grado de integración de los fondos destinados a la cobertura sanitaria dependerá de la cantidad de seguros existentes.

4. Modelo de contrato voluntario: el usuario contrata libremente y de manera individual un seguro que le ofrece una cobertura de salud, cuyo alcance en términos de prestaciones depende de su capacidad de pago y de su perfil de riesgo sanitario si no existe una regulación al respecto. La forma de pago del contrato por parte del usuario es mediante una prima o prepago mensual de precio libre asociado a su perfil de riesgo sino está regulado por la autoridad sanitaria. El usuario al momento de requerir los servicios lo hace en aquellos proveedores con los que el seguro mantiene un contrato, y es éste quién paga al proveedor de acuerdo a los mecanismos previamente definidos en ese contrato (por acto, por cápita, por GDR). En estos modelos la amplitud de la cobertura en términos poblacionales es limitada, ya que está sujeta a la capacidad de pago de las personas para acceder al aseguramiento y el nivel de integración de fondos para el financiamiento de la salud de la población depende de la cantidad de seguros en competencia y de la proporción de población alcanzada por los seguros.

5. Modelo de contrato público (obligatorio): en este caso el o los seguros que dan cobertura a las personas son de carácter obligatorio y de propiedad pública. Generalmente se trata de seguros relacionados con los mecanismos de seguridad social y por tanto, las personas que quedan comprendidas en su cobertura lo hacen en función de su condición de trabajadores formales. Estos seguros se financian con aportes de una proporción del ingreso del trabajador, generalmente en conjunto con el empleador y eventualmente del Estado.

No obstante, este modelo también incluye la cobertura financiada con recursos fiscales provenientes de impuestos generales, dando lugar a una especie de seguro de prima cero. En este caso los beneficiarios están definidos bien sea por su bajo nivel de ingresos o por su condición de ciudadanos (como es el caso del modelo universalista visto anteriormente).

Al igual que en el modelo anterior, al momento de consumir servicios los usuarios lo hacen en los proveedores (públicos o privados) determinados por el o los seguros que son con los que mantienen un contrato. El seguro es quién paga al proveedor de acuerdo a los mecanismos previamente definidos en el contrato (por acto, por cápita, por GDR). El modelo supone que la cobertura en términos de población esté sujeta a la condición laboral del beneficiario si el esquema se basa en la seguridad social, o está acotada a la población de menores ingresos o aún puede ser de carácter universal si el esquema de protección alcanza a todos los ciudadanos y se sustenta en recursos fiscales provenientes del sistema impositivo general. Asimismo, el grado de integración de los fondos destinados a la protección sanitaria dependerá de la cantidad de seguros existentes, pudiendo ser elevada en el caso de un único seguro o del modelo de cobertura universal basado en impuestos.

6. Modelo voluntario integrado: se trata de una variante del modelo 4 en el sentido que las personas contratan libremente mediante el pago de una prima o prepago mensual (de precio libre o administrado) un seguro privado con la diferencia que en este caso la organización que administra el seguro tiene integrada a su estructura la función de proveedor. Por tanto, el usuario

sólo podrá utilizar los servicios que le ofrece el asegurador / proveedor. Los mecanismos de pago internos a la organización desde el seguro hacia el proveedor son variados (por cápita, por acto o por salario). En estos modelos la amplitud de la cobertura en términos poblacionales es limitada, ya que está sujeta a la capacidad de pago de las personas para acceder al aseguramiento y el nivel de integración de fondos para el financiamiento de la salud de la población depende de la cantidad de seguros / proveedores en competencia.

7. Modelo público (obligatorio) integrado: es una variante del modelo 5, en el que los seguros son de carácter obligatorio y de propiedad pública. Generalmente se trata de modelos financiados con recursos fiscales provenientes de impuestos, en el que los beneficiarios quedan definidos por su condición de ciudadanos o por alguna otra variable, en general el bajo nivel de ingresos. También pueden existir modelos relacionados con los mecanismos de seguridad social en los que la condición de trabajador formal es la variable que define la inclusión de las personas y sus familias en su cobertura. En estos casos el seguro se financia con el aporte de una proporción del ingreso de los trabajadores, generalmente en conjunto con el empleador y eventualmente del Estado.

La diferencia con el modelo 5 en ambos casos estriba en que el o los seguros integran en su organización a los proveedores y por tanto al momento de consumir servicios los usuarios lo hacen en los servicios del asegurador / proveedor.

3. Objetivos

A partir de lo expuesto en este trabajo se pretende analizar en términos comparativos el sistema de salud del Uruguay a la luz de la realidad de otros países, con el fin de identificar enfoques e instrumentos aplicados en otros contextos, que a la luz de los principios y objetivos del Sistema Nacional Integrado de Salud, resulten potencialmente trasladables a la realidad del Uruguay, particularmente al subsistema financiado por el Seguro Nacional de Salud, con el fin de mejorar su diseño.

Más específicamente se pretende:

Analizar en términos descriptivos la organización del sistema de salud de diversos países en lo referente a su modelo de financiamiento, los esquemas de aseguramiento y cobertura sanitaria de su población y la organización de la oferta de proveedores.

Identificar instrumentos o enfoques comunes y alternativas pasibles de aplicación a la realidad del sistema sanitario del Uruguay en las dimensiones mencionadas.

4. Metodología

El trabajo se basa en la recopilación y análisis de bibliografía relativa a la descripción de los sistemas sanitarios de los países seleccionados y a estudios comparativos de sistemas.

Debe reconocerse que el criterio de selección de los países que se incluyen en el trabajo, como en todos los estudios de este tipo, es algo arbitrario. No obstante, se ha puesto el foco en aquellos cuyos sistemas de salud se sustentan principalmente en modelos de financiamiento y cobertura a través de dispositivos de seguridad social, por tratarse del modelo predominante en el Uruguay.

En este sentido se consideró oportuno incluir países del contexto regional (Chile, Costa Rica

y Colombia) y países de la OCDE, cuya realidad en términos de disponibilidad de recursos en algún caso puede considerarse alejada de la realidad uruguaya pero que tienen un largo trayecto recorrido en la construcción de sus sistemas de salud basados en la seguridad social (Alemania, Francia e Israel).

Este criterio se sustenta además, en la conveniencia de la comparación con países de contextos económicos y culturales similares (casos de los países de la región) y de países de ingresos altos como referencia de eventuales desarrollos futuros.

Se reitera que el análisis de los sistemas de salud de los países seleccionados es meramente descriptivo y no pretende ser un estudio profundo de su funcionamiento y desempeño, por cuanto eso implicaría entrar en la consideración de las complejidades propias de cada sistema.

Dimensiones de análisis a considerar
Se toman en cuenta las siguientes dimensiones:

- Con relación al financiamiento y la cobertura:
  - Mecanismos de protección financiera de la población, alcance de su cobertura e institucionalidad del aseguramiento.
  - Formas de contribución de la sociedad al financiamiento del sistema (contribuciones de las personas a los fondos de financiamiento, pago del bolsillo y aportes del Estado).
  - Grado de integración de los fondos de financiamiento.

- Con relación a la oferta:
  - Modalidad de financiamiento (mecanismos de pago) de los proveedores y existencia de copagos.
  - Formas organizativas de los proveedores, entendiendo por tales sus formas de propiedad y de integración vertical y horizontal, así como la existencia de acuerdos público – privados para la prestación de servicios.

- Alcance de las coberturas en términos de prestaciones incluidas en el o los seguros.

5. Marco de referencia.

Caracterización del sistema de salud en el Uruguay.

El sistema de salud del Uruguay se puede caracterizar como un sistema con una fuerte impronta bismarckiana, con una importante participación de los fondos públicos en su financiamiento, un alto grado de integración de los recursos destinados a la cobertura sanitaria de la población y una oferta de prestadores / aseguradores mixta (pública y privada) en la que se identifican organizaciones de cobertura y atención integral y organizaciones de cobertura y atención acotadas a un conjunto de prestaciones o aún a una única prestación.

Como se verá a continuación, de acuerdo a la taxonomía de sistemas presentada anteriormente, en el caso uruguayo es posible identificar la presencia de casi todos los modelos descriptos aunque con un diferente nivel de importancia.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

Puede decirse que la cobertura del sistema de salud en Uruguay es prácticamente universal

a través de diferentes mecanismos. Si bien existe un proceso de ampliación continua de la cobertura a través del Seguro Nacional de Salud (SNS), este está lejos de ser un fondo único que alcance al universo de la población. Existen varios conjuntos de población que quedan por fuera de la cobertura del SNS que se entiende es el instrumento diseñado a tal efecto.

Quienes quedan comprendidos en el SNS son las personas con trabajo formal, dependiente o independiente, los titulares de empresas unipersonales y los pasivos beneficiarios del régimen previsional general y de los regímenes propios que se han dado los profesionales. A estos, que son los titulares del derecho, se agregan sus hijos menores de 18 años y mayores de esta edad con discapacidad así como sus cónyuges o concubinos, siempre que estén económicamente a cargo del titular. Los beneficiarios titulares con derecho a la cobertura del SNS, están obligados por ley a realizar los aportes para su financiamiento con alícuotas variables según el nivel de ingreso (3% o 4,5%) y alícuotas adicionales según la extensión del derecho a otros beneficiarios (1,5% adicional en caso de tener menores a cargo y 2% adicional por el cónyuge o concubino). Este aporte tiene un tope predefinido, por lo cual el SNS devuelve los excedentes a los beneficiarios que al cabo del año lo hayan superado.

El financiamiento del SNS, es decir la integración del Fondo Nacional de Salud (FONASA) se completa con el aporte del empleador (5% sobre la nómina salarial) y los aportes variables del Gobierno Central destinados a cubrir la brecha entre los ingresos provenientes del trabajador y el empleador y los pagos que se transfieren del FONASA a los prestadores integrales para la cobertura y atención de los asegurados del SNS.

Quedan fuera de la cobertura del SNS, los trabajadores formales que realizan menos de trece jornales por mes, y quienes tienen ingresos inferiores a determinado monto.

Otras personas que no quedan alcanzadas por la cobertura del SNS, tienen sistemas de cobertura propios, cuyos prestadores sin embargo por definición legal forman parte del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), lo que ha dado lugar a una discordancia en el alcance de ambas entidades (los beneficiarios del SNS son un subconjunto de los usuarios del SNIS).

Tales son los casos de:

- Los funcionarios de los gobiernos departamentales (Intendencias y Juntas Departamentales) que mantienen esquemas diversos de cobertura financiados con mecanismos ajenos al SNS. (Si bien la ley prevé su ingreso al SNS, lo hace con un plazo indeterminado).

- Los funcionarios de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior y sus familiares, además de los beneficiarios de sus respectivos sistemas previsionales que funcionan fuera de la órbita del sistema de previsión social general.

- Las personas que mantienen una relación informal con el mercado de trabajo o que teniéndolo perciben ingresos bajos que los inhabilita para quedar comprendidos en SNS.

En el primer caso, el financiamiento responde a esquemas diversos, desde un prepago del bolsillo hasta modalidades de subsidio de parte del organismo empleador, pasando por sistemas de aportes mixtos a cargo del trabajador y el organismo contratante.

En el segundo caso, la cobertura de los beneficiarios se financia con fondos públicos aportados por el Gobierno Central a través del presupuesto nacional. En el caso del sistema de cobertura de los funcionarios del Ministerio de Defensa el financiamiento incluye un aporte de los beneficiarios que es progresional según su nivel de remuneración.

En el último caso, el financiamiento se realiza con fondos públicos provenientes del Gobierno Central a través del presupuesto nacional destinado a la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), que es el prestador integral encargado de su atención.[7]

Las situaciones precedentes dan lugar a eventuales coberturas múltiples ya que puede suceder y de hecho sucede, que beneficiarios de estos sistemas (tanto el trabajador como sus familiares) tengan además derecho de cobertura a través del SNS porque tienen actividad laboral en el sector privado. Adicionalmente, una proporción importante de beneficiarios de los esquemas propios de los Ministerios de Defensa Nacional e Interior, son a la vez usuarios registrados de ASSE.

La prohibición que en este sentido dispone la Ley 18.211 alcanza sólo a los beneficiarios del SNS y no a los usuarios del SNIS ya que no incluye otras coberturas aun cuando se financien con fondos públicos.

En suma, visto en términos evolutivos desde la creación del SNIS se han ido incorporando distintos colectivos a la cobertura del seguro público obligatorio, en un proceso tendiente a su universalización. Sin embargo, aún está lejos de serlo fundamentalmente porque no alcanza al conjunto de personas de menores ingresos o que no tienen relación formal con el mercado de trabajo.

Por último, debe considerarse un conjunto de población de escasa magnitud, que corresponde a aquellas personas de altos ingresos, no vinculados al sistema de previsión social, que contratan de forma directa mediante el pago de su bolsillo la cobertura sanitaria en la modalidad de prepago en las IAMC y sobre todo, en los Seguros Privados Integrales.

Existen pues fondos públicos provenientes de contribuciones a la seguridad social (aportes al FONASA) y del sistema impositivo general (asignaciones presupuestales y complemento del financiamiento del FONASA) y fondos privados por pago directo del bolsillo y a través de esquemas de prepago con aseguradoras privadas (Seguros Privados Integrales e IAMC).

b. Elección de la cobertura.

Como ya se mencionó las personas alcanzadas por el SNS, están obligadas a aportar al FONASA. Esto les da derecho a elegir su cobertura de salud y el uso de servicios en un conjunto de organizaciones, llamadas genéricamente “prestadores integrales”.

En este esquema, los prestadores integrales tanto públicos como privados actúan en su doble condición de aseguradoras y prestadoras. En esta categoría se incluyen la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), - único prestador público que participa de este esquema -, las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y los Seguros Privados Integrales, ambas de carácter privado pero sometidas a regulaciones diferentes.

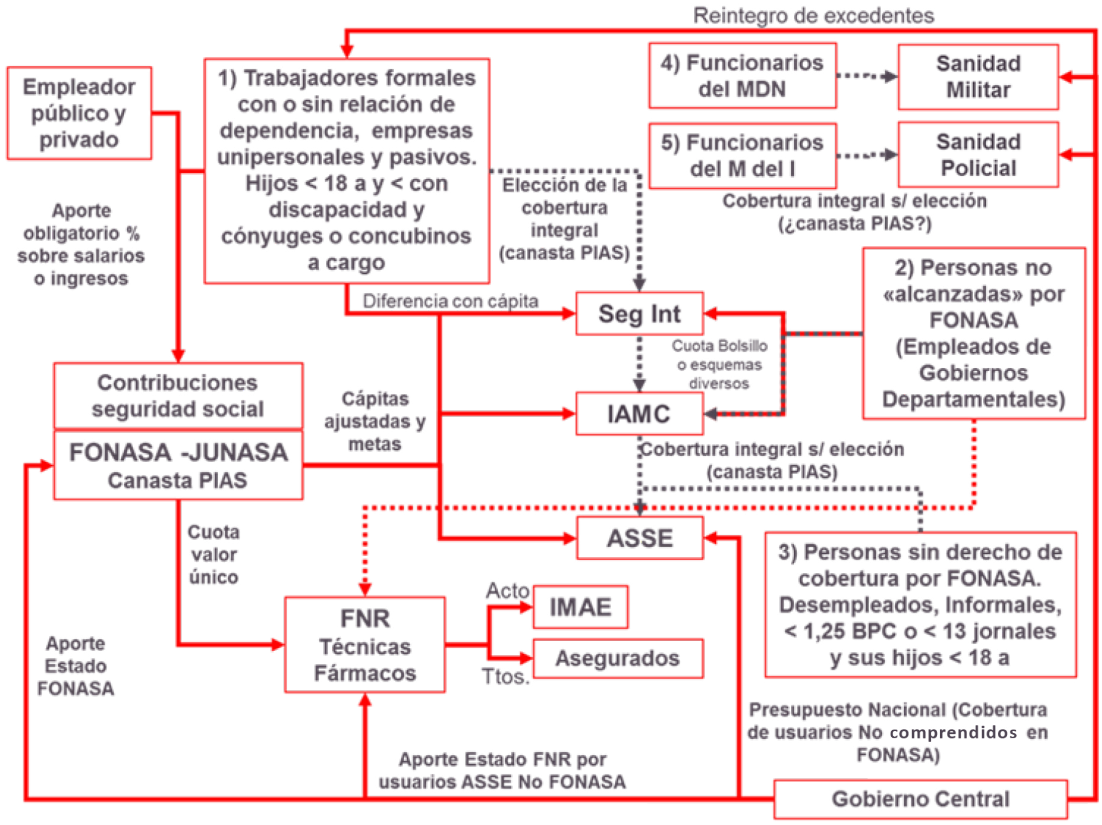
La elección del prestador – asegurador integral por parte del beneficiario del SNS está regulada de manera tal que una sola vez al año, durante el mes de febrero, quienes tengan más de tres años de permanencia en una IAMC pueden migrar a otra IAMC. La normativa vigente permite el pasaje desde una IAMC a un Seguro Privado Integral o a ASSE en cualquier momento, sin que aplique la restricción temporal mencionada anteriormente.

7 Además de fondos presupuestales de las Intendencias departamentales que subsidian servicios en el primer nivel de atención y los destinados al Hospital universitario.

El conjunto de personas con cobertura en los sistemas propios de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior, no pueden renunciar a dicha cobertura para optar por otra. Si desean tener cobertura por ejemplo en una IAMC, y no cuenta ya con ella por el fenómeno ya mencionado de la eventual doble cobertura (lo que es altamente probable en un conjunto no cuantificado de sus beneficiarios), podrá contratarla mediante el pago directo de su bolsillo de la cuota de prepago correspondiente.

Las personas que no reúnen los requisitos para quedar comprendidos en la cobertura del SNS y no son beneficiarios de los sistemas de los Ministerios citados o de los organismos de los gobiernos departamentales, no pueden elegir su cobertura y son usuarios obligados de ASSE.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DEL URUGUAY



c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

Tal como lo afirma Tobar, "cada vez que se establece un conjunto de relaciones recíprocas entre los usuarios, los prestadores y los intermediarios y cierran un circuito o flujo de provisión – financiación de servicios, se puede identificar un sistema de salud. Desde la perspectiva de un país estos sistemas constituyen subsistemas".[8]

Existen entonces, en el Uruguay, varios subsistemas desde el punto de vista del modelo de aseguramiento y la modalidad de cobertura de la población.

8 Tobar, F. "Herramientas para el análisis del sector salud". Pp 4. http://www.saludcolectiva-unr.com.ar/docs/SC-139.pdf

El subsistema predominante pero no universal es el que puede denominarse de manera simple "sistema FONASA".

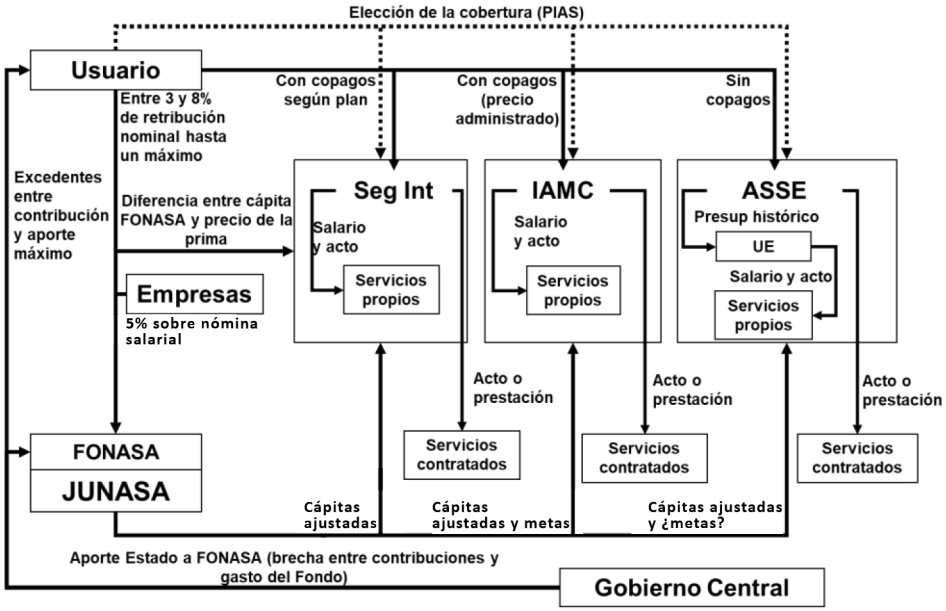
Se trata de un modelo de seguro público obligatorio con contrato de prestadores públicos y privados. Es pues un "mix" de los modelos 5 y 7 vistos anteriormente, con algún ajuste en la medida que los prestadores mantienen su condición de seguro.

En este sistema los beneficiarios aportan a un fondo público administrado por un organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública (MSP), la Junta Nacional de Salud (JUNASA), que contrata a los prestadores – aseguradores integrales la cobertura sanitaria de los asegurados del SNS según la elección que estos hayan realizado. Esta contratación está regulada en general por las disposiciones de la Ley 18.211 y en particular por el contrato de gestión que suscribe la JUNASA con cada prestador integral. En el contrato se establecen, entre otras, las obligaciones asistenciales y administrativas de los prestadores y las condiciones de pago de la JUNASA. En definitiva la JUNASA contrata la cobertura de los beneficiarios del SNS, asumiendo su representación.

Existe en este modelo una suerte de doble contratación. La primera es la que se verifica entre la JUNASA y los prestadores – aseguradores integrales.

El segundo nivel de contratación se observa entre la organización que asume la cobertura del beneficiario del SNS (función aseguradora de los llamados prestadores integrales) y la que brinda las prestaciones (función de proveedor de estas organizaciones). Esta contratación puede ser implícita o explícita según los casos: es evidente en algunos Seguros Privados Integrales que operan como tales en toda su dimensión y contratan todos los servicios de atención para sus asegurados a terceras personas y es escasamente visible en el caso de la mayoría de las IAMC (aunque depende de su grado de integración), en las que la función aseguradora y la prestación de los servicios están integradas en una única organización.

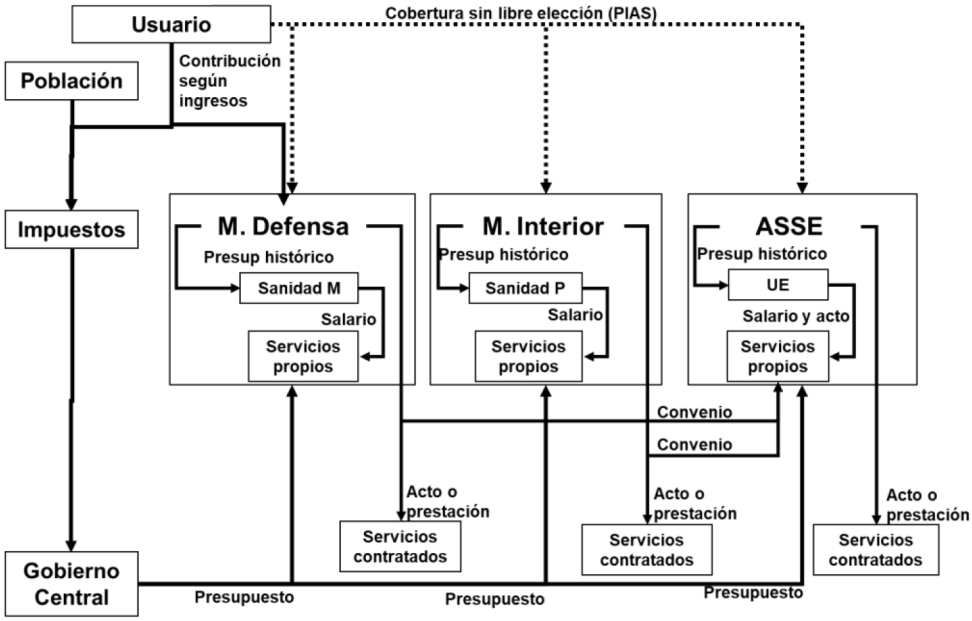
SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO CON DOBLE CONTRATACIÓN.



En el caso de las personas no incluidas en la cobertura del SNS, el subsistema de cobertura y atención médica integral en que quedan comprendidos puede definirse como un modelo de seguro público obligatorio con prestación a través de servicios propios (públicos).

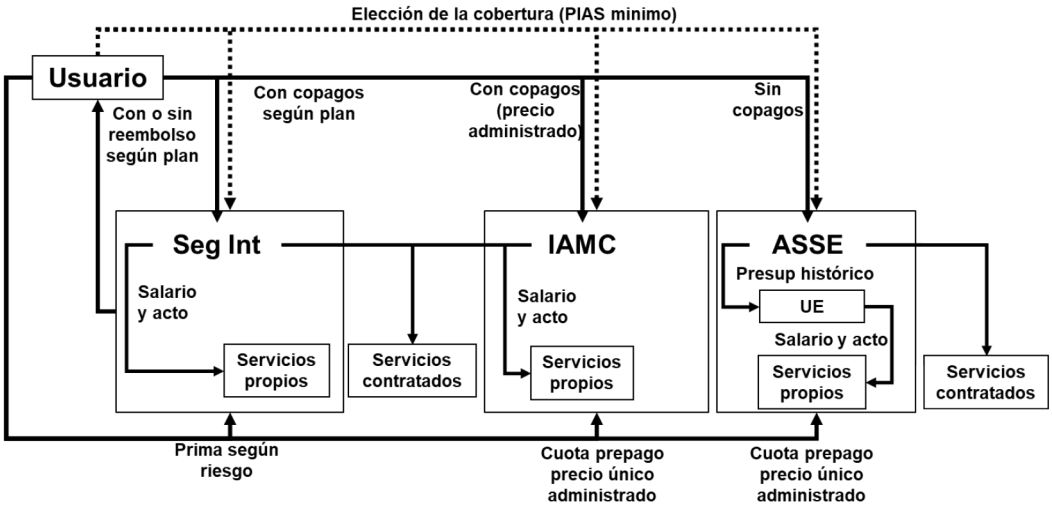
Es un seguro obligatorio en tanto la condición que define a una persona como su beneficiario es irrenunciable (en el caso de los sistemas de los Ministerios de Defensa Nacional e Interior) y no existe la alternativa de la elección de otra cobertura (sobre todo en el caso de los usuarios de ASSE no alcanzados por el SNS). El Estado subsidia la oferta a través de las asignaciones presupuestales. Corresponde el modelo 7 de la taxonomía vista (Modelo público integrado)

SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO CON INTEGRACIÓN DE SERVICIOS.



A los dos subsistemas anteriores se agrega el modelo de seguro voluntario con libre contratación, que corresponde al caso de las personas que pagan de su bolsillo la cobertura asistencial en Seguros Privados Integrales o en una IAMC (modelo de contrato voluntario de la taxonomía ya vista). Incluso ASSE participa de esta modalidad, aunque la cantidad de afiliados en este caso es marginal tanto en términos absolutos como relativos.

SISTEMA DE SEGURO PRIVADO VOLUNTARIO CON INTEGRACIÓN DE SERVICIOS O CONTRATACIÓN.



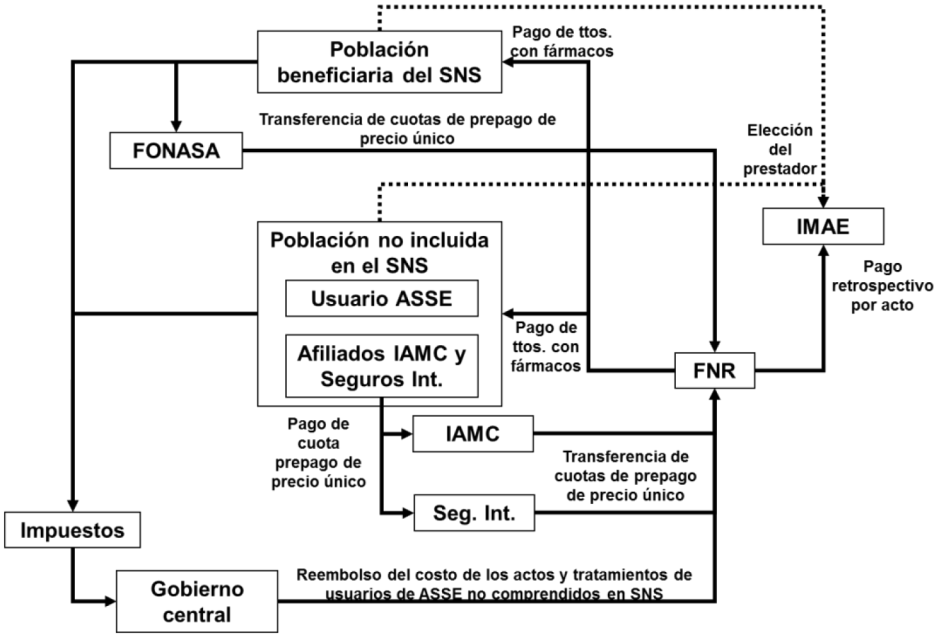
También se reconocen en el sistema uruguayo subsistemas de cobertura parcial dentro de los cuales se destacan el referido a la cobertura de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales y los que concentran su actividad en la atención prehospitalaria de urgencia y emergencia. En el primer caso el alcance de la cobertura del seguro en cuanto a las contingencias de salud y las prestaciones incluidas en ella, así como la definición de los precios, están dentro de las competencias exclusivas del Banco de Seguros del Estado y responde al modelo público integrado.

Por último, no debe perderse de vista que el aseguramiento de las contingencias de salud que requieren prestaciones de medicina altamente especializada configura, por sus características, un subsistema específico que cabalga sobre los señalados anteriormente.

Tal es el caso del seguro destinado a las prestaciones de medicina altamente especializada, que se financia a través del Fondo Nacional de Recursos (FNR). Si bien estas prestaciones están comprendidas en el paquete de servicios que configuran la atención integral y por tanto están cubiertas por el SNS, la cobertura del FNR en términos de población es más amplia que la del SNS. En el caso del FNR, la cobertura es casi universal porque alcanza prácticamente a todos los usuarios del SNIS, mientras que la cobertura del SNS, como ya se vio, aún está lejos de serlo porque alcanza sólo a las personas que cumplen con determinados requisitos.

Esto es lo que hace que el financiamiento de FNR se alimente de fondos provenientes del FONASA, es decir del SNS, en la forma de una cuota de valor único por cada beneficiario comprendido en su cobertura y con fondos provenientes del Gobierno Central destinados a reembolsar el costo de cada una de las prestaciones brindadas a las personas que quedan por fuera de la cobertura del SNS.

SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO CON CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.



Así como existe una dicotomía entre SNIS y SNS, siendo que los beneficiarios de este último son un subconjunto de los primeros, existe también una dicotomía en el financiamiento y la cobertura de las prestaciones que componen el paquete de atención integral (PIAS). Existe un seguro único de alcance cuasi universal para las definidas como de medicina altamente especializada y varios seguros diferentes para la prestación de los restantes servicios incluidos en el PIAS, que constituyen los distintos componentes del SNIS (SNS-FONASA, seguro administrado por ASSE para sus usuarios no comprendidos en el SNS, seguro administrado por los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior para sus propios beneficiarios, seguros voluntarios de prepago a nivel de las IAMC y de los Seguros Privados Integrales).

d. Composición de la atención integral.

Del punto de vista operativo el concepto de atención integral recogido en la ley de creación del SNIS como un principio y a la vez como objetivo del sistema y al que están obligadas todas las instituciones que lo conforman, está explícitamente definido en el denominado Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS).

Este es un catálogo taxativo de prestaciones, intervenciones y servicios que componen la canasta de atención integral, que incluye modalidades de atención, formas organizativas de la misma, especialidades médicas y quirúrgicas y servicios técnicos no médicos que deben estar disponibles, tipo de intervenciones quirúrgicas, procedimientos diagnósticos, terapéuticos y de rehabilitación, medicamentos y modalidades de transporte sanitario.

Los procedimientos e intervenciones enunciados en el PIAS son los que se determinan en la Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª edición de la OMS, los que surgen de los listados elaborados por las sociedades científicas locales y los que quedan dentro de la cobertura del FNR. La diferencia de criterio con que están elaboradas cada una de estas listas hace que

existan algunas redundancias de procedimientos e intervenciones comprendidas en uno y otro listado y que en algunos casos el énfasis esté dado en la situación clínica o patológica a la que está dirigida la intervención y en otros en el procedimiento en sí mismo.

Están expresamente señalados en el PIAS, aquellos procedimientos, intervenciones o tratamientos medicamentosos que quedan comprendidos en la cobertura del FNR.

Es de señalar que no existe un procedimiento por el que se establezca el mecanismo de actualización del PIAS, con criterios de bajas y altas.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

Como ya se mencionó la oferta está constituida por un conjunto amplio de organizaciones que tienen un doble rol como aseguradoras y prestadoras. Estas son de propiedad pública y privada.

Es preciso, en función de lo expuesto anteriormente, discernir entre las que forman parte del SNIS y las que están incluidas en el denominado “sistema FONASA”, si bien existe una superposición entre ambas.

Es así que forman parte del SNIS de acuerdo al artículo 11 de la Ley 18.211 “las personas jurídicas públicas, estatales y no estatales, instituciones de asistencia médica colectiva y seguros privados integrales [en funcionamiento al 19 de diciembre de 2005], que suministran los programas integrales de prestaciones aprobados por el MSP”. Esto quiere decir que quedan comprendidos ASSE, las IAMC, los Seguros Privados Integrales y los sistemas de los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior.

Las organizaciones que forman parte del subsistema financiado por el SNS son las mismas a excepción de los servicios de los referidos Ministerios.

La oferta de prestadores – aseguradores integrales en relación al SNS, está entonces, integrada por un proveedor público, ASSE, que da cobertura por este mecanismo a alrededor de 400.000 personas, un conjunto de 36 IAMC (que cubren alrededor de 2.000.000 de personas) y 6 Seguros Privados Integrales que dan cobertura por este mecanismo a 60.000 individuos (en total alrededor de 72% de la población del país).

La diversa forma jurídica y las distintas regulaciones vigentes para cada una de estas empresas determinan diferencias en sus formas de gestión.

ASSE es un órgano descentralizado dirigido por un Directorio de cinco miembros en el que están representados los trabajadores y los usuarios. Cuenta con una red de servicios de diferente grado de complejidad distribuida en todo el país. Su descentralización opera formalmente con relación al MSP, pero su estructura interna está fuertemente centralizada, dejando un muy escaso margen de autonomía de gestión a sus unidades regionales y a sus unidades ejecutoras. Las normas que regulan a los prestadores que pueden captar beneficiarios del SNS se aplican en el caso de ASSE con un nivel de rigurosidad menor que para las IAMC o directamente con normas específicas. Tales los casos del pago por cumplimiento de metas asistenciales y de las condiciones de captación de beneficiarios del SNS.

Las IAMC, en términos generales, tienen una responsabilidad de cobertura territorial, circunscripta en los hechos al departamento en el que se encuentra su sede principal. Existen 36 instituciones de este tipo, 11 en Montevideo y 25 en el Interior del país. Sus formas jurídicas son disímiles aunque con un fuerte predominio de las Instituciones de Asistencia Médica Privada

de Profesionales, que son una suerte de empresas de propiedad cooperativa de profesionales, específicamente médicos. Quedan sólo 4 sociedades mutualistas, forma original predominante de este tipo de empresas, en las que los propietarios son los asegurados. En todos los casos se trata de instituciones sin fines de lucro.

En ambos casos, ASSE y las IAMC, se verifica una integración de la función aseguradora y prestadora y un grado diverso, pero en general elevado, de integración de servicios de atención.

Por su parte, los Seguros Privados Integrales son empresas privadas con fines de lucro que brindan aseguramiento y prestación integral, que determinan libremente el precio de sus primas y que están alcanzadas parcialmente por las regulaciones del SNIS.

Deben considerarse además los denominados Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE), que son los que realizan los procedimientos financiados por el FNR. Estas organizaciones también presentan diversas figuras jurídicas, tanto en su forma organizativa como en su propiedad. Existen pues IMAE públicos y privados, integrados como servicios de ASSE o de las IAMC (y aún del Hospital Universitario que no forma parte del SNIS) o de forma totalmente independientes.

Cada IMAE está definido por la técnica que realiza. Existen 95 IMAE, de los cuales 27 pertenecen a IAMC de la Capital, 18 a IAMC del Interior, 31 son privados (22 en Montevideo y 9 en el Interior), 4 son de propiedad de Seguros Privados Integrales y 15 son públicos y están integrados a ASSE o al Hospital Universitario.

En cuanto a la forma de financiamiento de la oferta, existen diversos mecanismos en función de la existencia de diferentes subsistemas con características propias.

En el subsistema financiado por el SNS, la forma de pago a las instituciones aseguradoras – prestadoras es mediante una unidad denominada cuota salud. Esta tiene a su vez dos formas organizativas de pago distintas: una capitativa y otra por desempeño. El pago capitativo se discrimina en dieciséis grupos según edad y sexo, con precios diferentes calculados fundamentalmente, a partir de la intensidad de uso de servicios que realiza cada uno de esos grupos. El precio de cada cápita es igual para cada proveedor. El pago por desempeño, constituye un pago variable según el prestador cumpla con determinadas metas asistenciales.

El pago capitativo discriminado por edad y sexo, apunta a contemplar el perfil de riesgo que cada asegurador – prestador asume en función de la distribución de estas dos variables en su población beneficiaria. De alguna manera se intenta modular el riesgo financiero propio del pago capitativo puro, que se traslada desde el SNS a los aseguradores – prestadores. No debe perderse de vista que en términos generales, la contrapartida de las empresas por el pago de las cápitas, más allá de lo que expresamente se establece en los contratos de gestión, es la provisión del conjunto de prestaciones y servicios incluidos en el PIAS. Vale decir que se trata de una unidad de pago que comprende un conjunto amplio de prestaciones de muy diverso costo y muy diferente nivel de utilización por parte de los asegurados.

Esta modalidad de pago refuerza el rol como aseguradoras que tienen las empresas que contratan con el SNS lo que pone de manifiesto su doble condición.

En el caso de las IAMC, existe un sistema de copagos que aplica exclusivamente a la atención ambulatoria cuyo alcance y precios están regulados por el MSP. A nivel de ASSE no existen copagos de especie alguna.

En los otros subsistemas públicos de atención integral el Estado, subsidia la oferta mediante

la transferencia de presupuestos globales determinados centralmente en los que a lo sumo se discriminan los montos destinados a financiar las remuneraciones, los gastos de funcionamiento y las inversiones.

Este mismo modelo es el que aplica ASSE al interior de su organización para financiar a sus unidades encargadas de brindar las prestaciones. Si bien técnicamente puede decirse que no son presupuestos históricos, operan en los hechos como tales. Esto sumado a la escasa autonomía de gestión de los unidades ejecutoras o regionales, suponen un esquema de escasos incentivos a la eficiencia. La ausencia de restricciones presupuestales explícitas, hace que en este modelo el riesgo se transfiera desde las unidades ejecutoras hacia el organismo financiador (ASSE) y de éste hacia el Gobierno Central, que deberá cubrir los déficits que eventualmente se produzcan.

Por último, en el subsistema destinado a la cobertura de medicina altamente especializada, el mecanismo de pago es por acto en el caso de las prestaciones que realizan los IMAE y por paciente en el caso de los fármacos de alto costo. En ambos casos existe un riesgo cierto asumido por el FNR que lo obliga a la introducción de mecanismos de control de resultados, autorizaciones previas y sobre todo a mecanismos de control del precio de los actos.

6. El caso de Chile

El sistema de salud de Chile puede definirse como un sistema financiado a través de fondos públicos y privados e importante participación del gasto del bolsillo. Consecuentemente, existe una discreta integración de los fondos destinados a la cobertura sanitaria de la población. La oferta de servicios se produce a través de proveedores públicos y privados que operan de manera escasamente vinculada entre sí.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

Al igual que en el caso uruguayo, la cobertura del sistema de salud de Chile es prácticamente universal a través de diferentes esquemas que reconocen distintas formas de financiamiento.

En el sistema de salud chileno los trabajadores formales vinculados a los dispositivos de seguridad social así como los jubilados, están obligados a realizar una contribución equivalente al 7% del monto imponible de sus retribuciones para asegurar sus contingencias de salud y las de sus familiares a cargo. En el caso de los jubilados la contribución puede ser menor (5%) o aún nula dependiendo de la edad y de su nivel de retribución.

Sin embargo, el destino de estas contribuciones depende de la elección del beneficiario, pudiendo ir al Fondo Nacional de Salud (FONASA), en el que se integran los recursos que financian el seguro público de salud, o a una de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que son organizaciones que operan como aseguradoras privadas con fines de lucro.

Si bien la contribución es obligatoria el destino de los recursos es formalmente opcional por lo que no se integran en un único fondo sino que lo hacen en múltiples fondos.

La población de escasos recursos o que no tienen un vínculo formal con el mercado de trabajo, queda sujeta a la cobertura del FONASA sin que pueda optar por otra cobertura. Esto implica que el Estado a través de fondos fiscales del gobierno central y de los gobiernos municipales, subsidia su atención mediante la asignación de presupuestos o a través de otras formas de pago a los proveedores públicos en un esquema similar al que se observa en Uruguay para el caso de los usuarios de ASSE que no tienen derecho a la cobertura del SNS.

El seguro público representado por el FONASA da cobertura a alrededor de 78 % de la población. Este colectivo está integrado por trabajadores formales y sus familiares a cargo, pasivos, trabajadores informales, inactivos y personas de escasos recursos. Por cuestiones que luego se verán respecto a las características del aseguramiento privado, el conjunto de trabajadores formales y jubilados incluidos en el FONASA está dado por personas de ingresos medios o medio bajos.

El financiamiento del FONASA se realiza entonces, a partir de las contribuciones de los trabajadores, de los pasivos y de los aportes fiscales. Estos no sólo están destinados a subsidiar la totalidad de la atención de las personas de escasos recursos sino que también tienen por objeto cubrir la brecha entre los aportes obligatorios de los beneficiarios y el costo de su atención en los servicios públicos. Se estima que las contribuciones de los trabajadores y pasivos sólo financian 40% del gasto del FONASA. En este punto existe cierta similitud con lo que sucede en el sistema uruguayo, en el que el Estado transfiere recursos de origen fiscal al FONASA para cubrir la brecha entre sus ingresos por contribuciones de los beneficiarios y el gasto derivado del pago de cápitas a los proveedores.

Los seguros privados administrados por las ISAPRE dan cobertura a 18% de la población. En este caso la población cubierta está dada por trabajadores y eventualmente jubilados y sus familiares a cargo, que están alcanzados por la obligatoriedad de la contribución a la seguridad social. En términos generales se trata de un colectivo de ingresos medio altos o altos.

En el sistema de aseguramiento a través de las ISAPRE, las contribuciones obligatorias de quienes optan por estas instituciones, alcanza sólo una parte de su cobertura. En general el precio de las primas de los planes de salud que ofrecen las ISAPRES supera el monto de los aportes obligatorios que realizan sus beneficiarios, por lo que estos pagan de su bolsillo la diferencia entre el precio de la prima y el aporte. Se estima que en general, esto supone un aporte adicional de 3% sobre la retribución imponible. El esquema se asemeja a la situación de los beneficiarios del SNS que aportan al FONASA en el Uruguay y que optan por asegurar su cobertura en un Seguro Integral, en el sentido que pagan de su bolsillo la diferencia entre el precio de la prima del plan de seguro que contratan y el monto de la cápita que por ellos les transfiere el FONASA. La diferencia, no menor, es que la contribución del trabajador en Uruguay integra el fondo del seguro público y en Chile se vuelca directamente al seguro privado.

La prima del plan de seguro contratado a una ISAPRE se conforma de un componente de libre determinación que varía según riesgo del asegurado, prestaciones incluidas en el plan y libertad de elección del prestador por parte del beneficiario, y un componente de precio único que contempla la provisión de los servicios relacionados con la atención de las patologías incluidas en el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).

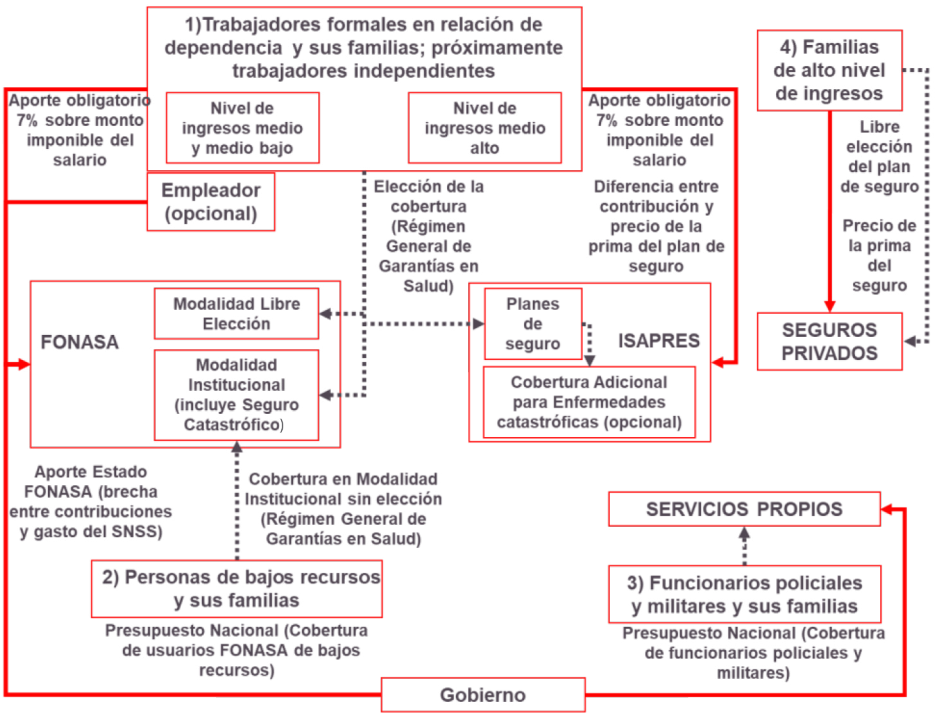
Existe un tercer grupo de personas integrado por el personal militar y policial y sus familias, que representa 3% del total de la población, que cuenta con un sistema de cobertura de salud propio de carácter público, financiado con recursos fiscales. Se trata de un esquema similar en su concepción a la cobertura que brindan los Ministerios de Defensa Nacional y del Interior en el caso de Uruguay.

Por último, las personas de altos ingresos que no quedan incluidas en la categoría obligada a realizar las contribuciones de aseguramiento de la salud, contratan libremente seguros privados de salud.

b. Elección de la cobertura.

Como ya se mencionó quienes mantienen un vínculo formal con el mercado de trabajo y los jubilados realizan los aportes obligatorios a la cobertura de salud y pueden optar por el seguro público o por el sistema de seguros privados de las ISAPRE. Sin embargo, esta posibilidad de elección está condicionada por la capacidad de pago de las familias en la medida que las ISAPRE determinan libremente el precio de sus primas de seguro y que éstas están diferenciadas por riesgo (edad y sexo), por la amplitud del paquete de prestaciones incluido en el plan y por la mayor o menor libertad para elegir el prestador.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE CHILE.



De esta manera, los trabajadores de ingresos medios y medio bajos generalmente “optan” por el seguro público del FONASA y los trabajadores de ingresos medio altos y altos lo hacen por el sistema de ISAPRE.

Quienes optan por el FONASA pueden hacerlo a su vez bajo el modelo de libre elección o en la modalidad institucional. Estas dos alternativas implican condiciones distintas en el uso de los servicios y en el sistema de copagos que deben afrontar al momento de utilizar los servicios (como se verá más adelante).

Es de señalar que las personas de menores recursos no tienen libertad de elección y quedan cubiertas por el seguro público en la modalidad institucional (algo similar a lo que sucede con los usuarios de ASSE no alcanzados por el SNS en el Uruguay).

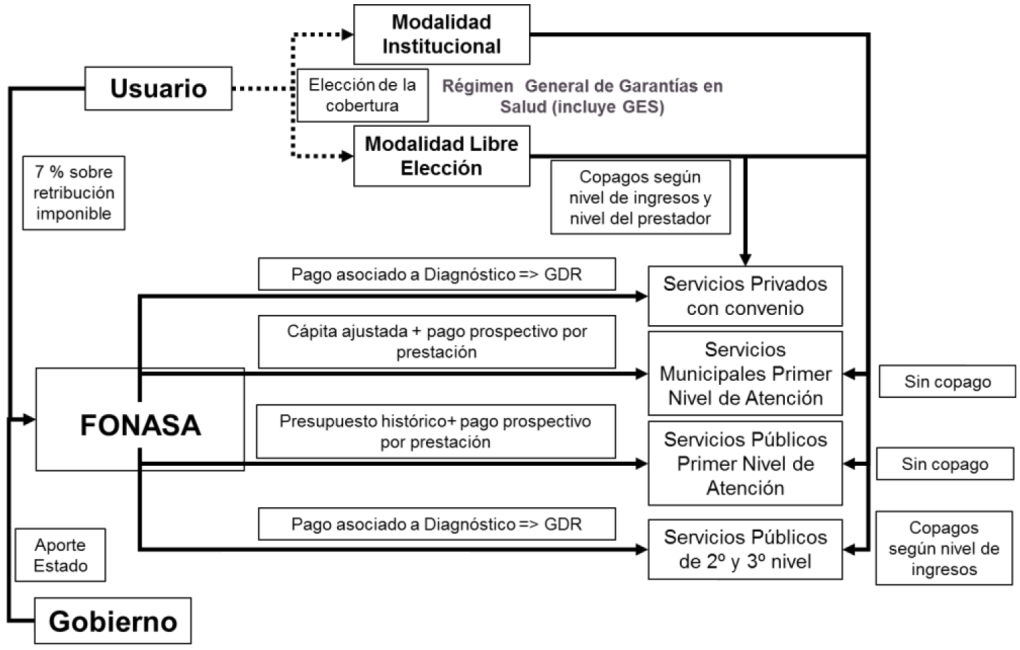
c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

En los hechos entonces, existen dos esquemas principales de aseguramiento y provisión de servicios: un seguro público con integración o contratación de servicios y otro privado también con contratación de servicios (más allá del carácter obligatorio de las contribuciones de sus beneficiarios).

La modalidad de cobertura a la que acceden los beneficiarios del seguro público presenta dos alternativas: de libre elección e institucional. En la primera el beneficiario tiene cierto margen de elección del prestador a la hora de usar los servicios, particularmente de servicios privados que mantienen convenio con el FONASA. En el caso de los beneficiarios de la modalidad institucional (a la que obligadamente quedan adscriptas las personas cuya cobertura por el FONASA está subsidiada con recursos fiscales en virtud de su condición económica), no existe esta alternativa y sólo pueden hacer uso de los servicios públicos.

Las dos modalidades se diferencian además por los esquemas de copagos que deben afrontar en cada caso. En términos generales, los copagos aplican sólo en los servicios de atención en hospitalización y no en la atención ambulatoria, excepto cuando los beneficiarios de la modalidad de libre elección consumen servicios en proveedores privados.

SISTEMA DE SEGURO PÚBLICO CON INTEGRACIÓN O CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.



Los copagos aplican según el nivel de ingreso de los beneficiarios del seguro, para lo cual se los categoriza en cuatro grupos según el siguiente cuadro:

GRUPO	DEFINICIÓN	COPAGO EN LA MODALIDAD INSTITUCIONAL
A	Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales (corresponde a los beneficiarios no alcanzados por la contribución obligatoria).	**0%**
B	Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad.	**0%**
C	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean tres o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B.	**10%**
D	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de dieciocho años de edad y menores de sesenta y cinco años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de dos. Si los beneficiarios que de ellos dependan son tres o más, serán considerados en el Grupo C.	**20%**

Tomado de ISAPRES de Chile. El sistema de salud chileno.
Orígenes, Transformaciones y Desafíos.

Los beneficiarios FONASA de los grupos B, C y D pueden optar por la modalidad de libre elección y en ese caso deberán afrontar copagos más elevados que según la categoría del prestador privado que elijan se ubica entre 40 y 50% en los servicios ambulatorios y entre 80 y 90 % en servicios de hospitalización.

Los copagos están definidos como un porcentaje del arancel definido por el FONASA para cada prestación lo que sumado al sistema de copagos de los seguros privados, explica en parte el alto peso relativo del gasto del bolsillo en el sistema de Chile.

En el caso del sistema de aseguramiento privado, los beneficiarios contratan de manera voluntaria y de acuerdo a su capacidad de pago un determinado plan de seguro cuyo alcance en término de prestaciones no puede ser nunca menor a lo que se establece como Régimen General de Garantías en Salud, lo que incluye el conjunto de Garantías Explícitas en Salud (GES) contenidas en el plan AUGE.

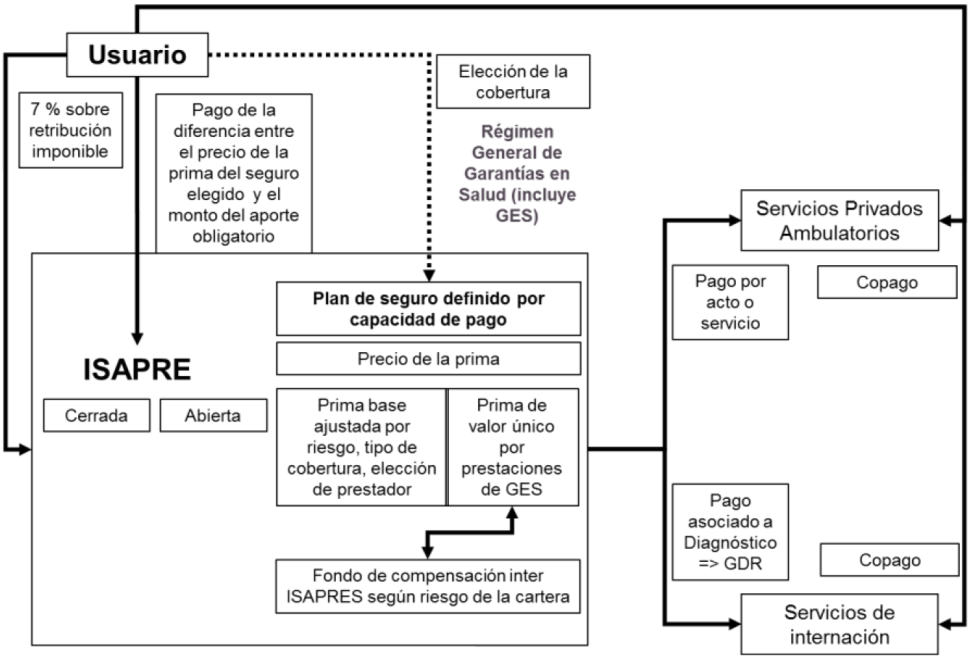
Como ya se mencionó, la prima del seguro administrado por las ISAPRES tiene dos componentes, uno de los cuales tiene un precio único (tarifa plana) no discriminado por el riesgo del asegurado, que corresponde a la cobertura de los servicios relacionados con las patologías y situaciones clínicas comprendidas en las GES. En este sentido, a efectos de contemplar las eventuales diferencias de riesgo de la cartera de asegurados entre las distintas ISAPRE, existe un fondo de compensación administrado por la Superintendencia de Salud que realiza las transferencias que resulten necesarias entre ISAPRES para compensar esas diferencias.

No obstante, las ISAPRES están habilitadas a fijar el precio de la prima y a establecer exclusiones de la cobertura en el caso de patologías o condiciones pre existentes al momento de

la contratación del seguro.
Los distintos planes de seguro de las ISAPRE en general prevén copagos tanto en atención ambulatoria como en internación. Estos se definen como un porcentaje del arancel de cada prestación utilizada que varía según el plan de seguro contratado.

El seguro público FONASA incluye un seguro catastrófico para el caso de sus beneficiarios en modalidad institucional, en tanto las ISAPRES ofrecen una alternativa de este tipo mediante la ampliación de la cobertura a cambio de una cotización adicional.

SISTEMA DE SEGURO PRIVADO VOLUNTARIO CON CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.



d. Composición de la atención integral.

El concepto de atención integral se deriva de lo que constituye el llamado Régimen General de Garantías en Salud que comprende un conjunto de prestaciones preventivas y asistenciales relativas a una lista de enfermedades o condiciones definidas por el Ministerio de Salud a lo que se suman las GES para un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud.[9]

Las GES abarcaban en el año 2015, ochenta condiciones clínicas o patologías definidas y priorizadas por su relevancia en términos de carga de enfermedad. Las garantías explícitas refieren a la oportunidad, el acceso y la calidad de la atención, de acuerdo a normas definidas por el Ministerio de Salud, y a la protección financiera que debe brindarse en todos los casos, a

9 También incluye subsidio por incapacidad laboral y subsidio de maternidad y otros beneficios del Código del Trabajo para las trabajadoras, ya que el seguro de salud en Chile abarca otras cuestiones relativas a la seguridad social.

las personas que se vean afectadas por esas patologías. Esta es la razón por la cual las ISAPRE están obligadas a incluir en sus planes de seguro la atención de las condiciones de salud contenidas en las GES.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

El sistema de proveedores del seguro público FONASA está conformado por el conjunto de servicios municipales de primer nivel de atención y los servicios que integran la Red de Servicios de Salud dependientes del Ministerio de Salud. A estos se agregan los servicios privados que mantienen convenio con el FONASA.

El sistema de seguro público del FONASA compra las prestaciones a proveedores públicos y privados. Los proveedores se categorizan por nivel de complejidad.

Los servicios públicos relacionados con el primer nivel de atención corresponden en general a servicios municipales que se financian mediante fondos presupuestales de carácter histórico y mediante el pago capitativo desde el FONASA. El precio de la cápita es definido por el Ministerio de Salud e incluye un conjunto de servicios agrupados en el denominado Plan de Salud Familiar. El precio base de la cápita se ajusta para cada municipio o comuna según la incidencia de hogares en situación de pobreza, variables relativas a la ubicación del servicio (ruralidad) y el peso de los mayores de 65 años en la zona cubierta por el centro de salud.

Para el caso de los servicios públicos del primer nivel de atención del sistema de servicios del Ministerio de Salud el pago se realiza por presupuestos históricos ajustados con un pago prospectivo por determinadas prestaciones.

En los servicios públicos que brindan prestaciones de segundo y tercer niveles de complejidad que integran la red del Ministerio de Salud, los mecanismos de pago del FONASA han ido migrando a lo largo de los años desde la transferencia de presupuestos históricos a modelos de pago asociados a diagnósticos y últimamente al pago por Grupos de Diagnóstico Relacionados (GDR).

Esta última es la modalidad aplicada actualmente por el FONASA para el caso de los prestadores privados que mantienen convenio de prestación de servicios con el seguro público (anteriormente el pago era por prestación).

Por su parte las ISAPRE contratan prestadores privados con los que tradicionalmente han establecido una modalidad de pago retrospectiva por acto o prestación, sobre todo en los servicios de atención ambulatoria. Para el caso de los prestadores de servicios de mayor complejidad con internación, también las ISAPRE han comenzado un proceso de pago prospectivo por GDR.

7. El sistema de salud en Costa Rica

El sistema de salud costarricense es clásicamente un sistema bismarckiano. Se trata pues de un modelo financiado por fondos públicos provenientes mayoritariamente de contribuciones a la seguridad social y recursos fiscales aportados por el Gobierno Central que se integran en un fondo único administrado por el órgano de previsión social. El modelo se completa con la provisión de servicios a cargo de prestadores públicos integrados al seguro público. Este sistema brinda una cobertura prácticamente universal, aunque quedan todavía por fuera algunos sectores de la sociedad más vulnerables. En los últimos años ha habido un cierto desarrollo de esquemas de aseguramiento privado.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

El sistema de salud de Costa Rica tiende a la cobertura universal de su población a través del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM) administrado por el órgano de previsión social, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), que es un organismo con estatus de ente autónomo.

Los trabajadores formales, realizan aportes al SEM de la CCSS, por un monto equivalente a 5.5% de sus ingresos. El Estado complementa estas contribuciones con un aporte por beneficiario equivalente a 0.25% de su retribución y los empleadores contribuyen al seguro con 9.25% de la nómina salarial de sus empleados. Este mecanismo asegura la cobertura de los cotizantes y de sus familiares a cargo (cónyuges, padres e hijos menores de 18 años o de 25 si se trata de estudiantes).

Los jubilados también están comprendidos en la cobertura de este seguro. Por ello están obligados a aportar 5% de sus ingresos de pensión, mientras que las administradoras de los fondos jubilatorios lo hacen en 8.75% del monto de las pensiones y el Estado lo hace con 0.25%. Los jubilados incluidos en la cobertura extienden este beneficio a los familiares a su cargo.

Para el caso de los trabajadores independientes vinculados a la seguridad social y de aquellos trabajadores informales que deseen voluntariamente incorporarse al seguro, así como quienes acceden a éste a través de convenios especiales de carácter colectivo, se define una tasa de aporte de 4%, 6%, 7%, 9% o 12% del ingreso declarado, según franjas de ingreso definidas con relación al salario mínimo. En cada caso el Gobierno complementa el aporte del beneficiario registrado hasta alcanzar un máximo de 12% del ingreso declarado, esto es 8%, 6%, 5%, 3% o 0%. También en este caso los cotizantes extienden el beneficio del seguro a los familiares a su cargo.

Un cuarto grupo de personas, que corresponde al conjunto de individuos en situación de pobreza, es integrado al seguro público mediante un subsidio estatal que el Gobierno vuelca a la CCSS a través del Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (FODESAF). Desde el punto de vista normativo está previsto que el Gobierno Central realice estas contribuciones como un aporte por individuo cubierto definido a partir de la contribución media de los cotizantes al seguro. Sin embargo la carencia de registros fidedignos de los beneficiarios del subsidio estatal hace que esta modalidad “capitada” de contribución no se haya podido implementar de manera acabada y que en su lugar se realicen estimaciones y el Estado aporte un monto global por la cobertura de esta población.

En los últimos años se ha desarrollado una oferta de seguros privados a los que se adscriben voluntariamente las personas de mejores ingresos pero se estima que esta cobertura es marginal.

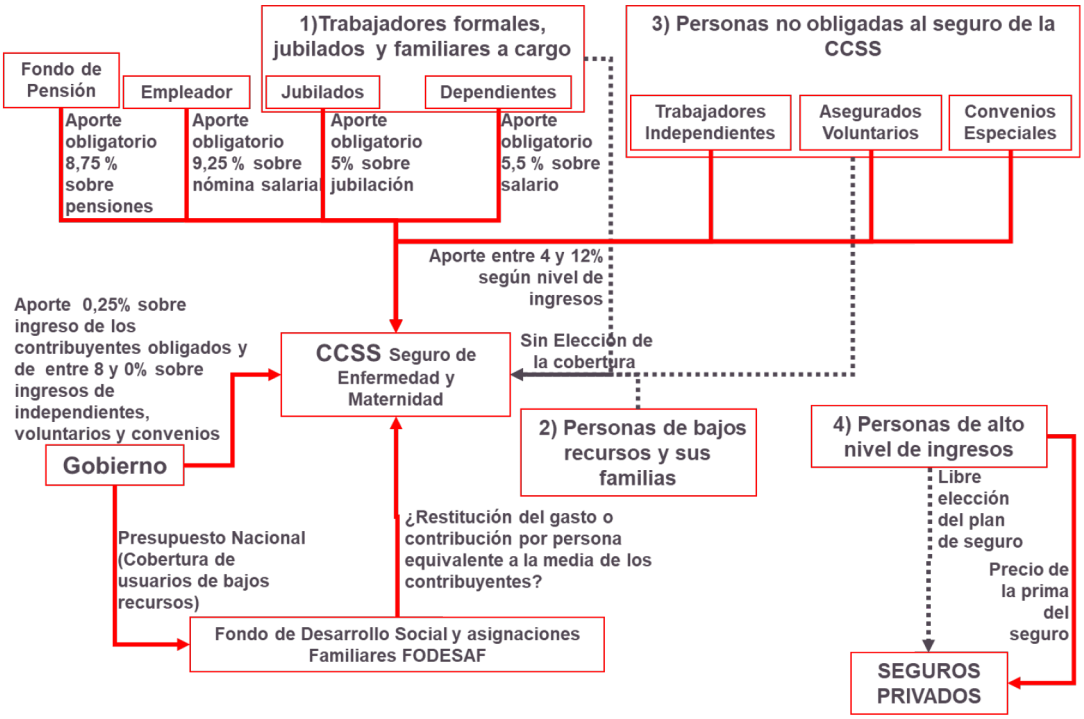
Se estima que 88% de la población está cubierta por el seguro público de la Caja. Los trabajadores asalariados y sus beneficiarios representan 50% del total de la población, mientras que los cuentapropistas y sus beneficiarios alcanzan 15%. Los jubilados y sus dependientes constituyen 9% y quienes están a cargo del Estado son 14% del total de la población. Existe 12% de la población por fuera del seguro público.

De lo expuesto surge que el Estado aporta recursos al seguro público por su condición de empleador, como contribuyente de la cobertura de los empleados asalariados de ambos sectores (público y privado), como contribuyente complementario del aporte de los trabajadores independientes, como cotizante por su condición de administrador de fondos de pensión y como subsidiario de la cobertura de las personas sin recursos.

b. Elección de la cobertura.

Dado el carácter prácticamente universal de la cobertura sanitaria a través de un seguro público de afiliación obligatoria, la capacidad de elección de la entidad aseguradora es mínima y queda circunscrita a aquellos que por capacidad económica pueden elegir una aseguradora privada. El caso de los asegurados voluntarios al SEM de la CCSS representa una situación en la que en apariencia existe tal libertad de opción, pero que en los hechos no es tal ya que la adscripción es voluntaria sólo porque por las condiciones laborales de la persona hace que no quede alcanzado por la obligatoriedad del seguro público.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE COSTA RICA.



En el punto de consumo de servicios, el sistema está organizado de manera tal que la libertad de elección del proveedor también está acotada ya que existe un mecanismo de georeferenciación de las personas dentro de su correspondiente Área de Salud y dentro de ella del servicio que le corresponde.

c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

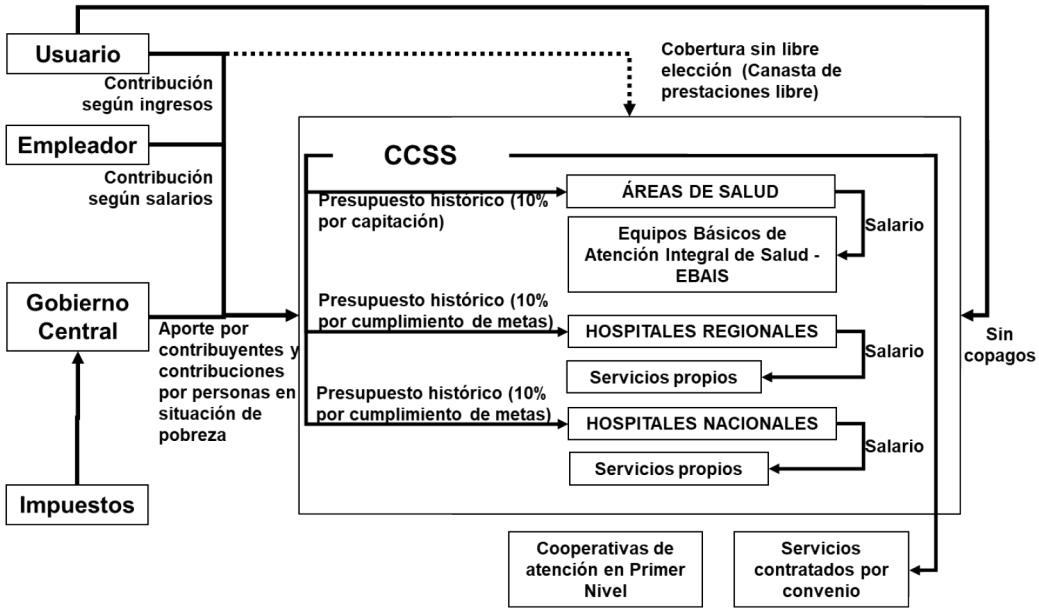
En el caso de Costa Rica existe prácticamente un único sistema de aseguramiento y provisión de servicios, dada la escasa importancia del modelo de seguro voluntario de carácter privado. No obstante puede identificarse otro subsistema relativamente importante que es el que se organiza en torno a la cobertura de las contingencias de salud ocupacional y de circunstancias derivadas de los accidentes de tránsito.

El modelo del seguro público administrado por la CCSS es clásicamente el de un seguro

obligatorio con integración de servicios. La CCSS no sólo asegura la cobertura de la población sino que también provee los servicios de atención en todos los niveles de complejidad. Existen algunos proveedores ajenos a la CCSS con los que ésta mantiene convenio para la atención de sus asegurados. Tal es el caso de una Universidad pública y de un conjunto de cooperativas que operan en el primer nivel de atención.

El sistema de seguro de accidentes laborales y de tránsito que hasta el año 2011 era monopolio del Instituto Nacional de Seguros (INS) y que en la actualidad ofrecen también aseguradoras privadas, funciona de manera independiente de la cobertura que ofrece el SEM de la CCSS. Es el INS o las aseguradoras privadas las que definen el precio de la prima de estos seguros. A su vez, los proveedores de este subsistema pueden ser de carácter privado o público ya que no es infrecuente que el INS contrate servicios hospitalarios a la CCSS.

SISTEMA DE SEGURO OBLIGATORIO CON INTEGRACIÓN DE SERVICIOS



d. Composición de la atención integral.

En principio la cobertura de atención en términos de prestaciones es abierta, es decir no existe ni un listado positivo de aquellos servicios, intervenciones y tecnologías sanitarias que quedan incluidas en la cobertura del seguro de la CCSS (equivalente al PIAS del Uruguay), ni una lista de aquellas que no están comprendidas, si bien se ha hecho hincapié en algunos informes en los últimos años en la necesidad de definir el alcance de la canasta de prestaciones del seguro.

Con relación a los medicamentos, estos están incluidos en la cobertura y en este caso existe una lista positiva de fármacos que los prestadores están obligados a proveer.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

La oferta es mayoritariamente pública y corresponde básicamente a servicios propios de la CCSS.

La organización de los servicios responde a criterios geográficos y por nivel de complejidad. La atención se organiza por áreas de salud dentro de las cuáles la población queda adscripta a determinados servicios. Los Equipos Básicos de Atención Integral de Salud (EBAIS) representan el dispositivo principal de atención en el primer nivel. Estos están conformados como mínimo, por médico general, licenciado en enfermería y auxiliar de atención primaria. A su vez, los EBAIS pueden funcionar dentro de una Cooperativa que contrata con la CCSS. En el siguiente escalón de complejidad se ubican las clínicas, los hospitales regionales y finalmente los hospitales nacionales y especializados.

La CCSS financia sus propios servicios en base a presupuestos históricos que se definen centralmente, que se asignan a las Áreas de Salud para el financiamiento del primer nivel de atención, y a las clínicas y hospitales en los siguientes niveles. Estos presupuestos incluyen hasta un 10 % de fondos variables que en el caso de los hospitales están sujetos al cumplimiento de metas definidas en los compromisos de gestión que el nivel central de la Caja establece con ellos y que en el caso de las Áreas de Salud corresponden a un pago capitativo en función de las personas inscriptas en sus servicios de primer nivel.

Al interior de los servicios la forma de pago es por salario tanto en el primer nivel de atención como en los hospitales.

No obstante, la Caja sigue definiendo centralmente los presupuestos sin que opere en los hechos el incentivo del cumplimiento de metas ni el pago capitado.

8. El sistema de salud en Colombia

El sistema de salud colombiano responde a un modelo basado en la seguridad social en el que la población con capacidad de pago está obligada a realizar contribuciones a un fondo público a través de aseguradoras de su elección, y el Estado subsidia la cobertura de la población sin capacidad contributiva mediante aportes provenientes de recursos fiscales que se vuelcan al mencionado fondo.

El modelo se completa con esquemas propios de cobertura y provisión de servicios de un conjunto de funcionarios públicos y con seguros privados a los que adhiere voluntariamente la población de mayores recursos con independencia de su contribución al régimen general.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

El esquema de cobertura a través de la seguridad social representa el subsistema más relevante del sistema de salud de Colombia. Sin embargo, dadas las características de la cobertura de la población a través de este mecanismo es posible hablar de dos subsistemas diferentes según la capacidad de pago de sus beneficiarios.

Los trabajadores asalariados e independientes, y los jubilados, están alcanzados por la cobertura sanitaria de la seguridad social (que incluye a sus familiares a cargo), y por ende están obligados a realizar las contribuciones correspondientes al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA)[10] en el que se integran los recursos destinados a estos fines.

10 El FOSYGA no tiene personería jurídica. Es una cuenta adscripta al Ministerio de Salud y Protección Social, administrada por un tercero (fiduciario) al que se le adjudica tal cometido mediante licitación. Adicionalmente la administración del FOSYGA admite la aplicación de fondos en inversiones, lo que hace que su estructura de ingresos incluya los rendimientos financieros de estas colocaciones.

Los aportes se determinan en porcentajes de un indicador denominado Ingreso Base de Cotización (IBC). Para el caso de los trabajadores dependientes y los jubilados, el IBC se corresponde con el salario devengado. Para el caso de los trabajadores independientes, el IBC corresponde a 40% del monto facturado o declarado.

Los trabajadores asalariados aportan 4% de sus ingresos, los jubilados lo hacen en 12% de su pensión y los trabajadores independientes que prestan servicios por facturación, aportan 12,5% sobre el 40% de lo facturado o sobre el total de lo declarado ya que en ningún caso el monto del aporte puede ser menor al equivalente a 12.5% de un salario mínimo.

En el caso de los trabajadores en relación de dependencia, los empleadores (públicos y privados) por norma general contribuyen con 8.5% de la nómina salarial. Sin embargo existen empresas que reúnen determinadas características, que están exoneradas de esta contribución directa y lo hacen a través del pago del "impuesto sobre la renta para la equidad". En estos casos el Gobierno transfiere al FOSYGA algo más de la mitad del impuesto a la renta pagado por estas empresas. Esta modalidad implica un cambio en la lógica bismarckiana del sistema ya que introduce un elemento de financiamiento a través del régimen impositivo general.

En realidad el aporte al FOSYGA se realiza a través de las Empresas Promotoras de Salud (EPS) que son las que se encargan de cobrar las contribuciones de los beneficiarios que las eligen como su aseguradora. Las EPS a su vez compran las prestaciones asistenciales para sus asegurados a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Este régimen, llamado contributivo, da cobertura a alrededor de 44.5% de la población.

La población carente de capacidad de pago es subsidiada en su totalidad por el Estado que transfiere al FOSYGA un monto específicamente determinado por ley. Se denomina a esta modalidad régimen subsidiado y en la actualidad queda comprendida en su cobertura 48,1% de la población.

Por su parte, los funcionarios policiales, militares, del ente petrolero estatal, de las universidades públicas y de magisterio, mantienen regímenes especiales de cobertura (que incluyen a sus familiares a cargo), financiados con recursos presupuestales del Gobierno y con cotizaciones de los funcionarios y del Estado como empleador. Las personas cubiertas por estos sistemas especiales representan 5% de la población. Las alícuotas de aporte al seguro específico de cada uno de estos colectivos son iguales que para el régimen contributivo, esto es, 4% del salario del funcionario y 12,5% a cargo del empleador. Los fondos de estos regímenes especiales transfieren el 1.5% del aporte total al FOSYGA.

Aquellos de estos funcionarios que tienen otro empleo o actividad por la que son remunerados aportan al FOSYGA en los mismos términos que los cotizantes del régimen contributivo por el monto de esa remuneración, sin que pierdan el derecho de cobertura en el régimen especial.

Las familias de mayor nivel de ingresos pueden optar por la cobertura de salud a través de aseguradoras privadas para lo cual pagan una prima de precio variable. Si se trata de personas alcanzadas por la obligatoriedad del aporte a FOSYGA, la elección de un seguro privado no los exonera de la contribución al fondo de la seguridad social.

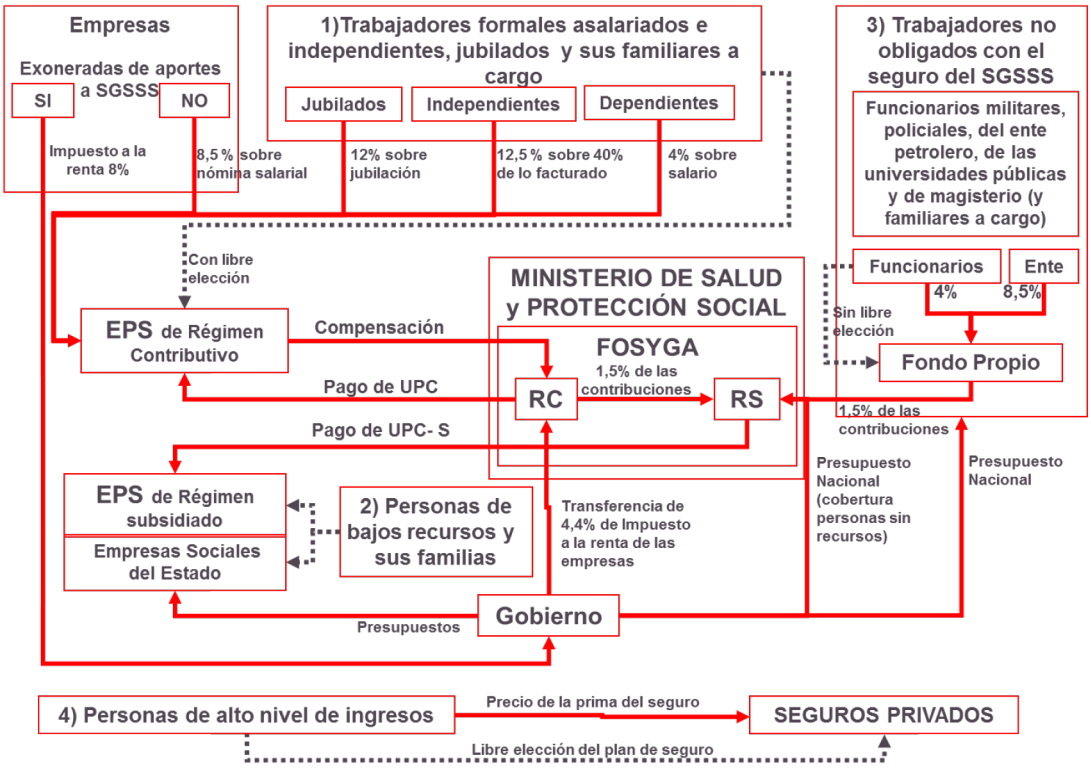
b. Elección de la cobertura.

De lo señalado precedentemente, surge con claridad que las personas incluidas en el régimen contributivo de la seguridad social pueden elegir su cobertura entre la oferta constituida por las

EPS que califican para este régimen, mientras que los que quedan dentro del régimen subsidiado pueden hacerlo en las EPS propias de este régimen y en las empresas sociales del Estado.[11]

Los funcionarios con regímenes especiales de cobertura carecen de elección ya que por su condición de tales quedan comprendidos en el modelo que les corresponde.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE COLOMBIA.



c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

Si bien el sistema está basado en gran medida en un fondo público único (FOSYGA), este funciona como si se tratara de varios fondos diferentes según la procedencia de los recursos que lo financian. De hecho existen cuentas separadas e independientes dentro del FOSYGA, según se trate de la integración de las contribuciones que dan cobertura a los trabajadores asalariados e independientes, a los jubilados, y a sus familiares a cargo, o de los fondos del Estado destinados al subsidio de la cobertura de las familias sin capacidad de pago. Existe además, un subsidio cruzado equivalente al 1,5% de los aportes de las personas incluidas en el régimen contributivo y de los que pertenecen a los regímenes especiales que se transfiere a la cuenta que financia la atención de las personas del régimen subsidiado.

11 Las EPS también dan servicios previsionales (pago de licencias maternales y por incapacidad).

De esta manera el nivel de integración de los recursos para el financiamiento del sistema no es tal, más allá de que las contribuciones se destinen a un mismo fondo, ya que su administración se realiza de manera independiente a partir de cuentas separadas.

En términos generales las dos modalidades de aseguramiento (contributivo y subsidiado) son iguales en su diseño. Se trata de un modelo de seguro público con doble contratación similar al que se verifica a través del FONASA en el Uruguay, ya que el financiamiento corresponde al fondo público pero la responsabilidad por la cobertura y la provisión de los servicios está a cargo de las EP (lo que corresponde en Uruguay a la función aseguradora de las IAMC o a los Seguros Integrales que contratan con el FONASA).

La diferencia principal con el caso uruguayo y entre ambos regímenes radica en el flujo de los recursos. En Colombia en el régimen contributivo, las contribuciones al seguro se realizan directamente a la EPS elegida por el beneficiario, mientras que en el régimen subsidiado van directamente a la cuenta correspondiente en el FOSYGA.

Sin embargo, el financiamiento de las EPS se verifica a través de un mecanismo de compensación que realiza el administrador del FOSYGA de manera tal que las EPS cuenten con un financiamiento relacionado con la cantidad de asegurados y su perfil de riesgo, y no dependa del nivel de ingresos de estos últimos. En tanto todas las EPS están obligadas a asegurar el mismo paquete de prestaciones a sus afiliados de no mediar el mecanismo de compensación podría suceder que las EPS que captan las personas con mejores retribuciones contarían con más recursos por asegurado.

Por ello existe un sistema mediante el cual las EPS están obligadas a informar al FOSYGA entre otros, los datos relativos a la cartera de asegurados, los ingresos por copagos y cuotas moderadoras, los costos por la provisión de servicios y los gastos de administración.

A partir de esta información, de los cambios que se hubieran producido en la composición del Plan de Beneficios en Salud, de la definición de un margen de utilidad y de los riesgos esperados para las EPS, y en función de la disponibilidad de recursos asociada a la magnitud del fondo del régimen contributivo, el FOSYGA define anualmente el precio de la Unidad de Pago por Capitación (UPC).

La UPC es la unidad de pago con la que se financian las EPS. La UPC se ajusta por edad, sexo y localización geográfica. El ajuste por edad se hace para doce grupos y el ajuste por localización geográfica consta de un incremento porcentual aplicable a la cápita de cada grupo para determinadas regiones del país. Se destaca que para los grupos menores de 15 años no existen variaciones en el precio de la UPC según sexo.[12]

De esta forma, el FOSYGA compensa a las EPS que recaudan por contribuciones un monto menor al que le correspondería de acuerdo al precio de la UPC para cada grupo de riesgo y según la cantidad de asegurados de cada uno de ellos, o recibe de las EPS la diferencia si se verifica la situación contraria.

Adicionalmente, existe un ajuste anual de compensación entre las EPS, - que se realiza desde el FOSYGA -, en función de la cantidad de pacientes comprendidos en la cobertura de cada una de ellas, portadores de determinadas patologías de alto costo de tratamiento.

12 Los grupos de edad utilizados son: menores de 1 año; 1 a 4; 5 a 14; 15 a 18; 19 a 44; 45 a 49; 50 a 54; 55 a 59; 60 a 64; 65 a 69; 70 a 74: 75 y más años.

En el caso del régimen subsidiado, en tanto el beneficiario no realiza aportes, el flujo de recursos sólo se da desde el FOSYGA hacia las EPS. Debe tenerse presente que las EPS de este régimen (EPS – S) no son necesariamente las mismas que las EPS del régimen contributivo sino que son instituciones, alguna de ellas públicas, otras privadas de carácter cooperativo, que focalizan su cobertura en los beneficiarios del régimen subsidiado. De igual manera, la Unidad de Pago por Capitación con que se financian (UPC – S) es específica de esta modalidad y tiene un precio definido por el FOSYGA de acuerdo a la disponibilidad del fondo propio de este régimen y de la cantidad de personas relevadas e inscriptas en esta modalidad en cada EPS – S. Por estas razones y porque el paquete de prestaciones que queda incluido en la unidad de pago fue diferente históricamente, al del sistema contributivo, el precio de la UPC –S es distinto al de la UPC del régimen contributivo. No obstante, la UPC – S también reconoce ajustes por edad y sexo según los mismos grupos que en la UPC –C.

En la medida que se ha unificado la canasta de prestaciones incluida en la cobertura de ambos regímenes, la tendencia es también a la unificación de la unidad de pago.

En ambos sistemas las EPS contratan proveedores privados denominados Instituciones Proveedoras de Servicios (IPS), pero también en este punto las IPS son distintas según contraten con EPS de uno u otro sistema.

Existen casos de EPS que han integrado a su organización los servicios prestacionales en un modelo similar al de las IAMC del Uruguay. Sin embargo, esta modalidad de integración no está permitida para nuevos casos.

El FOSYGA además tiene otros fondos de cobertura específicos, como la cuenta destinada al financiamiento de la atención de eventos catastróficos (no de carácter médico sino naturales) y de accidentes de trabajo, y la cuenta de garantías de salud.

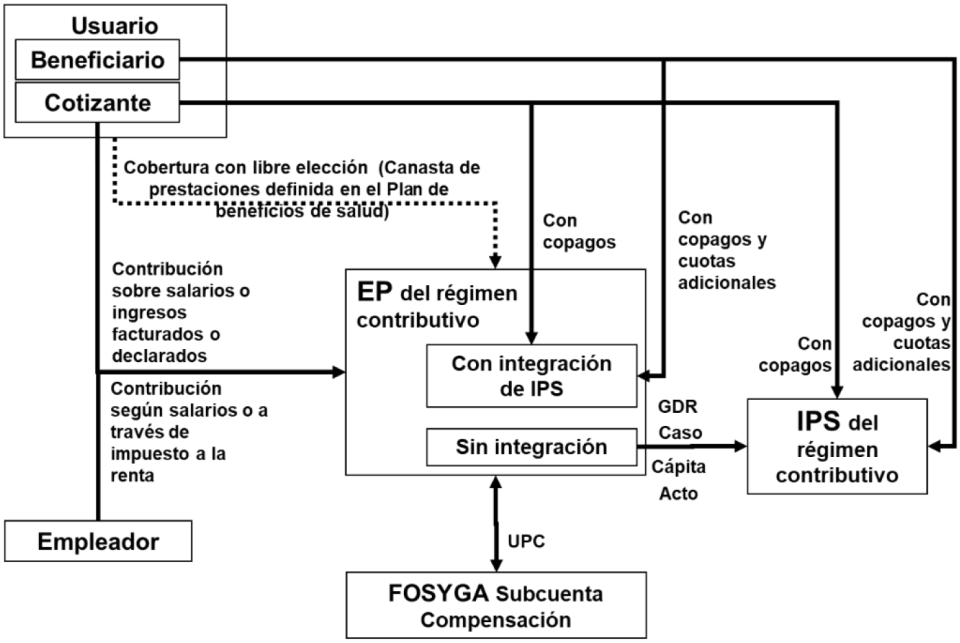
La cobertura de las contingencias derivadas de los accidentes de tránsito, se realiza a través de aseguradoras que venden dicha cobertura con libre determinación de las primas. Estas a su vez, destinan al FOSYGA un porcentaje de las primas cobradas para que desde el fondo se financien las prestaciones médicas derivadas de la ocurrencia de tales eventos.

El fondo de Garantías de Salud, constituye una cuenta destinada a la estabilidad económico-financiera de las EPS con el objeto de garantizar la cobertura sanitaria de sus asegurados y beneficiarios.

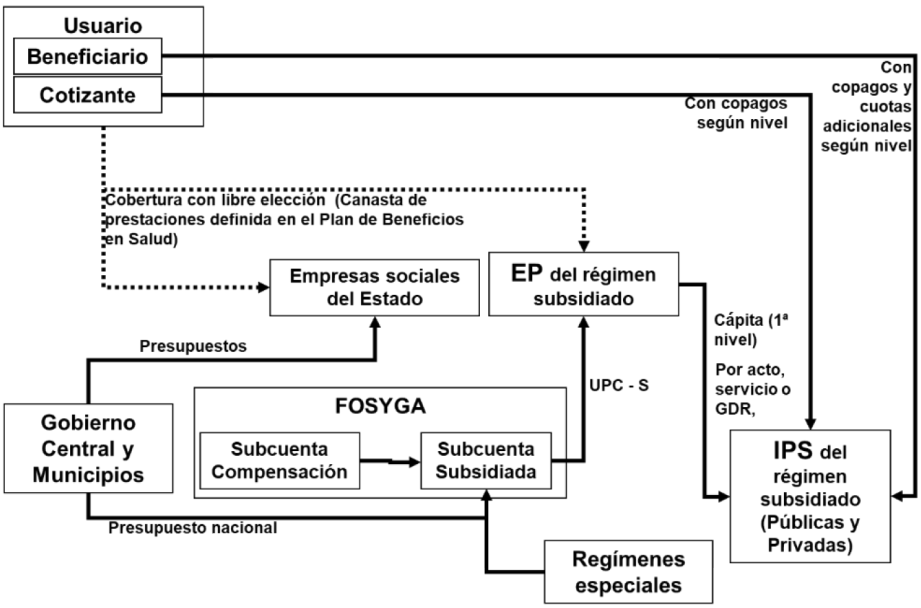
Debe destacarse que al igual que en los casos de los sistemas de los países analizados anteriormente, las prestaciones de las aseguradoras integradas al régimen de seguridad social (EPS en este caso) también cubren prestaciones económicas relativas a las contingencias propias de la previsión social. Esto como es notorio, no sucede en el Uruguay, en el que este tipo de prestaciones queda en la órbita del Banco de Previsión Social.

Los regímenes especiales de los funcionarios militares, policiales, de magisterio, de las universidades públicas y el ente petrolero, como ya se mencionó, disponen de una modalidad de financiamiento igual a la del régimen contributivo de la seguridad social. La provisión de servicios en estos casos puede ser con proveedores propios (caso del Hospital Militar que incluso puede oficiar como una IPS que vende servicios a una EPS) o con contratación de servicios.

SEGURO OBLIGATORIO CON DOBLE CONTRATACIÓN DE ASEGURADORA Y PRESTADOR.



SEGURO OBLIGATORIO CON DOBLE CONTRATACIÓN DE ASEGURADORA Y PRESTADOR.



d. Composición de la atención integral.

Hasta inicios de 2017 existía un denominado Plan Obligatorio de Salud (POS) cuya composición y alcance era diferente según se tratara del régimen contributivo o del subsidiado. Es así que existía un POS–C y un POS–S que fueron sustituidos por el Plan de Beneficios en Salud que se aplica de manera homogénea a los dos regímenes.

La composición de este plan está definida de manera taxativa y comprende una amplia canasta de prestaciones, intervenciones, procedimientos y medicamentos. La mención a las exclusiones es genérica. La normativa vigente establece los mecanismos de actualización del Plan incluyendo los procedimientos para la incorporación de nuevas tecnologías la que sigue en términos generales, las recomendaciones de buena práctica de evaluación de tecnologías sanitarias. Se trata de una canasta de prestaciones amplia que abarca procedimientos de alto costo.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

La oferta de proveedores está compuesta por las IPS y los profesionales que individualmente ofrecen sus servicios a las EPS.

Las IPS pueden ser organizaciones públicas o empresas privadas y a su vez, del punto de vista de los servicios que ofrecen pueden tener distinto nivel de complejidad, desde redes de atención primaria y consultorios cooperativos, hasta hospitales de tercer nivel de atención y universitarios, pasando por clínicas de diagnóstico y tratamiento.

En el régimen contributivo las EPS contratan mayoritariamente con IPS privadas y en general las EPS de régimen subsidiado contratan predominantemente con IPS públicas aunque también lo hacen con IPS privadas.

La relación contractual entre las EPS y las IPS está regulada por el Estado y las modalidades de pago que las vinculan según la normativa vigente son la capitación, sólo admitida para el financiamiento de los procesos de baja complejidad, el pago por servicios, por paciente o por Grupo Relacionado de Diagnóstico.

No existen tarifas únicas de aplicación homogénea en todos los vínculos contractuales entre EPS e IPS para estas modalidades de pago, si bien hay algunas tarifas de referencia. Para el caso del pago por evento o servicio sólo existe una codificación de procedimientos de uso obligatorio a nivel del sistema, que permite una identificación y denominación homogénea de los mismos, cuya actualización periódica está a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social.

El uso de los servicios por parte de los beneficiarios está modulado por la existencia de un sistema de copagos y cuotas moderadoras cuya regulación a cargo del Ministerio de Salud y Protección Social es distinta según se trate del régimen contributivo o del subsidiado.

En el régimen contributivo (y también en los regímenes especiales), la aplicación de copagos es diferente según se trate del asegurado cotizante o del beneficiario (familiar a cargo).

En el régimen contributivo las cuotas moderadoras aplican a las prestaciones ambulatorias (consultas coordinadas y de urgencia, medicamentos, estudios de laboratorio y de imagenología). Por su parte, los copagos, que sólo abonan los beneficiarios del cotizante (familiares), aplican a todas las prestaciones incluidas en el Plan de Beneficios excepto las prestaciones que están sujetas a cuotas moderadoras, los servicios de promoción y prevención, los programas de control materno infantil y de enfermedades trasmisibles, la atención inicial de urgencia y las

enfermedades de alto costo o catastróficas.

Las cuotas moderadoras se definen como un porcentaje del salario mínimo diario (salario mínimo mensual / 30 días) y aplica a cada prestación consumida. Ese porcentaje es 11.7%, 46.1% y 121.5% según el asegurado tenga ingresos menores a 2 salarios mínimos, entre 2 y 5 salarios mínimos o de más de 5 salarios mínimos, respectivamente.

Por su parte los copagos se definen como un porcentaje del precio de la prestación consumida definido por la EPS. Ese porcentaje es de 11.5%, 17.3% o 23% según la misma escala de ingresos del asegurado que para las cuotas moderadoras. Sin embargo, existen precios máximos a aplicar por cada prestación consumida (que también varía según las tres franjas de ingresos) y un monto máximo de copagos por asegurado al año (también variables por nivel de ingreso) que funciona como un deducible.

En el sistema subsidiado no se aplican cuotas moderadoras y sólo se cobran copagos por toda prestación incluida en el Plan de Beneficios, a las personas contenidas en las categorías II y III del Sistema de Selección de Beneficiarios para Programas Sociales (SISBEN).[13] Con independencia de esta categorización ningún asegurado paga copagos por actividades de los programas de control materno infantil, de control de enfermedades trasmisibles, por servicios de promoción y prevención, por la consulta inicial de urgencia y por la atención de eventos de alto costo o catastróficos.

El precio del copago en el régimen subsidiado no puede ser superior a 10% del precio del servicio, con un determinado monto máximo al año por asegurado (deducible).

13 Este es el conjunto de normas y procedimientos que permiten obtener datos de las condiciones socioeconómicas de las personas y sus familias, que permite determinar el carácter de beneficiario del régimen subsidiado y la categoría en la que se ubica de acuerdo a sus ingresos.

Esquemas de cobertura				
Condición del asegurado	**URUGUAY**	**CHILE**	**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Trabajadores formales asalariados y jubilados (con familiares a cargo)	SNS (FONASA) => Aseguradores / Prestadores Integrales (público o privado) => Servicios Integrados o Contratados	FONASA Institucional o de Libre Elección => Servicios contratados	SEM (CCSS) => Servicios Propios y eventualmente Contratados	EPS - C => Cuenta Compensación del RC del FOSYGA => EPS => IPS - C contratados
		ISAPRES => Servicios Privados Contratados		
Trabajadores independientes	Igual a trabajadores asalariados	Aún no incorporados al sistema		
Funcionarios militares y policiales y sus familiares	Presupuesto Nacional => Servicios propios o contratados	Presupuesto Nacional => Servicios propios o contratados	SEM (CCSS) => Servicios Propios y eventualmente Contratados	Cotizaciones funcionarios => fondo propio más presupuesto nacional => servicios propios o contratados
Otros funcionarios del Estado	Convenio con Asegurador / Prestador integral (IAMC o ASSE)	Igual que resto de trabajadores asalariados		
Personas de bajos ingresos	Presupuesto Nacional => Asegurador / Proveedor Público (ASSE) => Servicios propios	Presupuesto Nacional => FONASA Institucional => Servicios propios	Presupuesto Nacional => CCSS => Servicios propios	Cuenta FOSYGA RS => EPS - S => IPS
Personas con alto nivel de ingresos	Seguros privados (voluntario) => servicios contratados	Seguros privados (voluntario) => servicios contratados	Seguros privados (voluntario) => servicios contratados	Seguros privados (voluntario) => servicios contratados

Integración de los fondos destinados a la cobertura de salud				
FONDOS	**URUGUAY**	**CHILE**	**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Fondos públicos Seguridad social	SNS - FONASA - Cotizaciones de los beneficiarios del seguro público y del empleador y aporte del Estado por la brecha entre ingresos y egresos del fondo	FONASA- Cotizaciones de beneficiarios que optan por el seguro público, aporte del Estado por la brecha entre ingresos y egresos del fondo y aportes fiscales para cobertura de personas de menores recursos	SEM DE LA CCSS - Cotizaciones de beneficiarios del seguro público del empleador y del Estado, y aportes fiscales por la cobertura de las personas de menores recursos	FOSYGA RC - Compensación entre cotizaciones de los beneficiarios a las EPS y el pago por UPC
Fondos públicos fiscales				FOSYGA RS - Aportes fiscales para cobertura de personas con menores recursos
	Presupuesto Nacional para la cobertura de personas de menores recursos			
	Presupuesto Nacional para la cobertura de funcionarios militares y policiales	Presupuesto Nacional Cobertura de funcionarios militares y policiales		Fondo de Cobertura de funcionarios militares, policiales y otros funcionarios
Fondos Privados	Aseguradores / Prestadores Integrales - Prepagos de precio regulado (contrato voluntario individual o por convenio)	ISAPRES- Cotizaciones de beneficiarios que optan por seguro privado y cobro de la diferencia con el precio de la prima	Seguros Privados - Primas de precio libre por contrato voluntario	Seguros Privados - Primas de precio libre por contrato voluntario
	Seguros Privados - Primas de precio libre por contrato voluntario	Seguros Privados - Primas de precio libre por contrato voluntario		

Financiamiento de la cobertura de los asegurados por el sistema de seguridad social				
Contribuyentes	**URUGUAY**	**CHILE**	**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Trabajador asalariado	Aporte a FONASA de 3%, 4,5%, 6% u 8% sobre salario nominal según ingreso y extensión de cobertura a familiares (con tope anual)	Aporte a FONASA o a ISAPRE de 7% del valor imponible del salario.	Aporte al SEM de la CCSS de 5.5% de su retribución nominal	Aporte a la EPS - C de 4% de su salario nominal
	Pago del bolsillo de diferencia con la prima del seguro en la opción de Seguro Privado Integral	Pago del bolsillo de la diferencia con la prima del seguro en la opción ISAPRE		
Trabajador Independiente	Igual aporte a FONASA que asalariado sobre 70% de lo facturado (con tope anual)	Aún no incorporado al sistema	Aporte al SEM de la CCSS de 4%, 6%, 7%, 9% o 12% del ingreso declarado	Aporte a la EPS - C de 12,5% sobre 40% del monto facturado o declarado
Jubilado	Iguales aportes a FONASA que los trabajadores asalariados (con tope anual)	Aporte de 7%, 5% de su pensión a FONASA o a ISAPRE o sin aporte obligatorio según ingreso	Aporte al SEM de la CCSS de 5% de su ingreso de pensión	Aporte a la EPS - C de 12% sobre su ingreso de pensión
Empleador	Público y privado: aporte a FONASA por 5% de la nómina salarial	Privado: aporte opcional	Público y privado: aporte al SEM de la CCSS de 9.25% de la nómina salarial	Público: aporte a EPS - C de 8,5% de la nómina salarial; Privado: idem o por vía de impuesto a la renta a la cuenta de RC del FOSYGA
Fondos de pensión	No existe aporte	No existe aporte	Aporte a la CCSS de 8.75% de la nómina de pensiones de cotizantes	No existe aporte
Estado	Aporte a FONASA equivalente a la brecha entre sus ingresos y sus egresos Aporte a FNR por los servicios prestados a beneficiarios de ASSE	Aporte por el equivalente a la brecha entre ingresos y egresos del FONASA	Aporte a la CCSS de 8%, 6%, 5% o 3% del ingreso declarado de trabajadores independientes.	Aporte presupuestal a la cuenta del RS del FOSYGA por cobertura de personas sin recursos
		Aporte presupuestal al FONASA por cobertura de personas sin recursos	Aporte presupuestal a la CCSS por cobertura de personas sin recursos.	

Elección de la cobertura					
Asegurado	**URUGUAY**	**CHILE**		**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Cotizantes y beneficiario del seguro público	Libre elección del asegurado / prestador; elección del proveedor acotada a la oferta del asegurador elegido	Libre elección del subsistema: FONASA o ISAPRE		Sin libre elección. Cobertura en la CCSS. La elección del prestador está condicionada por la georreferenciación	Libre elección de la EPS del régimen contributivo; elección del proveedor acotada a la oferta de IPS contratadas por el asegurador
		FONASA: modo institucional o de libre elección	Elección de la ISAPRE y de prestador si el plan lo contempla		
Subsidiado por el Estado	Sin libre elección. Cobertura y prestación en asegurador / prestador público	Sin libre elección. Cobertura y prestación en la modalidad institucional del FONASA			Con libre elección de la EPS del régimen subsidiado; elección del proveedor acotada a las IPS del mismo régimen
Asegurado voluntario	Si. En el seguro privado que elija, con o sin libertad de elección del proveedor	Si. En el seguro privado que elija, con o sin libertad de elección del proveedor		Si. En el seguro privado que elija, con o sin libertad de elección del proveedor	Si. En el seguro privado que elija, con o sin libertad de elección del proveedor

Forma de contratación y pago a proveedores				
Modalidad	**URUGUAY**	**CHILE**	**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Cápita	Cápita ajustada por sexo y edad en el pago de FONASA => Aseguradores / Proveedores	Cápita única por prestaciones GES dentro de la prima de las ISAPRES. Cápita Única ajustada por variables sociales y geográficas en el pago de FONASA a Servicios Municipales 1er Nivel	Cápita simple en el paso desde CCSS a las Áreas de Salud que alcanzan hasta un máximo de 10% del presupuesto.	Cápita ajustada por sexo, edad y localización geográfica UPC – C: sistema de compensación FOSYGA <=> EPS - C UPC – S: pago de FOSYGA a EPS - S
Por desempeño	Cumplimiento de metas. FONASA => Aseguradores / Proveedores	No aplica	Pago por cumplimiento de metas del CCSS a los Hospitales (hasta un máximo de 10% del presupuesto asignado)	No aplica
Presupuesto	Presupuestos históricos Proveedores Públicos (ASSE y Régimen de funcionarios militares y policiales)	Pago del FONASA a los Serv. Públicos de 2º y 3er niveles (más pago prospectivo por caso)	Presupuestos históricos transferidos de CCSS a las Áreas de Salud y Hospitales	Presupuestos de las Empresas Sociales y los Servicios propios de Regímenes Especiales
GDR	No aplica	Pago de FONASA a los Serv. Privados de 2º y 3er. niveles Pago de ISAPRES a Proveedores Privados	No aplica	Pago de las EPS - C a las IPS del régimen contributivo Pago de las EPS - S a las IPS del régimen subsidiado
Por caso	No aplica	Pago de FONASA a Servicios Públicos de 2º y 3er niveles (se agrega al presupuesto)	No aplica	
Acto	Pago de los Aseguradores / Proveedores Integrales a los proveedores individuales	Pago de ISAPRES a Prestadores Privados (sobre todo en 1er nivel)	No aplica	
Salario		Pago de los Servicios Públicos a Proveedores individuales	Pago de las Áreas de Salud, Hospitales => Proveedores individuales (EBAIS)	Pago de IPS a los Proveedores individuales

Copagos				
Tipo y ámbito de aplicación	**URUGUAY**	**CHILE**	**COSTA RICA**	**COLOMBIA**
Relación con el costo o precio de la prestación	NO	Sİ en el caso del FONASA	No aplica copagos en el sistema de la CCSS	SÍ, con las tarifas de las prestaciones
Precios	Administrados en el sistema de la seguridad social; libre en los seguros privados	Precios administrados en el caso del FONASA; precio libre en el sistema de las ISAPRES		Administrados en el seguro social; libre de los seguros privados
Relación con ingresos del usuario y condición del asegurado	NO. Excepto en el proveedor público que no aplica copagos	Sí en el caso del FONASA. Copagos según ingresos del asegurado; NO en el caso de las ISAPRES,		Copagos y cuotas moderadoras diferenciadas por condición de cotizante o beneficiario y por régimen de cobertura
Deducibles, topes y exoneraciones	NO	NO		SÍ
Ámbito de aplicación	Atención ambulatoria	Atención ambulatoria e internación		Atención ambulatoria e internación según los casos

Existe en los tres sistemas analizados una contribución del Estado para la cobertura de las familias con menores ingresos o sin vinculación con el mercado formal de trabajo, al fondo que administra el seguro público. Adicionalmente, existe una tendencia a que dicho aporte fiscal se realice de manera capitada, es decir por cada persona incluida en esa cobertura y no de forma global a través de un presupuesto determinado. Esto contrasta con lo que sucede en Uruguay en el que los fondos para la cobertura de este colectivo no se vuelcan al FONASA, sino que se destinan en forma de presupuesto histórico al organismo público encargado de su cobertura y atención (ASSE). Las dificultades señaladas en los casos de Colombia y Costa Rica para instalar la cotización por persona se relaciona con problemas de identificación y registro de los beneficiarios, lo que supuestamente en Uruguay no representa un problema ya que los usuarios de ASSE están identificados y registrados.

El segundo aspecto a destacar es que el precio de los copagos en los sistemas analizados, están asociados a la capacidad de pago de los asegurados, es decir que varían según su nivel de ingresos o su situación socioeconómica. En el caso de Colombia existe además una suerte de deducible. En contraste, en Uruguay los copagos son homogéneos en su aplicación con variantes que no se relacionan con estas variables, excepto en el caso de ASSE en la que se asume la incapacidad de pago de todos sus usuarios, incluidos los que tienen cobertura por FONASA.

El tercer elemento a señalar tiene relación con la forma de determinación de las cápitas en Costa Rica y en Colombia. En el primer caso, si bien ha habido dificultades en su aplicación operativa, las cápitas que no pueden superar el 10% del total de los presupuestos asignados a los servicios del primer nivel de atención, prevén en su diseño ajustes por localización geográfica de los beneficiarios. En el caso colombiano, la UPC también contempla esta variable para el caso de población residente en determinadas regiones y lo que es más importante, contempla un margen de utilidad y de riesgo para las EPS del régimen contributivo.

En otro orden, es interesante destacar que en todos los sistemas, la cobertura de las personas sin recursos, subsidiada por el Estado, no habilita la libre elección del asegurador o del prestador.

10. Gasto en salud en Uruguay, Chile, Colombia y Costa Rica.

Se muestra a continuación el gasto en salud de los países considerados hasta este punto en términos relativos al producto bruto interno (PBI) y per cápita.

Se puede observar que Costa Rica es el país que más recursos destina a su sistema de salud en términos relativos a su PIB y que Uruguay y Chile presentan un gasto per cápita similar que es a la vez superior al que se registra en Costa Rica y sobre todo en Colombia, cuyo gasto expresado en U$S PPP, es apenas superior al 50% del valor registrado en los dos primeros países mencionados.

GASTO EN SALUD EN PORCENTAJE DEL PBI Y PER CÁPITA. 2014

Gasto / Países	Gasto porcentaje del PBI			Gasto en salud per cápita	
	Total	Privado	Público	US$ corrientes	US$ PPP 2011
Uruguay	8,6	2,5	6,1	1.442	1.792
Chile	7,8	3,9	3,9	1.137	1.749
Colombia	7,2	1,8	5,4	569	962
Costa Rica	9,3	2,5	6,8	970	1.389

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

GASTO EN SALUD SEGÚN NATURALEZA DE LOS FONDOS. 2014[14]

Gasto / Países	Público				Privado			TOTAL
	Total	Seguridad Social	Fondos del Gobierno		Total	Aseguramiento privado	Gasto directo	
			Otros fondos	Ministerio				
Uruguay	71,2	42,9	14,5	13,8	28,8	13,2	15,6	100
Chile	49,5	4,5	14,5	30,5	50,5	19	31,5	100
Colombia	75,1	62,6	11,2	1,4	24,9	9,5	15,4	100
Costa Rica	72,7	62,4	6,2	4	26,2	1,4	24,9	98,9

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

GASTO EN SALUD SEGÚN NATURALEZA DE LOS FONDOS. 2014

Gasto / Países	Público				Privado		
	Total	Seguridad Social	Fondos del Gobierno		Total	Aseguramiento Privado	Gasto Directo
			Otros fondos	Ministerio			
Uruguay	100	60,2	20,4	19,4	100	45,9	54,1
Chile	100	9	29,3	61,7	100	37,6	62,4
Colombia	100	83,3	14,9	1,8	100	38,3	61,7
Costa Rica	100	85,9	8,6	5,5	100	5,2	94,8

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

Los países con una fuerte impronta de la seguridad social en sus modelos de cobertura de salud, tienen como es de esperar, una alta incidencia de gasto público (entre 71 y 75% del gasto total). Más de 80% de este gasto es financiado con fondos específicamente vinculados a los sistemas de seguridad social en Colombia y Costa Rica y de 60% en el caso de Uruguay. La diferencia entre este último y los dos países mencionados radica en que las transferencias que realiza el Gobierno al FONASA y al FNR en el caso uruguayo, se contabilizan como fondos del gobierno y no de la seguridad social y porque el gasto asociado a la cobertura de la población de menores ingresos se realiza a través de presupuestos que financian la oferta de servicios públicos, mientras que para el caso de Colombia las transferencias del Gobierno al FOSYGA,

particularmente las que realiza a la cuenta del régimen subsidiado, destinado a la cobertura de población de menores recursos, quedan comprendidas en los fondos de la seguridad social.

De todas maneras, puede decirse que en los tres sistemas el aporte del Estado es relevante ya que en los tres países los fondos de la seguridad social comprenden sus aportes como empleador, además del subsidio de las personas de escasos recursos en el caso de Colombia y Costa Rica. En este último además, esos fondos comprenden cotizaciones del Estado por la cobertura de cada trabajador dependiente sea público o privado y de los jubilados.

En el caso de Chile la situación es diferente porque si bien existe un régimen de contribución obligatoria, este se vuelca al FONASA que opera en la órbita del Ministerio de Salud, o directamente en las ISAPRE. Por tanto el gasto público se relaciona sobre todo con los fondos que el Gobierno transfiere al FONASA para la cobertura de las personas de bajos ingresos y con las cotizaciones que realizan los trabajadores que optan por la cobertura del FONASA.

Respecto al gasto directo del bolsillo, existe una marcada diferencia entre Chile y los restantes países no sólo en virtud del régimen de copagos sino también por el pago de primas adicionales a las ISPARE de quienes optan por su cobertura.

14 A partir del análisis de otras fuentes se puede inferir lo siguiente:

Uruguay:

• Ministerio: incluye el presupuesto del Ministerio de Salud Pública y el presupuesto asignado al proveedor público (ASSE).

• Otros fondos gubernamentales: incluyen las transferencias del Gobierno al FONASA y al FNR y los presupuestos destinados para la cobertura y atención de salud de otros organismos (Ministerios de Defensa e Interior, Universidad, etc.).

Chile:

• Ministerio: incluye las transferencias al FONASA (22%) y los presupuestos del Ministerio de Salud y los destinados a la cobertura sanitaria del personal militar y policial (9%).

• Otros fondos gubernamentales: corresponden a las cotizaciones obligatorias al FONASA por las personas que optan por su cobertura.

• Aseguramiento privado: incluye las cotizaciones obligatorias al seguro de salud de quienes optan por ISAPRE y las cotizaciones que voluntariamente realizan las personas a estas instituciones u otros seguros.

Colombia:

• Seguridad social: incluye los fondos relacionados con la cobertura por los regímenes contributivo y subsidiado del FOSYGA y el aporte de los regímenes especiales.

• Otros fondos gubernamentales: incluye el gasto por la cobertura personas pobres no afiliadas al régimen general y los presupuestos de otros programas y servicios de salud públicos.

• Aseguramiento privado incluye los seguros privados voluntarios y las cotizaciones por el seguro obligatorio de tránsito.

Costa Rica:

• Seguridad social: corresponde a las cotizaciones y transferencias al SEM de la CCSS.

• Otros fondos gubernamentales: corresponde a presupuestos transferidos a servicios públicos.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO.

País	Porcentaje
Uruguay	20,8
Chile	15,9
Colombia	18,1
Costa Rica	23,3

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

11. El sistema israelí

El sistema de salud de Israel se sustenta en un seguro de alcance obligatorio y universal que se financia con contribuciones obligatorias de todos los residentes en el país. Estas contribuciones son de carácter específico, - se vuelcan directamente al Instituto Nacional de Seguros (NII - National Insurance Institute)-, y de carácter general (impuesto sobre la renta, impuesto al valor agregado y otros). Se trata pues, de un modelo que combina un esquema de seguro social con otro de protección financiera con recursos presupuestales del Gobierno.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

El sistema da cobertura a todos los residentes del país a través de un seguro nacional administrado por el NII. En tanto, el seguro es obligatorio, todos los residentes mayores de 18 años están obligados a realizar los aportes correspondientes.

Los trabajadores formales, dependientes e independientes, y los jubilados, pagan una contribución equivalente a 3% o 5% de sus ingresos nominales según sean estos menores o mayores a 60% del salario promedio. Los estudiantes mayores de 18 años, quienes están amparados al seguro de desempleo y en general todos los que reciben algún tipo de subsidio del Estado, realizan aportes equivalentes a 5% de su ingreso.

De esta manera, todos estos colectivos quedan bajo la cobertura del Seguro Nacional de Salud (NHI – National Health Insurance).

El financiamiento del seguro se complementa con los aportes del Gobierno provenientes del sistema fiscal, sobre todo del impuesto a la renta. El aporte basado en impuestos generales cubre la brecha existente entre el presupuesto destinado a salud determinado a nivel parlamentario y las contribuciones al NHI que realizan los ciudadanos.

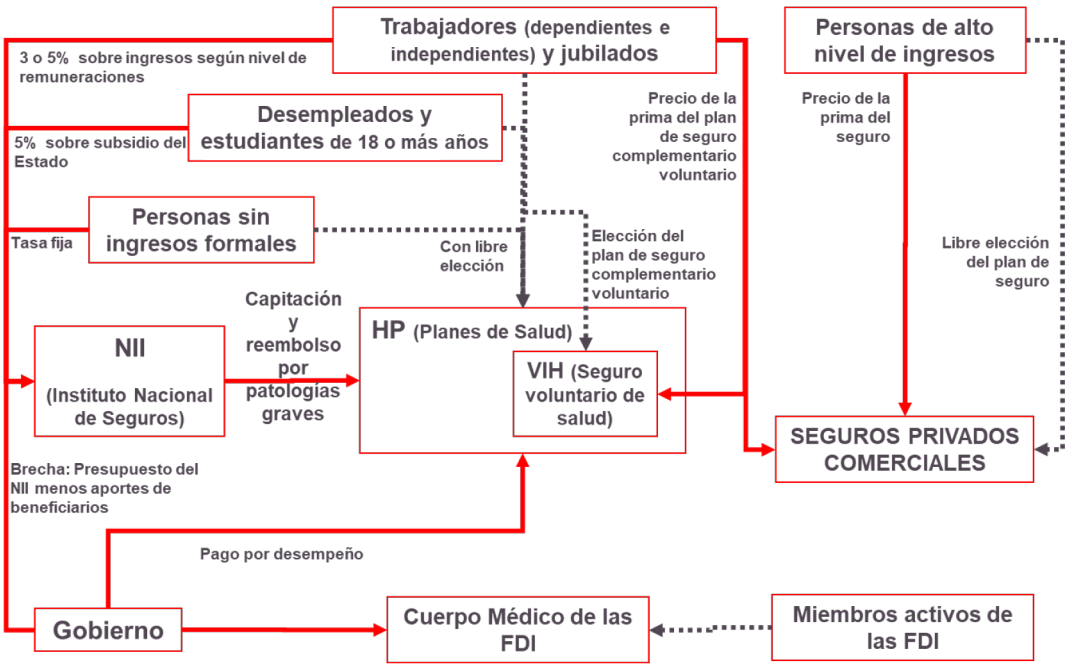
Es interesante señalar que el diseño del financiamiento del sistema prevé un ajuste anual del presupuesto destinado a salud, según variables demográficas (crecimiento y envejecimiento de la población), modificaciones del paquete de prestaciones cubierto por el NHI, sobre todo por incorporación de nueva tecnología, y variación de precios sectoriales.

En el conjunto del financiamiento de la atención de salud, el NHI representa 59% del total; 24% proveniente de los aportes de los beneficiarios a través del impuesto recaudado por el NII (que luego transfiere al Ministerio de Salud - MS) y 35% proveniente de los impuestos generales para cubrir la brecha entre aquellos y el presupuesto definido para este esquema de aseguramiento

universal. Esto quiere decir que el NHI se financia con 41% de fondos provenientes de los aportes directos de los beneficiarios del seguro y 59% de fondos presupuestales provenientes de impuestos generales.

Los integrantes de las Fuerzas de Defensa Israelí en actividad están cubiertos por un sistema propio financiado con recursos presupuestales del Estado.
Las personas de mayor nivel de ingreso pueden optar por asegurar su cobertura de salud en seguros privados comerciales mediante libre contratación.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE ISRAEL.



b. Elección de la cobertura.

Las personas incluidas en la cobertura del NHI eligen libremente su afiliación a una institución aseguradora / proveedora, denominada Plan de Salud (HP - Health Plan). Estas son organizaciones privadas sin fines de lucro que tienen por cometido el aseguramiento y la provisión de los servicios incluidos en el plan financiado por el NHI.

Existen cuatro HP en competencia por la captación de las preferencias de los usuarios, no obstante lo cual, es notoria la diferencia de magnitud entre ellas si se considera la cantidad de asegurados.[15]

15 La distribución de la población del NHI por HP es la siguiente: Clalit, 52%, Maccabi, 25%, Meuhedet, 14%; y Leumit, 9%.

Las personas pueden cambiar su cobertura a otra HP en cualquier momento, siempre que hayan estado afiliados al menos seis meses a la institución que deciden abandonar.

A su vez, las HP ofrecen a sus afiliados, seguros complementarios de carácter voluntario (HVI – Health Voluntary Insurance) mediante los cuales o bien se amplía la cobertura del paquete financiado por el NHI, o se brindan servicios adicionales y esquemas que mejoran el acceso. Es así que los HVI comprenden mejor hotelería en los servicios de internación, menores tiempos de espera para consultas y cirugías de coordinación, acceso a determinados medicamentos, ampliación del abanico de opciones de especialistas, servicios clínicos y de internación y tratamientos en el extranjero.

El mercado de los seguros complementarios voluntarios incluye la oferta de los seguros privados comerciales. Es así que en 2014, 87% de la población adulta, beneficiaria del NHI, tenía contratos voluntarios de seguros complementarios en su HP [16] y 53% lo tenían con una aseguradora privada comercial. Esto pone en evidencia la existencia de múltiples coberturas, ya que existen personas cubiertas por el seguro nacional que además contratan planes adicionales con su HP y con un seguro privado comercial.

La canasta de cobertura incluida en el NHI supone ciertas limitaciones para el afiliado a una HP en términos de elección de los servicios de atención, sobre todo de internación y de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, en tanto la oferta está limitada a los proveedores contratados por la HP. Aparentemente este hecho ha incidido en el crecimiento de la contratación de seguros complementarios voluntarios.

c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

Tal como sucede en los casos ya analizados, también en Israel se pueden identificar distintos subsistemas de aseguramiento pese a la existencia de un modelo general de alcance universal.

Quienes están alcanzados por el NHI y realizan su aporte al NII pueden contratar, como ya se ha mencionado, seguros complementarios dentro de la oferta del HP al que están afiliados o de los seguros privados comerciales.

El plan de seguro voluntario de las HP es estándar en cuanto a su contenido y el precio de sus primas varía exclusivamente en función de la edad del asegurado. Las HP no pueden excluir condiciones preexistentes en la cobertura de su seguro voluntario. Las cuatro HP han desarrollado un segundo nivel de cobertura dentro de su seguro complementario voluntario. Esto implica para el asegurado que opte por esta alternativa, el pago de una prima adicional.

En este esquema, existe la eventualidad que los VHI de las HP subsidien el financiamiento de las prestaciones obligatorias contenidas en la cobertura del NHI.

Importa señalar que el subsistema integrado por el NHI y las HP y el que viene dado por las HP y sus VHI, están altamente regulados por el Ministerio de Salud. Este define el paquete de prestaciones incluido en la cobertura del NHI, al que están obligadas las HP; tiene competencias sobre la autorización de las prestaciones que éstas pueden brindar a través de sus seguros voluntarios; determina el precio y la composición de las cápitas con las que se financian mayoritariamente las HP; regula los copagos, y tiene la potestad para autorizar o no, los precios de las primas de los seguros voluntarios.

16 En 2014 el porcentaje de afiliados con contratación de un seguro voluntario complementario era la siguiente; Clalit, 86%, Maccabi, 91% ; Meuhedet y Leumit, 77%.

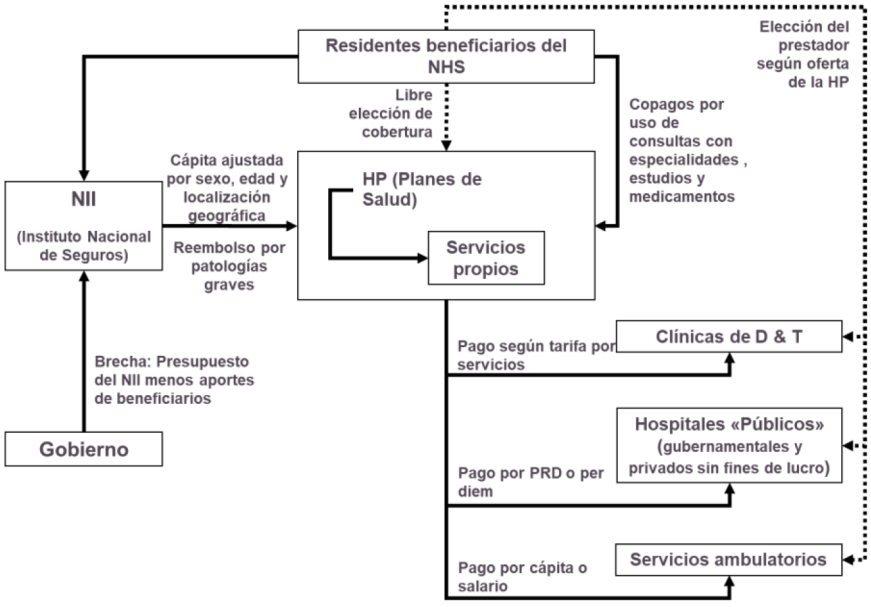
Desde el punto de vista asistencial el MS administra un sistema de evaluación de calidad de las HP, a través de un tablero de indicadores construido por el propio Ministerio en conjunto con el Instituto Nacional de Política e Investigación de Salud y las HP. La información se consolida y publica anualmente para conocimiento de la población.

Adicionalmente el MS supervisa el desempeño económico y financiero de las HP pudiendo intervenirlas en casos de riesgo de su sostenibilidad.

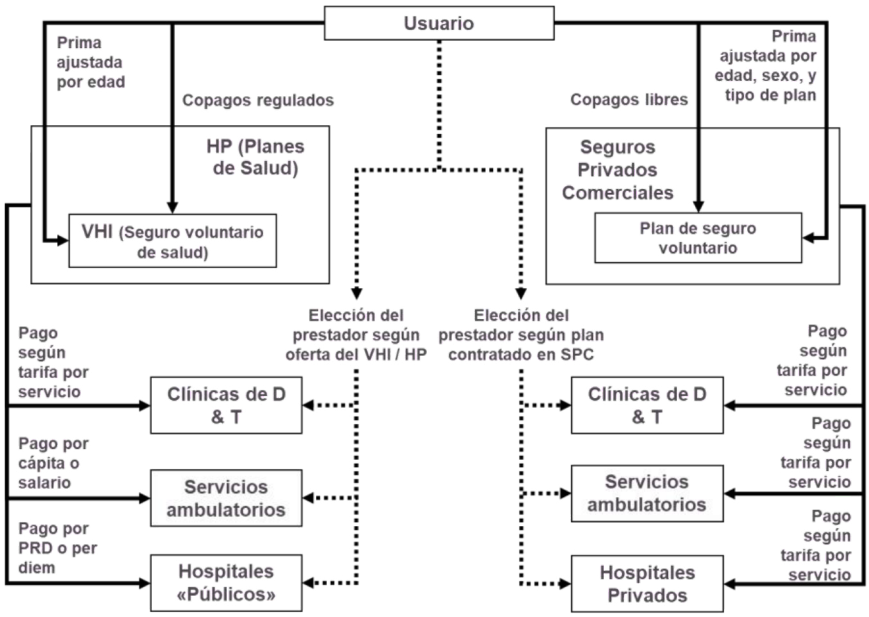
Por otra parte, como ya se mencionara, los individuos y las familias con más alto poder de compra pueden contratar seguros privados comerciales cuya prima varía según el alcance del plan, el sexo, la edad y el estado de salud preexistente del asegurado. Los seguros privados comerciales pueden ser contratados individualmente o de forma grupal (a través de empresas, gremios u otros colectivos).

Los seguros privados comerciales están regulados por el Ministerio de Hacienda y sólo recientemente el MS ha empezado a participar en su control en algunos aspectos relativos a los procesos asistenciales.

SEGURO OBLIGATORIO CON DOBLE CONTRATACIÓN DE ASEGURADORA Y PRESTADOR.



SEGURO PRIVADO VOLUNTARIO CON CONTRATACIÓN DE SERVICIOS.



d. Composición de la atención integral.

La canasta de prestaciones incluida en la cobertura del NHI comprende la atención en sus diferentes modalidades y un conjunto amplio de servicios e intervenciones, que están taxativamente definidas y publicadas por el Ministerio de Salud.

Los cambios en la composición de la canasta pueden realizarse anualmente en tanto es con esa periodicidad que se define el presupuesto destinado al NHI y particularmente la incorporación de nuevas tecnologías. Para ello existe una institucionalidad definida dentro del ámbito del MS, que comprende las iniciativas que en ese sentido planteen las HP, las asociaciones de usuarios y la industria farmacéutica, y que supone en primera instancia la realización de evaluaciones de seguridad y eficacia a cargo de la Administración de Tecnologías Médicas y de Infraestructura del MS a partir de las cuáles se realizan las evaluaciones económicas en un ámbito del que participan el MS, el Ministerio de Hacienda y las HP. Sus informes pasan a consideración de la Comisión de Canasta de Prestaciones en la que participan además de las instituciones ya señaladas, el gremio médico y expertos en diferentes áreas. La Comisión realiza sus recomendaciones y finalmente es el MS el que toma las decisiones de incorporación de nuevas tecnologías al paquete financiado por el NHI.

Las patologías complejas y de alto costo, son atendidas por las HP y de corresponder, de forma retrospectiva el NII reembolsa el costo de atención de algunas patologías graves predeterminadas.[17]

17 En 2014, las enfermedades fueron talasemia, enfermedad de Gaucher, disfunción renal, hemofilia y cáncer.

No existe en puridad un reaseguro de enfermedades catastróficas. Estas eventualidades pueden estar contenidas en los planes de seguro de las HP o en su defecto en los seguros voluntarios.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

Las HP son aseguradoras / proveedoras privadas sin fines de lucro. Generalmente contratan los servicios de atención pero una de ellas cuenta con hospitales propios.

Existe libre elección de la HP y dentro de éste del médico de primer nivel o comunitario y de algunos especialistas. La elección está limitada a la cartilla de médicos que mantienen vínculo con la HP. En caso de internación la elección del hospital está modulada por la HP ya que se limita a la oferta que mantiene relación contractual con ella. Dentro de los hospitales en la práctica no existe libre elección del médico tratante dentro de la cobertura básica. Sin embargo los usuarios que cuentan con un VHI pueden estar habilitados a elegir su médico si así lo contempla el seguro complementario contratado.

Las HP se financian a través de tres fuentes: las cápitas que le transfiere el NII, ajustadas por sexo, edad y localización geográfica de sus afiliados (88%); los reembolsos que también realiza el NII por la atención de pacientes con patologías graves predefinidas (5.3%); y los copagos que realizan los afiliados al utilizar los servicios (6.5%). Adicionalmente, las HP reciben un pago anual retrospectivo por desempeño por cumplimiento de metas definidas cada tres años por el MS.

La fórmula de cálculo de las cápitas se revisa cada tres años teniendo en cuenta el gasto ambulatorio, de internación y en medicamentos de cada grupo capitado a partir del uso promedio que cada uno de ellos realizó en cada una de esas tres categorías.

Las HP tienen diferentes modalidades de contratación según el tipo de proveedor. Los médicos generales y algunos especialistas que se desempeñan en el primer nivel de atención son remunerados por un sistema de capitación o mediante el pago de salario o a través de una combinación de ambas modalidades. Por su parte, en el caso de los servicios ambulatorios radicados en los hospitales públicos y los servicios de emergencia, así como las clínicas de diagnóstico y tratamiento, el sistema de pago es por servicio de acuerdo a tarifas acordadas y autorizadas por el MS.

Las HP sólo pueden contratar la atención en internación en los hospitales “públicos”. Estos son no sólo los de propiedad del Estado, sino también aquellos de propiedad privada sin fines de lucro. La modalidad de contratación para la atención en los hospitales se encuentra en un proceso de cambio desde hace varios años. El modelo de pago tradicional per diem o por día de estancia hospitalaria, está migrando al modelo de pago por grupos de procedimientos relacionados. No obstante, el pago per diem reconoce múltiples variantes en sus precios (mayor precio en los primeros días de internación, diferenciales por nivel de cuidados, por edad de los pacientes o por especialidad). En ambos casos, es decir tanto sea el pago per diem como por GRP las tarifas son acordadas entre ambas partes pero con pecios máximos definidos por el regulador.

El MS interviene en los precios a efectos de asegurar niveles de ingreso para los hospitales que los hagan sustentables, pero al mismo tiempo establece un tope en sus ingresos como forma de modular el incentivo potencial, dado el modelo de pago predominante per diem, a aumentar su producción para incrementar sus ingresos, como forma de disminuir el riesgo para las HP.

El 80% de los ingresos de los hospitales proviene de las HP. El 20% restante corresponde a la contratación de servicios del sistema de atención de las Fuerzas de Defensa, de los seguros privados comerciales (que sólo contratan con hospitales privados), de pagos del bolsillo de

usuarios particulares y en el caso de los hospitales públicos, del MS que subsidia parte de la oferta.

Las HP están habilitadas a cobrar copagos a sus afiliados. El precio y el alcance de los mismos deben ser aprobados por el MS y cada HP tiene libertad para definir su propio plan de copagos. Independientemente de ello, la aplicación de copagos o coseguros está limitada a determinadas prestaciones ambulatorias coordinadas y a la provisión de medicamentos. Por tanto, no existen copagos por la atención con médicos generales en el primer nivel, o en los servicios de emergencia, ni en la atención en internación.

En términos generales, las prestaciones objeto de copago son las consultas con especialistas, los estudios diagnósticos y la provisión de medicamentos.[18]

Para el caso de las consultas con especialistas se aplica un copago cuyo precio (alrededor de € 5) se define administrativamente. Esto es válido para la primera consulta dentro de cada trimestre lo que significa que las consultas subsiguientes dentro de este período están libres de copago. Los menores con discapacidad y los jubilados mayores de 64 años están exonerados de abonar el copago. De igual manera lo están las personas portadoras de determinadas patologías (enfermedad renal en etapa terminal, cáncer, VIH / SIDA, enfermedad de Gaucher, talasemia o tuberculosis). El cobro de estos copagos tiene un tope trimestral fijado en alrededor de € 50 por hogar con independencia de la cantidad de sus miembros.

Con respecto a la provisión de medicamentos, los copagos se fijan como un porcentaje de su precio de compra y con un piso de alrededor de € 3. Este porcentaje varía según se trate de medicamentos bajo protección de patente o de genéricos. En el primer caso el copago es 15% del precio de compra y en el segundo es 10%. Las personas portadoras de patologías crónicas cuentan con un tope trimestral de gasto por copagos del orden de € 65 y los jubilados de 65 y más años cuentan con un descuento de 50%.

12. El sistema de Alemania

El sistema de salud alemán reconoce una extendida trayectoria como modelo basado en la seguridad social. De hecho, es en este país donde se desarrolla por vez primera a fines de siglo XIX, un seguro de salud asociado al sistema previsional.

En la actualidad todos los residentes en el país están obligados legalmente a contar con un seguro de salud y la mayoría de ellos por su carácter de trabajador o jubilado, están amparados en la cobertura del Seguro Social de Salud. Este se financia con el aporte de trabajadores y empleadores y con contribuciones presupuestales del Gobierno. Existe además un mercado de aseguradoras privadas, que si bien está destinado a las personas de mayor poder adquisitivo, opera además como un subsistema complementario al seguro social, en el que determinados grupos de trabajadores están obligados a asegurar su cobertura sanitaria.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

La cobertura de salud en Alemania es prácticamente universal y se estructura en torno a dos grandes esquemas con diferente alcance y objetivos pero con actores comunes.

18 Existen además otros copagos referidos a los procedimientos de rehabilitación y fisioterapia y para la atención y un esquema de copagos específico para la atención de salud mental, particularmente para la psicoterapia.

Por un lado existe lo que podría llamarse el sistema de cobertura de la atención médica en sentido estricto que reconoce en su conformación dos variantes: un modelo de carácter público y otro de tipo privado.

Por otra parte, existe un esquema de cobertura para la atención de problemas médico sociales, representado por el Seguro de Cuidados de Largo Plazo (LTCI - Long Term Care Insurance) en el que participan los mismos agentes que en el sistema mencionado en primer término.

Respecto al primer esquema de cobertura, el modelo predominante es el que se sustenta en el sistema del Seguro Social de Salud (SHI – Social Health Insurance). Los trabajadores del sector privado en relación de dependencia y los jubilados están obligados a realizar contribuciones equivalentes a 7.3% de sus ingresos salariales nominales, más un porcentaje adicional que va de 0 a 1.3% según el nivel de remuneración (con una media de 0.83% en 2015). La tasa de contribución adicional es una prerrogativa de los Fondos de Enfermedad que como se verá luego constituyen las entidades aseguradoras del SHI. Estos determinan anualmente sus valores, que consecuentemente son distintos según el Fondo de que se trate. El derecho de cobertura del cotizante se extiende a las personas a su cargo (hijos y cónyuges).

Las contribuciones al SHI se complementan con un aporte patronal de 7.3% sobre la nómina salarial. En términos globales, el aporte de los empleados representa 53% del total y el aporte patronal el restante 47% del total de las contribuciones.

Existen excepciones a este régimen general en función del nivel de ingresos de los trabajadores. Aquellos cuyas remuneraciones se ubican por debajo de determinado monto (€ 450 por mes en 2013) y las personas contratadas para el servicio doméstico están exoneradas de realizar aportes y los empleadores realizan aportes por 13% y 5% del salario nominal respectivamente para asegurar su cobertura.

Los desempleados también están cubiertos por el SHI y para ello la Agencia Federal de Empleo realiza los aportes correspondientes sobre el monto del subsidio que se otorga a cada individuo en situación de desocupado. Igualmente los estudiantes que reciben algún tipo de subsidio del Gobierno, están obligados a aportar una contribución fija mensual (cápita).[19]

Todos estos fondos se vuelcan a las entidades denominadas Seguros de Enfermedad o Fondos de Enfermedad (FE) según la elección del asegurado y éstos inmediatamente los derivan al Fondo Central de Reasignación administrado por la Autoridad Federal de Seguros que oficia como fondo de mancomunación de recursos. Esta agencia gubernamental reembolsa a los FE sobre la base de cápitas ajustadas por sexo y edad de la población cubierta por cada uno de ellos y por la incidencia registrada de 80 patologías, definidas como crónicas y severas, en la población asegurada, para las que se han definido costos estándar de atención. Está previsto que a la brevedad las contribuciones vayan directamente al fondo común de cobertura en la Autoridad Federal.

Sin embargo, no todos los trabajadores quedan comprendidos de manera obligada en el SHI. Aquellos trabajadores dependientes del sector privado cuyo nivel de remuneración supera un determinado monto (llamado umbral de exclusión)[20] quedan fuera de la cobertura del SHI. No

19 Esta se calcula a partir del monto máximo de subsidio, aplicando una tasa de 70% sobre la tasa de contribución general (14,6% que surge de la suma del aporte del empleado y del empleador). Esto significa una tasa de 10.85% sobre el monto máximo de subsidio otorgado a los estudiantes, lo que equivalía en 2013 a € 65.

20 En 2014, este umbral era de € 4050 por mes.

obstante, esta disposición admite variantes según diferentes situaciones: en primer lugar para que opere la exclusión debe verificarse que el individuo que en determinado momento comienza a percibir un salario superior al umbral de exclusión, lo hace por lo menos durante tres años consecutivos, durante los cuales sigue aportando y por tanto mantiene su cobertura en el SHI. Vencido este plazo la exclusión no es automática y el interesado debe optar entre permanecer en el esquema público o elegir un seguro privado (PHI – Private Health Insurance); en segundo lugar, los trabajadores que desde el inicio de su actividad laboral dependiente perciben una remuneración superior al umbral de exclusión cuentan con un plazo de tres meses para optar si mantienen su cobertura en el SHI u optan por la cobertura en un PHI.

A modo de resumen puede decirse que el fondo que financia el SHI se compone del aporte de los trabajadores incluidos en su cobertura (de manera obligatoria u opcional según lo visto) y el aporte de los empleadores. No obstante, existen otros recursos provenientes del Gobierno, tanto a nivel Federal como Estadual o Municipal, que tienen origen en ingresos fiscales. Estos están destinados a subsidiar el fondo de enfermedad de los trabajadores agrícolas, reembolsar las prestaciones brindadas a personas amparadas en la seguridad social pero que no quedan alcanzadas por la cobertura del SHI (entre ellos inmigrantes que solicitan asilo) y financiar mediante la asignación de una partida presupuestal del Gobierno Federal, determinadas prestaciones no incluidas en la canasta obligatoria de servicios de los Fondos de Enfermedad.[21]

Los trabajadores independientes están excluidos de la cobertura del SHI a excepción de aquellos que antes de establecerse como tales tenían derecho a esta cobertura en cuyo caso pueden optar por mantenerla. De lo contrario deben contratar con algún PHI.

Los trabajadores públicos quedan fuera del alcance del SHI y contratan esquemas de cobertura con los PHI en tanto el Estado como empleador/financiador, les reembolsa hasta 50% de los gastos en que incurren por la atención médica privada.

Los funcionarios militares y policiales cuentan con esquemas propios de atención financiados a través de los presupuestos de los ministerios respectivos.

Por último, al igual que en la mayoría de los sistemas ya analizados, las personas de mayor nivel de ingreso que no están alcanzados por la obligatoriedad de los esquemas mencionados anteriormente, pueden optar por asegurar su cobertura de salud en un PHI en régimen de libre contratación.

Es de señalar que el paquete de prestaciones cubiertas por el SHI va más allá de lo estrictamente médico asistencial y comprende el pago de subsidios por enfermedad.

Como se mencionó al inicio de este apartado el sistema alemán cuenta con un seguro destinado a la atención de las personas que requieren cuidados permanentes según su nivel de dependencia (Seguro de cuidados de largo plazo). La afiliación a este seguro es de carácter obligatorio según las mismas reglas que rigen para los esquemas de cobertura de atención médica.

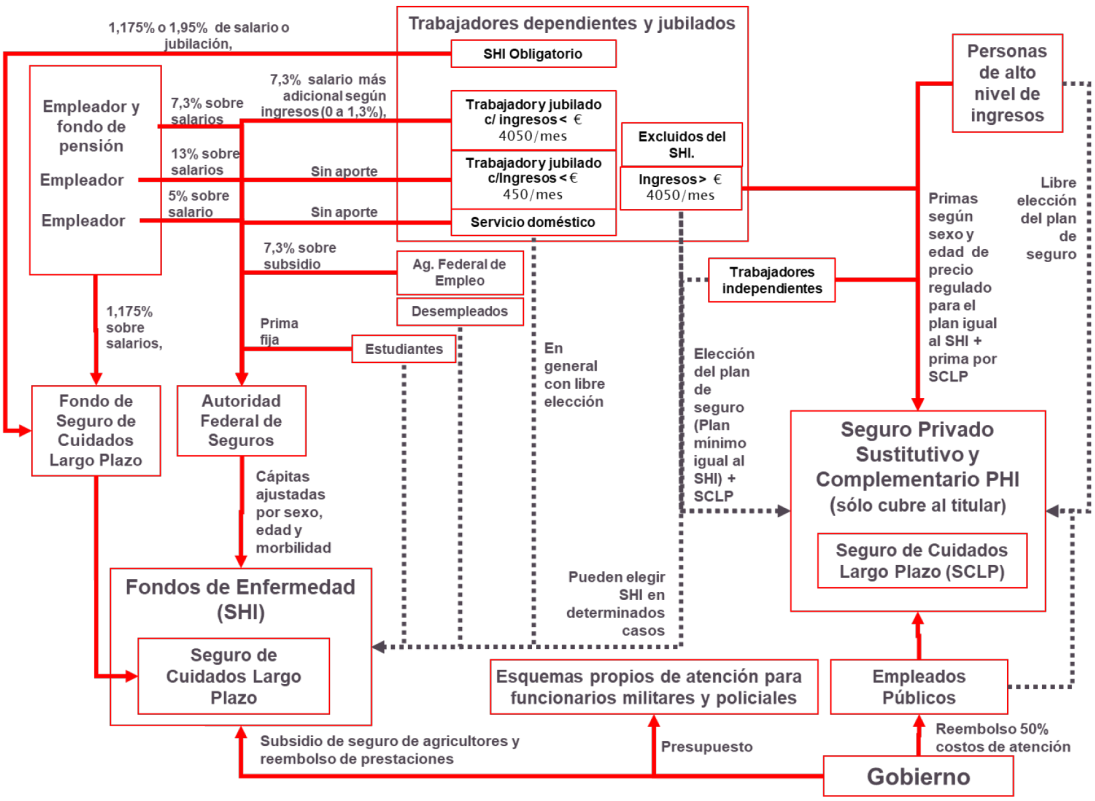
Para el caso de los beneficiarios del SHI, estos deben aportar 1,175% de su salario nominal al fondo que financia el seguro. El empleador contribuye en igual proporción (1,175% de la nómina salarial). Las personas sin hijos pagan solo un 0,25% adicional, en el entendido que

21 Estos son determinados beneficios para las políticas familiares: prestaciones de maternidad, pago de subsidios a padres para el cuidado de hijos enfermos; técnicas de fertilización in vitro; procedimientos de esterilización con fines anticonceptivos; provisión de métodos de anticoncepción hasta los 21 años y abortos legales.

quienes tienen hijos a cargo ya están destinando esfuerzos y recursos al cuidado de personas en situación de dependencia. Los jubilados aportan 1.95% de su monto jubilatorio al financiamiento del seguro.[22]

Las PHI están obligadas a brindar un seguro de cuidados a largo plazo cuyos beneficios son iguales al de carácter público, y en contrapartida, los asegurados de las PHI deben contratar dicho seguro.

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE ALEMANIA.



Nota: En el esquema se ha simplificado el flujo de los aportes de trabajadores, jubilados y empleadores al seguro de enfermedad. Se destinan directamente al fondo administrado por la Autoridad Federal de Seguros.

b. Elección de la cobertura.

Los beneficiarios del SHI eligen libremente la entidad aseguradora es decir el Fondo de Enfermedad que garantiza su cobertura. Estos originalmente estaban definidos por rama de actividad o por empresa y por ende cada uno de ellos daba cobertura sólo a los trabajadores de la rama o empresa correspondiente. Desde hace ya tiempo atrás se ha modificado esta situación y los FE son en su mayoría de carácter abierto, es decir que admiten trabajadores de cualquier sector de la economía, a excepción del Fondo de Enfermedad de los Trabajadores Agrícolas. Esto produjo un proceso de competencia entre los FE que derivó en la fusión de muchos de ellos

22 Las contribuciones se han incrementado sostenidamente desde la creación del seguro en 1996 y se prevé que deban seguir haciéndolo para mantener el financiamiento del mismo.

y en una cierta concentración de asegurados en una cantidad menor de entidades, en la medida que éstas fueron ingresando en la figura de fondos de enfermedad abiertos.

La competencia por la preferencia de los asegurados del SHI está regulada no solo por el Estado a través de sus diversos órganos (Ministerios de Salud Federal y Estaduales, Autoridad Federal de Seguros, entre otros), sino también por dispositivos institucionales de autorregulación como lo son las Asociaciones Regionales y Federal de Fondos de Enfermedad, las Asociaciones Regionales y Federal de Médicos, la Federación de Hospitales y el Comité Federal Conjunto que constituye el órgano más relevante en este sentido y que está constituido por representantes de las asociaciones federales mencionadas anteriormente y miembros neutrales.

En 2014 existían 132 FE de los cuales 10 (7,5%) concentraban 66% de los asegurados. La mayoría de los FE son abiertos (100 de los 132). Existen seis modalidades de FE: Regionales (AOK), por empresa (BKK); por sindicato (IKK), los denominados Sustitutos , el de los trabajadores mineros y el de los trabajadores agrícolas. Los AOK y los Sustitutos[23] fueron los primeros en abrir sus padrones a cualquier beneficiario del SHI.

LA POBLACIÓN CUBIERTA POR EL SHI SE DISTRIBUYE DE LA SIGUIENTE MANERA EN 2014:

Fondos de Enfermedad	Cantidad	Porcentaje de población del SHI
AOK	11	35%
Sustitutos	6	37%
BKK	107	17%
IKK	6	8%
Mineros	1	2%
Agrícolas	1	1%
Total	132	100%

Los FE son entidades sin fines de lucro de carácter “cuasipúblico” ya que se rigen por el derecho público sin ser entidades del Estado. Están obligados a aceptar dentro de su cobertura a todo beneficiario del SHI que así lo desee con independencia de su nivel de ingresos (y por tanto de contribuciones) y su estado de salud. A su vez, los beneficiarios del SHI pueden migrar de un FE a otro en cualquier momento, siempre que hayan permanecido un mínimo de 18 meses en el FE de origen. La situación de los trabajadores que tienen remuneraciones por encima del umbral de exclusión pero que optaron por mantenerse en el SHI, pueden migrar a otro SE en cualquier momento siempre que lo hagan con un aviso previo de dos meses.

Por su parte, los PHI son entidades privadas a las que las personas se afilian voluntariamente para contratar diversos planes de cobertura con precios de primas variables según el alcance

23 Denominados así porque surgieron a finales del siglo XIX como respuesta de algunos colectivos de trabajadores disconformes con el modelo de los seguros de enfermedad por empresa y por sindicato de la época. Muchos de los FE Sustitutos constituyeron los seguros de los trabajadores de “cuello blanco”.

del plan elegido y según el sexo, la edad y el estado de salud del asegurado al momento de su ingreso.

No obstante, estas normas, propias de los seguros privados, están reguladas para determinados casos. Dado que los trabajadores con ingresos salariales superiores al umbral de exclusión del SHI, que optaron por su afiliación a una PHI no puedan volver a la cobertura del seguro público aun cuando puedan quedar incluidos nuevamente, sea por modificación del umbral, sea por disminución de sus ingresos, los seguros privados están obligados para estos casos, a ofrecer un plan de seguro con los mismos beneficios que ofrece el SHI, cuya prima no puede superar la contribución máxima promedio a los fondos de enfermedad. Esta norma alcanza a quienes hayan permanecido en una PHI al menos diez años y tengan más de 65 años o 55 en caso que sus remuneraciones se ubiquen por debajo del umbral de exclusión del SHI.

En 2012 el SHI daba cobertura a 85% de la población, en tanto los PHI cubrían a 11%. El 4% restante corresponde a la población cubierta por los esquemas propios del Gobierno (militares y policías) y por colectivos no alcanzados por el SHI (inmigrantes y beneficiarios de seguridad social cuya atención se canaliza como ya se mencionó, a través de los FE pero financiados directamente por el Estado).

El 85% de la población que queda cubierta por el SHI, se compone por 35% de trabajadores cotizantes, 18% de sus beneficiarios (hijos y cónyuges), 21% de jubilados y 2% de personas a cargo de estos últimos. A estos se suman 5% de afiliados voluntarios es decir que optan por permanecer en el SHI, y 4% de personas a cargos de estos.

COBERTURA DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESQUEMA DE FINANCIAMIENTO.

COBERTURA	Porcentaje
Seguro Público de Salud (SHI) (Seguridad social)	85%
Trabajadores (seguro obligatorio)	35%
Beneficiarios del trabajador	18%
Jubilados (seguro obligatorio)	21%
Beneficiarios del jubilado	2%
Trabajadores (seguro opcional)	5%
Beneficiarios del trabajador	4%
Seguros Privados de Salud (PHI) (Pago del bolsillo)	11%
Esquemas financiados por el Gobierno (recursos fiscales)	4%
TOTAL	100%

c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

Como se desprende de lo señalado hasta aquí, en el sistema alemán es posible identificar más de un subsistema. Son particularmente relevantes el que opera en torno al SHI y el que está constituido por los PHI.

El sistema de carácter público representado en el SHI, está integrado por la Autoridad Federal de Seguros como administrador de los fondos, los FE como aseguradoras de los beneficiarios y

un conjunto de proveedores individuales e institucionales (profesionales médicos y hospitales) cuyas organizaciones de segundo y tercer grado representan los agentes de negociación con las aseguradoras en relación a las formas de pago y su precio. Constituye un típico sistema obligatorio con doble contratación de asegurador y prestador.

Por otro lado existe un subsistema que podría denominarse mixto por cuanto el beneficiario está obligado a optar por una cobertura de salud en régimen de seguro, pero puede hacerlo en el SHI o en el ámbito de las aseguradoras privadas, opción en la cual está exonerado de realizar el aporte al fondo del seguro público y debe pagar las primas directamente a la PHI por la que haya optado. El carácter de alguna manera público de este esquema, está dado por la mencionada obligatoriedad y la regulación del paquete de prestaciones y del precio de la prima a la que está sujeto.

En tercer lugar se puede identificar el subsistema de seguros privados tradicional en el que de manera voluntaria los individuos contratan un plan de seguro cuyo alcance y precio está determinado libremente por el asegurador.

Cualquiera de los dos esquemas que giran en torno a los PHI supone que la provisión de servicios está a cargo de proveedores individuales o institucionales igual que en el caso del sistema público.

Por último, existe un subsistema de aseguramiento específico para funcionarios públicos en el ámbito de los seguros privados.

Es de señalar que los PHI ofrecen paquetes de cobertura complementarios tanto a los asegurados del SHI como a aquellos que tienen un plan básico de seguro en una PHI. En general se trata de seguros que como su nombre lo indica, complementan la canasta de prestaciones del SHI o adicionan servicios. Es así que por ejemplo, se incluye la ampliación de la cobertura odontológica, subsidios a los copagos (por internación, servicios asistenciales complementarios y medicamentos) y atención domiciliaria de largo plazo. Se estima que 23% de la población cubierta por el SHI ha optado por contratar un seguro complementario en una PHI.

Con relación al sistema SHI, la Autoridad Federal de Seguros tiene la responsabilidad por la determinación de la unidad de pago con que se reembolsa a los FE y de realizar los ajustes correspondientes según la morbilidad de su cartera de asegurados. Además supervisa la legalidad de las decisiones tomadas en los ámbitos de negociación entre los FE y los proveedores.

El sistema alemán presenta un importante nivel de autorregulación de parte de las entidades que lo conforman, que en muchos casos adoptan la figura jurídica de corporación privada sin fines de lucro alcanzadas por normas legales de carácter público.

Estas corporaciones son básicamente los Fondos de Enfermedad y su expresión de segundo y tercer grados, es decir las Asociaciones Regionales de Fondos de Enfermedad y la Asociación Federal de Fondos de Enfermedad, y del lado de los proveedores las Asociaciones Médica y Odontológica Federales y la Federación Alemana de Hospitales.

Los médicos están obligados legalmente a adscribirse en cada uno de los Estados Federales, a su correspondiente Asociación Médica Regional. Estas asociaciones que son las que dan lugar a la Asociación Médica Federal de estatus corporativo, están obligadas a mantener una adecuada disponibilidad de profesionales médicos en la región a la que pertenecen, además de asegurar la formación profesional médica continua de sus miembros.

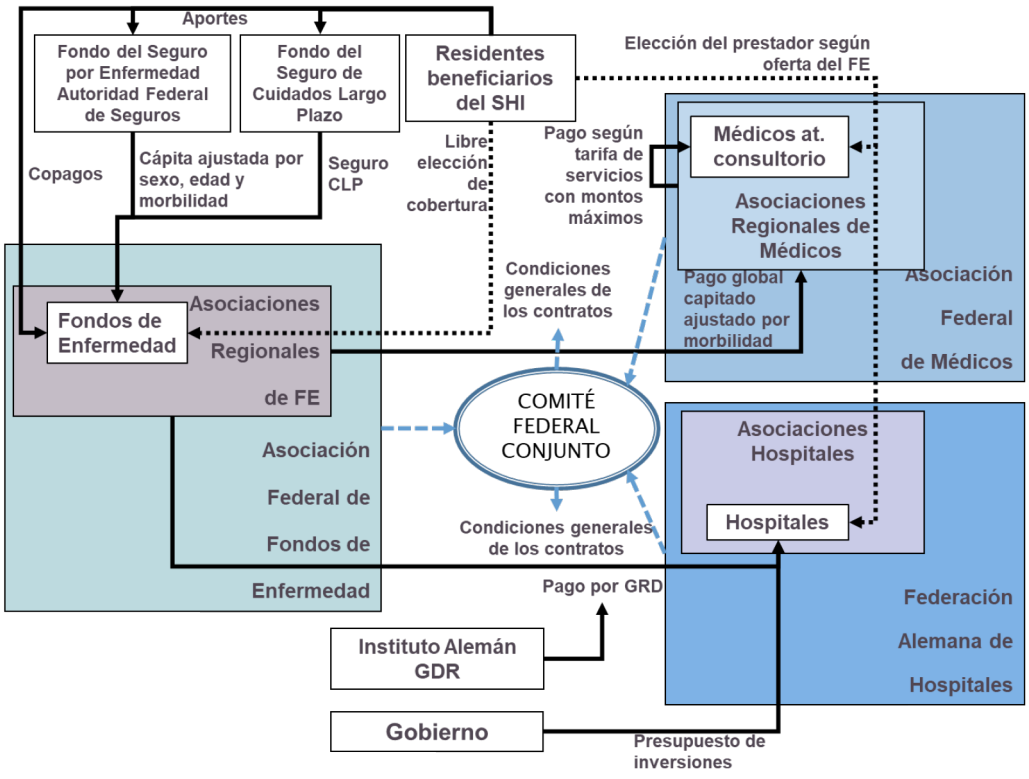
Por su parte, los hospitales se agrupan en organizaciones de segundo grado de nivel estadual y en asociaciones de carácter privado. A su vez, conforman la Federación Alemana de Hospitales que si bien tiene carácter privado participa de los órganos de decisión del sistema como lo hacen las entidades corporativas de seguros y proveedores individuales.

El principal órgano de toma de decisiones dentro del sistema SHI es el Comité Conjunto Federal al que la normativa le ha delegado la regulación bajo determinadas directrices, de la canasta de prestaciones del SHI, de la regulación de las modalidades de pago entre los FE y los proveedores y sus formas contractuales generales así como las decisiones relativas a la incorporación de nuevas tecnologías y la regulación de la calidad de la atención.

Para ello cuenta con el apoyo del Instituto de Calidad y Eficiencia (organismo privado que realiza las evaluaciones económicas de los nuevos medicamentos) y el Instituto de Calidad y Transparencia.

El órgano de decisión del Comité cuenta con trece miembros: cinco de la Asociación Federal de Fondos de Enfermedad, dos de la Federación Alemana de Médicos, dos de la Federación Alemana de Hospitales, uno de la Asociación Federal de Odontólogos y tres miembros neutrales que son propuestos por el Ministerio Federal de Salud que requieren la aprobación del Comité de Salud del Parlamento. Las organizaciones de pacientes acreditadas participan con cinco representantes en ámbitos consultivos del Comité.

SEGURO OBLIGATORIO CON DOBLE CONTRATACIÓN DE ASEGURADORA Y PRESTADOR.



d. Composición de la atención integral.

No existe un listado taxativo de las prestaciones y beneficios incluidos en la cobertura del SHI. Por el contrario se emiten y actualizan listados negativos, particularmente referidos a los medicamentos excluidos de la cobertura. La lista negativa de medicamentos incluye los denominados medicamentos para enfermedades triviales (antigripales, descongestivos nasales, por ejemplo), las presentaciones que combinan dos o más fármacos, los fitosanitarios, los productos homeopáticos, los fármacos de venta libre en farmacia y aquellos para los que no existe un precio de referencia definido por el regulador.

No obstante, la regulación de manera genérica establece la composición de la canasta mediante la inclusión de las modalidades de atención y servicios que en general deben estar comprendidos. Por otra parte, la lista de prestaciones incluida en la tarifa de pago a los médicos en la atención ambulatoria y los GDR que integran la fórmula de pago a los hospitales, dan una idea de la amplitud y alcance de la cobertura.

El Comité Conjunto Federal dispone de un amplio margen de decisión sobe el paquete de prestaciones a las que se obligan los FE frente a sus beneficiarios.
De alguna manera la integralidad de la atención se complementa con las prestaciones que se financian a través del Seguro de Cuidados de Largo Plazo.

Si bien todos los residentes están obligados a afiliarse a este seguro (sea a través del SHI o de los PHI), las prestaciones y beneficios del mismo sólo se aplican a aquellos asegurados que cumplen con determinados requisitos que les permiten calificar como beneficiarios concretos. A su vez quienes califican para las prestaciones del seguro se clasifican en tres grupos en función de su grado de dependencia y discapacidad, lo que determina el nivel de prestaciones a los que pueden acceder.[24]

A su vez, los beneficiarios calificados para las prestaciones pueden elegir entre los beneficios en especie o los subsidios económicos para la contratación de servicios.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

La oferta de proveedores está básicamente integrada por los médicos de atención ambulatoria que atienden en sus consultorios y los hospitales cuyos servicios de urgencia / emergencia se encargan de la atención ambulatoria fuera del horario de atención de los médicos, y de las situaciones de emergencia.

La oferta de hospitales es variada en términos de propiedad. Hay hospitales públicos, privados sin fines de lucro y con fines de lucro. Los FE contratan con los dos primeros tipos de hospital y el mecanismo de pago utilizado es el pago por GRD. El Instituto Alemán de GDR, que es financiado por los aseguradores y los prestadores, tiene a su cargo el mantenimiento y actualización del sistema de determinación y cálculo de los GRD y para ello todos los hospitales están obligados a proporcionar la información necesaria (estructura de costos, casuística, diagnósticos). La tabla de GRD con sus correspondientes precios se actualiza anualmente con base en los datos del

24 **Grado I:** el apoyo es necesario para al menos dos actividades en las áreas de cuidado corporal, alimentación y movilidad (al menos una vez al día) y limpieza (al menos varias veces a la semana) con una duración media general de al menos 90 minutos diarios; **Grado II:** el apoyo es necesario al menos tres veces al día con una duración media general de al menos tres horas diarias; y **Grado III:** el apoyo es necesario durante todo el día, incluidas las noches con una duración media general de al menos cinco horas diarias.

año precedente. El precio asignado a cada GRD resulta de un mecanismo complejo que tiene en consideración el "case mix" del conjunto de hospitales de cada Estado.

El financiamiento de los hospitales se realiza entonces a partir de los pagos por GRD que realizan los FE que contratan sus servicios. Sin embargo, estos aun no incluyen en su precio los costos de inversión, por lo que el Gobierno Federal y los Gobiernos Estaduales según los casos, subsidian a partir de fondos provenientes de impuestos generales, las inversiones hospitalarias siempre que estas se alineen con los requerimientos definidos por los Gobiernos de los Estados.

La cirugía ambulatoria que se realiza en los hospitales es reembolsada por el FE correspondiente mediante un mecanismo de pago diferente en base a tarifas acordadas entre las partes.

Los proveedores de atención ambulatoria están representados básicamente por los médicos acreditados ante el SHI, que están obligados formalmente a afiliarse a su correspondiente Asociación Regional.

El mecanismo de pago a los profesionales reconoce dos etapas. La primera, corresponde al pago que realizan los FE de un determinado Estado a la Asociación Médica Regional de ese mismo Estado. La segunda, es la distribución que hace la Asociación entre sus médicos miembros acreditados ante el SHI.

En el primer mecanismo cada FE transfiere un monto que surge de la cantidad de personas inscriptas en sus padrones y las necesidades de atención que requieren. Se trata de una especie de cápita ajustada por morbilidad. El ajuste por morbilidad y el precio de la cápita se acuerdan entre la Asociación Regional de FE y la Asociación Médica Regional pero con una cota que establece el monto total máximo a transferir a la Asociación Médica Regional.

Existen otros dos componentes en este pago, uno relacionado con pagos contingentes ante situaciones imprevistas (epidemias, catástrofes) y otra de pago según tarifa de algunas prestaciones en particular (por ejemplo, la cirugía ambulatoria, prestación en la que "compite" con los hospitales).

Por su parte, la Asociación Médica Regional reembolsa a sus médicos afiliados y acreditados ante el SHI, mediante un mecanismo de pago complejo que en términos simples se puede definir como un pago basado en una tarifa de prestaciones, acordada entre la corporación médica regional y la Asociación Regional de los FE. A cada prestación o servicio incluido en la tarifa le corresponde un determinado puntaje cuyo valor está determinado por el precio de referencia de cada punto. Sin embargo, el sistema prevé un volumen estándar de prestaciones esperable para cada médico en cada trimestre según su casuística de pacientes, que opera como el máximo de remuneración al que puede acceder con independencia de si realiza más actos o servicios en el período.

Existen dos modelos alternativos minoritarios de contratación de atención médica ambulatoria por parte de los FE. Estos son, el modelo de atención médica familiar y el modelo de atención integrada. En estos casos el vínculo contractual se verifica directamente entre el FE y los médicos acreditados organizados en esas modalidades organizativas.

El uso de los servicios de los proveedores en el sistema alemán requiere copagos para algunos servicios ambulatorios y de internación. Estos se definen como montos fijos no relacionados con el costo de los servicios y en general el mecanismo vigente es el pago al proveedor con eventual posterior reembolso del seguro al usuario.

A nivel ambulatorio, las primeras consultas médicas y odontológicas en un trimestre y las consultas con especialistas sin derivación de otro colega tienen un copago de entre € 5 y € 10.

La provisión de dispositivos médicos y de medicamentos a nivel ambulatorio para el caso de especialidades farmacéuticas con precio de referencia, tienen un copago de € 10 por receta.

También están sujetos a copagos los traslados en ambulancia de pacientes internados para realización de estudios o el traslado a los servicios de emergencia (entre € 5 y € 10). En el caso de los traslados para tratamientos ambulatorios el usuario asume el costo total del servicio.

La internación tiene un copago de € 10 por día que aplican a los primeros veintiocho días de internación en el año.

Existen exoneraciones y topes a los copagos. Los niños menores de 18 años están exonerados y en el caso de los adultos existe un monto máximo anual equivalente a 2% del ingreso familiar bruto. Este tope se reduce al 1% del ingreso bruto anual para las personas portadoras de patologías crónicas que acrediten haber sido tratadas al menos una vez en cada trimestre durante al menos un año y presente además un determinado nivel de dependencia o un determinado porcentaje de discapacidad.

A nivel del Seguro de cuidados a Largo Plazo el sistema es de costos compartidos. En términos generales este seguro contempla el pago de 50% de los costos de atención.

13. El sistema francés

El sistema de salud francés representa un caso particular en el que el proceso histórico de su conformación ha ido perfilando un viraje desde un modelo básicamente “bismarckiano” hacia un esquema con elementos claramente relacionados a un sistema de tipo Beveridge. Esto es en gran medida, porque desde sus inicios las contribuciones a la seguridad social fueron consolidadas en un único fondo, por la alta regulación del sistema desde las estructuras de gobierno (central y regionales) que apuntan a asegurar la cobertura universal para un paquete de prestaciones homogéneo y por la introducción de mecanismos de financiamiento vinculados al nivel de renta de los contribuyentes y a impuestos generales y específicos.

Es un modelo de cobertura prácticamente universal financiado de manera mixta por contribuciones a la seguridad social y por impuestos, con un seguro público como eje central pero con participación de aseguradores privados, con provisión de servicios a cargo de agentes públicos y privados.

a. Esquemas de cobertura vigentes y financiamiento del sistema.

El sistema basado en el seguro social es de alcance universal y su cobertura abarca las prestaciones asistenciales y el pago de subsidios por enfermedad, maternidad, paternidad y discapacidad. No obstante, más de 90% de la población cuenta con seguros privados voluntarios complementarios como se verá más adelante.

Los trabajadores asalariados e independientes, así como los jubilados, los desempleados en seguro de paro y los estudiantes, quedan comprendidos en la cobertura del seguro público de carácter obligatorio (SHI - Social Health Insurance). La cobertura del seguro se extiende a las personas que dependen del titular.

Los esquemas de cobertura del seguro mantienen en grandes rasgos, su relación con la rama de

actividad a la que pertenecen los trabajadores y esto se traduce en sus correspondientes fondos de financiamiento.

Existen tres grandes cajas o fondos: la Caja Nacional de Seguro de Enfermedad de los Trabajadores Asalariados, el fondo de la Mutualidad Social Agrícola y el fondo de los trabajadores independientes.

En el primer esquema de cobertura quedan incluidos los trabajadores de industria y comercio y sus familias. En conjunto representan 88% de la población.

El fondo de la Mutualidad Social Agrícola, es el esquema de cobertura de los productores y empleados de la actividad agrícola y sus familias (representa 5.1% de la población) y el fondo de los trabajadores independientes abarca a todos quienes desarrollan actividades fuera de la relación de dependencia (6% de la población).

En todos los casos los jubilados permanecen en sus respectivos esquemas de cobertura una vez que alcanzan tal condición.

A estos tres grandes fondos se agregan esquemas más pequeños relacionados con funcionarios públicos, estudiantes y personal militar que de todas maneras quedan incluidos en el esquema general del SHI.

Es de señalar que existen algunos esquemas de cobertura autónomos por fuera del seguro público general (pese a su carácter obligatorio). Tal el caso de los trabajadores mineros, ferroviarios, del mar y de la banca nacional.

Los esquemas de cobertura de salud que de alguna manera operan como seguros por rama de actividad no compiten entre sí por la preferencia de los asegurados ya que estos están obligados a adscribirse al que le corresponde en razón de su actividad y porque en definitiva sus aportes se mancomunan en un único fondo.

Quienes no quedan incluidos en los esquemas de cobertura precedentes o perciben ingresos familiares por debajo de determinado monto y tienen la condición de residentes en el país, quedan comprendidos en la cobertura básica del denominado fondo de cobertura universal (CMU) que es subsidiado por el Estado. Se estima que estos representan 3.4% del total de asegurados.

De alguna manera, al igual que en otros sistemas de base bismarckiana, el modelo ha ido virando hacia un esquema en el que la condición para acceder a la cobertura del seguro público no es el carácter de trabajador, sino el de residente en el país.

Los esquemas de cobertura se nuclean en la Unión Nacional de Fondos de Seguro de Salud (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM) que tiene por cometido administrar el SHI y negociar los contratos de servicios con los proveedores del sistema.

El financiamiento del seguro social (SHI) reconoce varias fuentes. Los empleadores están obligados a realizar aportes a este seguro por el 13,1% de la nómina salarial de sus empleados.

Por su parte, los trabajadores aportan a través de dos mecanismos. Uno de ellos es a través de una contribución de 0.75% de su ingreso salarial bruto.

La otra vía es mediante el pago de un impuesto específico que alcanza a todas las personas y aplica a todas sus fuentes de ingresos, denominado Contribución Social General (CSG). Las

tasas de aporte de este impuesto y la proporción del mismo que se destina al financiamiento del SHI, varían según nivel y origen de los ingresos.

Ingreso	CSG	SHI
Salario	7.5%	5.29%
Salarios bajos	3.8%	
Rentas de capital	8.2%	5.95%
Jubilación	6.6%	4.35%
Juegos de azar	Hasta 12%	
Subsidio por desempleo o por enfermedad	6.2%	3.95%

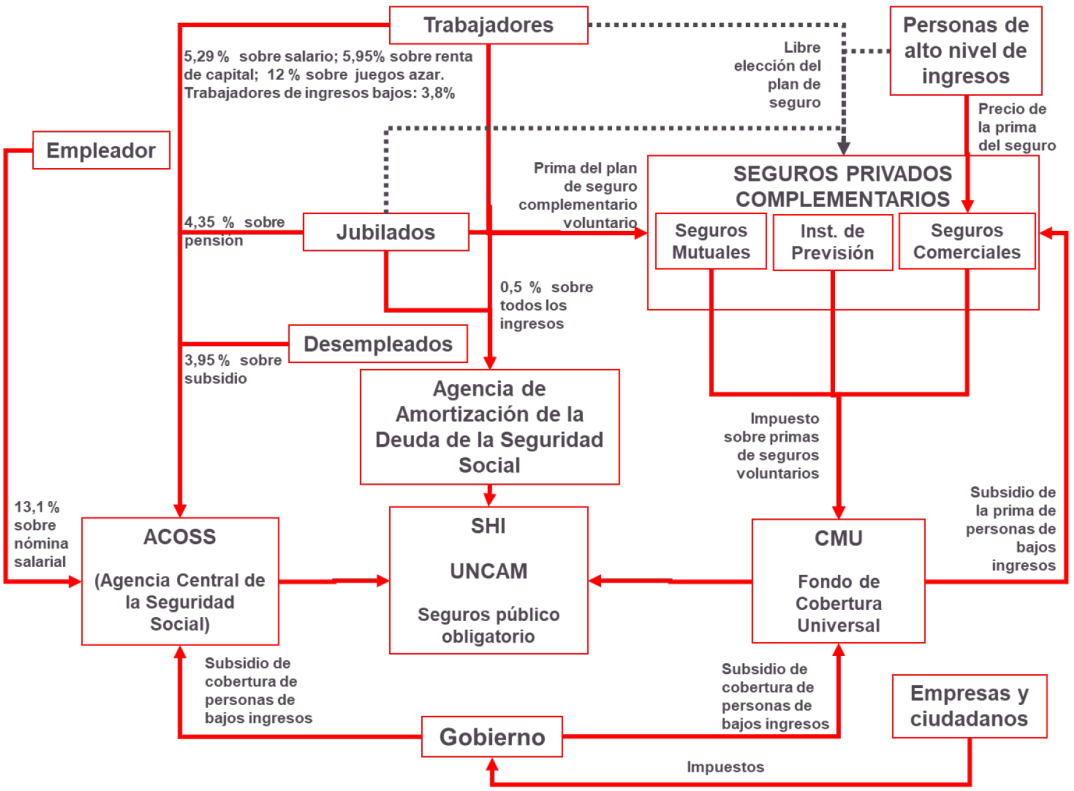
Existe además, una serie de impuestos específicos que contribuyen al financiamiento del seguro a través del sistema de CSG. Por un lado la industria farmacéutica aporta el equivalente por esta vía a 1.6% de su facturación. Las empresas que superan determinado volumen de negocios al año, están alcanzadas por un impuesto de 0.13% sobre ventas. A esto se agregan un impuesto a las empresas que desarrollan actividades consideradas contaminantes, un impuesto a la venta minorista de drogas y un impuesto sobre las primas que cobran las aseguradoras privadas por los seguros complementarios que contratan los beneficiarios del SHI, que se destina básicamente al financiamiento de la contratación de un seguro privado voluntario a quienes califican para la cobertura del CMU.

Los recursos provenientes de la aplicación del CSG y las restantes fuentes de financiamiento se integran en un único fondo administrado por la Agencia Central de la Seguridad Social que destina la cuota parte que le corresponde al SHI.

Por otra parte, la Agencia de Amortización de la Deuda de la Seguridad Social administra la recaudación de un impuesto de 0.5% que aplica sobre todos los ingresos de las personas con independencia de su naturaleza. Este organismo tiene por objeto acotar el crecimiento de la deuda del sistema de seguridad social en general.

En suma, el SHI se financia con la cuota parte que le corresponde de las CSG, el aporte del empleador sobre la nómina salarial de los empleados y el impuesto a la renta nacional con asignación específica (85%); los impuestos aplicados al tabaco y al alcohol, la industria farmacéutica y las aseguradoras privadas (13%); y los subsidios estatales (2%).

ESQUEMA GENERAL DE COBERTURA Y ASEGURAMIENTO EN EL SISTEMA DE SALUD DE FRANCIA.



Anualmente el Parlamento aprueba una ley de financiamiento de la seguridad social, de iniciativa del Gobierno Nacional, a partir del asesoramiento de diversos organismos, en la que se establece el límite máximo de gasto para el SHI (denominado ONDAM - Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie), las líneas de acción sanitarias a desarrollar y los eventuales cambios o ampliaciones del alcance de la cobertura del seguro que surgen a partir de ellas, y en ese caso las nuevas alícuotas de contribución de los beneficiarios del SHI y/o de los impuestos destinados a su financiamiento.

Se trata de una especie de regla fiscal pero que se reconoce tiene un carácter laxo en tanto el SHI paga retrospectivamente los gastos en que incurre. Sin embargo, los acuerdos entre el SHI y los proveedores, sobre todo los de nivel ambulatorio, y aun los que se verifican entre los VHI y sus proveedores, deben enmarcarse dentro de los lineamientos que surgen del nivel de gasto máximo aprobado por el Parlamento. Este además discrimina el gasto máximo según se destine a: la atención proporcionada por privados (caso de la atención ambulatoria principalmente), la atención hospitalaria, incluida la ambulatoria en hospitales; la asistencia médica y social de personas mayores y discapacitados; y otros tipos de gastos de menor entidad.

El esquema de cobertura general obligatoria del SHI se complementa con el sistema de cuidados de largo plazo para personas mayores y discapacitados que se financia a partir de recursos del SHI y de contribuciones voluntarias (equivalentes a una jornada laboral) que se integran en el Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía.

El sistema de salud se completa con los seguros privados voluntarios (VHI) a los que recurren los

beneficiarios del SHI para mejorar el acceso a prestaciones del seguro público o aun para acceder a prestaciones no incluidas en dicha cobertura. En estos casos la contratación del seguro puede ser individual o colectiva a través de las empresas y en este caso, los empleadores asumen un porcentaje del pago de las primas.

b. Elección de la cobertura.

En la medida que el SHI tiene carácter obligatorio, los individuos no tienen libertad para elegir alternativas de cobertura distintas a aquella. Sin embargo, sí disponen de libertad de elección para el caso de la cobertura a través del seguro privado voluntario.

Adicionalmente, el sistema permite al usuario en el sistema del SHI, elegir libremente el proveedor, sea este el médico general o el especialista a quién aquél lo deriva o el hospital donde atenderse en caso de necesitarlo. El único modulador de la elección lo constituye eventualmente la diferencia en el nivel del copago entre un proveedor u otro, el porcentaje de reembolso del costo de la prestación o la eventualidad de una facturación adicional a la tarifa acordada entre el seguro y el proveedor, por parte del profesional actuante.

Obviamente en el caso del sistema de VHI, la libertad de elección del proveedor puede estar limitada a los profesionales y hospitales que estén dentro del acuerdo del seguro.

c. Sistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

Claramente existen dos subsistemas de aseguramiento y provisión de servicios.

El primero es de alcance universal y como ya se ha visto, es de carácter público (obligatorio) financiado por múltiples fuentes que se integran en un fondo único, a partir del cual se contratan los servicios asistenciales (sistema SHI). Es además, un modelo de seguro con reembolso, es decir que el usuario paga por los servicios al momento de consumirlos, y el seguro le reintegra los gastos o una proporción de ellos según la prestación de que se trate. El sistema está migrando hacia un pago a cargo del seguro para dejar de lado el sistema de reembolsos. Existe además, un sistema de copagos, deducibles y coseguros que aplican al momento del consumo de los servicios que si bien reconoce excepciones y exenciones representa una dificultad potencial en el acceso a las prestaciones.

El segundo subsistema es un modelo de cobertura voluntario pero de alcance casi universal (90% de la población está cubierta en esta modalidad), financiado por el pago de primas (de diferente precio según el plan de cobertura elegido y el riesgo del beneficiario), a aseguradoras privadas de su elección, que a su vez contratan a los proveedores de servicios asistenciales. Los planes de seguro ofrecidos en este subsistema generalmente son de carácter complementario al plan de beneficios ofrecido por el SHI y apuntan a mejorar el acceso al evitar o minimizar los copagos o los coseguros a los que está sujeto el beneficiario en el sistema del seguro público, además de ofrecer eventualmente otras prestaciones no incluidas en la canasta del SHI.

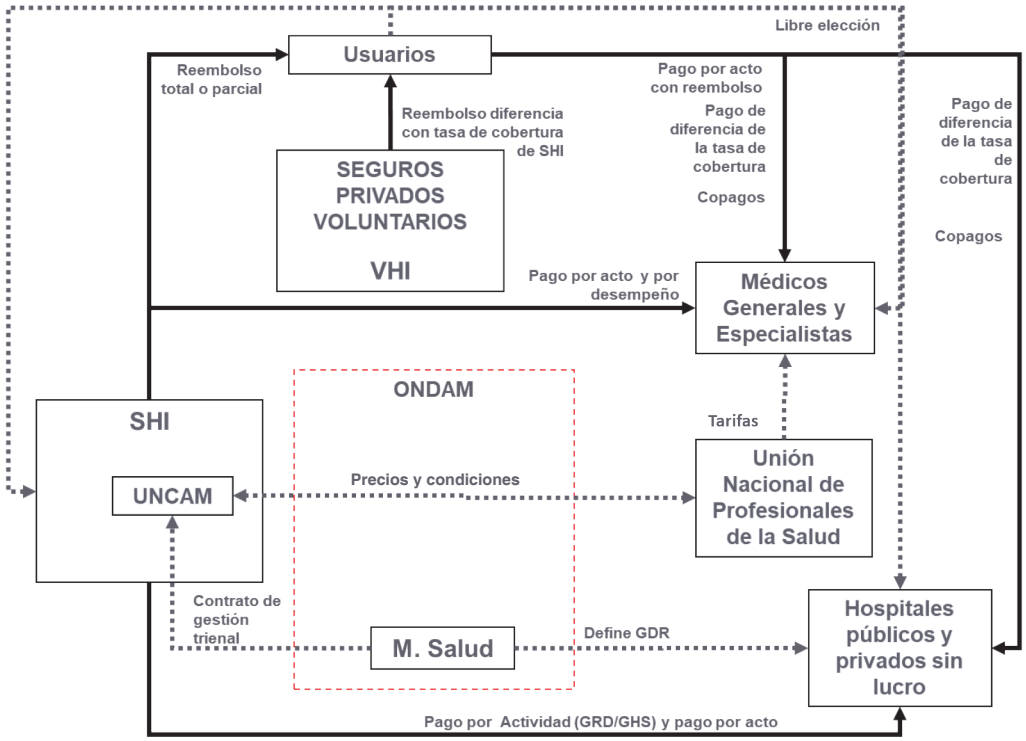
A diferencia del subsistema del seguro público en que los esquemas de cobertura no compiten entre sí, el de los VHI es un mercado en competencia por la preferencia de los individuos, aun cuando está integrado mayoritariamente por organizaciones sin fines de lucro y está altamente regulado.

Existen tres modalidades organizativas de seguros privados voluntarios. La forma mayoritaria (constituyen 82% del total) es la de Asociaciones Mutuales sin fines de lucro. Estas pretenden ofrecer planes de seguro no diferenciados por capacidad de pago y aplican un criterio limitado de

diferenciación del precio según el riesgo del asegurado.
La segunda modalidad es la del Seguro Comercial (13% del total de los VHI) que discriminan el precio de sus primas según la amplitud del plan de cobertura y el riesgo del asegurado entre otras variables.

Por último, las Instituciones Previsionales (5% del total) son organizaciones sin fines de lucro que apuntan al aseguramiento colectivo con primas que pretenden ser lo más homogéneas posible.

SEGURO OBLIGATORIO CON CONTRATACIÓN DE PRESTADOR.



d. Composición de la atención integral.

La canasta de prestaciones incluida en la cobertura del SHI es amplia y está definida taxativamente por el Ministerio de Salud y la administración de los fondos del SHI. Comprende la atención ambulatoria a cargo de médicos generales y especialistas y de otras profesiones de la salud; la atención en internación; los procedimientos de diagnóstico y tratamiento; los medicamentos, dispositivos y materiales, siempre que hayan sido prescritos por médicos, y el traslado en unidades móviles.

Existen listas positivas de servicios, prestaciones e intervenciones diferenciadas según se trate de procedimientos e intervenciones médicas, procedimientos de otros profesionales de la salud, medicamentos de uso ambulatorio, dispositivos y materiales de uso médico y medicamentos de uso en internación que no están incluidos en los GRD por los que se les paga a los hospitales.
No existe una lista de procedimientos no incluidos en la cobertura sino que por defecto, si no

están expresamente contempladas quedan por fuera del financiamiento del SHI.

Las innovaciones tecnológicas, sean medicamentos, procedimientos o dispositivos, están sujetas a un proceso de evaluación a cargo de la Autoridad Nacional de Salud (HAS).[25] La decisión de su inclusión en las listas positivas del paquete de prestaciones del SHI está a cargo del Ministerio de Salud, mientras que la decisión respecto al grado de cobertura, es decir que proporción de su costo queda dentro del financiamiento del seguro, es responsabilidad del propio SHI. El precio de la nueva tecnología es definida por el Comité Económico de Productos de Salud (CEPS).[26]

Existen además ciertas limitaciones en cuanto a la cantidad de procedimientos o de dispositivos que pueden ser suministrados a un mismo paciente, aunque se trate de prestaciones incluidas en las listas de cobertura del SHI. Esto aplica a prestaciones de alto costo.[27]

Si bien la canasta de prestaciones es muy amplia y no discrimina las de alta complejidad mediante un sistema de cobertura propio, no lo es tanto en cuanto al grado de cobertura financiera de los procedimientos. En general, el beneficiario del SHI debe hacerse cargo del pago de una cierta proporción del precio de la prestación.

e. Organización y financiamiento de la oferta.

La atención ambulatoria es provista casi en su totalidad por agentes privados, entendiendo por tales a los profesionales médicos que desarrollan su actividad de manera autónoma en sus propios consultorios individuales o colectivos o aun en clínicas multidisciplinarias, a otros profesionales de la salud y a servicios y clínicas que brindan procedimientos de diagnóstico y tratamiento.

El vínculo del SHI con los médicos y otros profesionales se realiza dentro del marco de los acuerdos alcanzados en los ámbitos de negociación entre la Unión Nacional de Fondos de Seguro de Salud y la Unión Nacional de Profesionales de la Salud. En este ámbito se definen los mecanismos de pago y sus correspondientes tarifas. Otro tanto sucede con relación a las clínicas de diagnóstico y tratamiento.

La modalidad de remuneración predominante es el pago por acto o servicio de acuerdo a una tarifa determinada previamente, al que en algunos casos se agrega un componente capitativo y un pago por desempeño. Este último es un incentivo al desarrollo de actividades priorizadas por el Ministerio de Salud que va desde el llenado de registros clínicos electrónicos hasta el cumplimiento de normas de tratamiento y seguimiento de pacientes diabéticos e hipertensos.

En el caso de los VHI el pago a los médicos es exclusivamente por acto o servicio.

El modelo mayoritario es el pago directo del usuario al profesional y el reembolso parcial posterior del SHI al paciente, pero como ya se dijo se está migrando hacia un esquema en el que el pago al médico lo realice el seguro.

25 La Autoridad Nacional de Salud es un organismo público independiente con autonomía financiera, encargada de la evaluación de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos, de la publicación de directrices de tratamientos, de la acreditación de organizaciones de atención médica y de la certificación de los médicos.
26 Se trata de un comité interministerial compuesto por representantes de los ministerios de salud, de economía y de investigación, y representantes de SHI y de los VHI.
27 Tal es el caso por ejemplo, de la fertilización in vitro que se limita a cuatro intentos con un máximo de edad de 42 años.

En tanto actúan de manera autónoma, los médicos pueden en ocasiones aplicar un precio superior al determinado en la tarifa si la consulta se produce fuera de determinadas condiciones definidas por el SHI. En este caso el pago queda a cargo del asegurado.

La atención ambulatoria especializada o de segundo nivel, se realiza a nivel de los consultorios privados de los médicos o en la consulta externa de los hospitales. En el primer caso el mecanismo contractual con el SHI es el mismo que para los médicos del primer nivel de atención. En el segundo, los médicos desarrollan su actividad como asalariados si se trata de un hospital público y por tanto su remuneración está incluida en el financiamiento del hospital. Si se trata de un hospital privado, en general se mantiene el pago por servicio.

La atención en internación se realiza en hospitales públicos (65% de la actividad hospitalaria), privados sin fines de lucro (10%) y con fines de lucro (25%). En general el SHI contrata con las dos primeras categorías a partir de acuerdos negociados entre la UNCAM y los hospitales pero también lo hace en distintas condiciones con los hospitales privados con fines de lucro.

El mecanismo de pago del seguro público a los hospitales es predominantemente por grupos relacionados por el diagnóstico (GRD) que son definidos por el Ministerio de Salud. Sin embargo, este medio de pago cubre sólo la actividad hospitalaria por lo que, como ya se vio, también hay un pago por servicios para las prestaciones ambulatorias coordinadas y la atención de urgencia en los servicios centralizados de los hospitales.

A esto se agregan eventuales pagos adicionales por prestaciones innovadoras y para financiar medicamentos de alto costo que aún no fueron incorporadas formalmente al paquete de beneficios del SHI pero que el seguro considera conveniente financiar porque han demostrado su eficacia.

Existen además partidas no vinculadas directamente a la actividad hospitalaria asistencial que complementan el financiamiento de algunos hospitales. Estas son las que están destinadas a la enseñanza y la investigación en el caso de los hospitales docentes y a la investigación clínica asociada a la evaluación de nuevas tecnologías.

El 80% del financiamiento de los hospitales públicos proviene del SHI y el restante 20% del pago directo del usuario (copagos, coseguros y deducibles) y de los VHI. Estos remuneran a los hospitales bajo las mismas modalidades que el seguro público.

Los hospitales privados también se financian mediante el sistema de GRD pero en estos casos la tarifa aplicada es menor a la de los hospitales públicos, porque los médicos se desempeñan en estos hospitales fuera de la relación de dependencia y cobran por servicio y por tanto su salario no está incluido en los costos contemplados en los GRD.

Los usuarios al momento de consumir los servicios deben abonar el servicio al proveedor. El SHI reembolsa parcialmente el pago y si el usuario cuenta con un VHI complementario, este reembolsará a su vez, total o parcialmente la diferencia de acuerdo al plan que haya contratado. Ya se ha mencionado el proceso tendiente a eliminar el reembolso por parte del SHI para pasar a un esquema de pago directo a cargo del seguro.

En el caso de la atención en internación por norma general, el SHI financia 80% del precio determinado en la tarifa acordada entre el seguro y los hospitales. Vale decir que los pacientes deben abonar el 20% restante. A su vez, los procedimientos diagnósticos y terapéuticos (excepto los estudios por imagen) que se practican durante la internación están sujetos a un copago de €18 si el precio de la tarifa es superior a €120.

Existen situaciones en las que se exceptúa la aplicación de estos criterios que están debidamente explicitadas y en las que el SHI cubre 100% del precio y exonera el copago por procedimientos.

Estas son:

- Internación prolongada (dejan de aplicarse a partir del día 31).
- Atención del parto y el puerperio.
- Recién nacidos en los primeros 30 días de internación.
- Internación por accidentes ocupacionales.
- Pacientes portadores de una patología crónica que motiva la internación y que está incluida en una lista taxativa de casos.
- Beneficiarios del Fondo de Cobertura Universal (de menores recursos).
- Pensionistas por discapacidad.
- Jubilados militares.
- Menores internados por tratamientos relacionados con su condición de víctimas de delitos sexuales.
- Tratamientos de infertilidad.

Adicionalmente, los pacientes internados deben pagar un copago por alimentación y hospedaje de € 18 diarios con prácticamente las mismas excepciones que en los casos anteriores.

En la atención ambulatoria el SHI cubre 70% de la tarifa de consulta acordada por el seguro con los proveedores médicos y 60% de la tarifa por prestaciones con otros profesionales y por exámenes de laboratorio.

Por su parte, existe un copago de € 18 por cada procedimiento diagnóstico o terapéutico indicado por el médico, cuya tarifa sea superior a € 120, que también aplica al caso en que la suma de las tarifas de los procedimientos indicados en una única consulta supere ese monto.

La cobertura de la tarifa de consultas a cargo del SHI cae a 30% en el caso de las consultas realizadas a un médico de elección que no sea el médico de referencia del paciente o a un especialista al que no haya sido derivado por su médico de referencia.

Con relación a los medicamentos, la proporción del precio cubierta por el SHI es variable según su valor terapéutico y su costo. En términos generales el SHI cubre 65% del precio del medicamento, pero puede llegar a 100% si se trata de fármacos de alto valor terapéutico, de alto costo o insustituibles o de tan sólo 15% si son considerados de bajo valor terapéutico. En todos los casos se refiere a medicamentos incluidos en la lista positiva de fármacos del paquete de beneficios del seguro. El precio de mercado de los medicamentos es el mismo que el de la tarifa del SHI.

El sistema prevé también, un pago por parte del asegurado por el consumo de servicios con independencia del porcentaje de cobertura financiera de la prestación a cargo del seguro. Este pago, que en el sistema francés se denomina deducible, aplica básicamente a la atención ambulatoria y admite excepciones (menores de 18 años, beneficiarios de CMU y mujeres embarazadas a partir del sexto mes).

Prestación	Deducible	Tope anual
Consultas, prueba de laboratorio y diagnóstico por imágenes	€ 1	€ 50
Medicamentos	€ 0.50 por paquete	
Servicios paramédicos	€ 0.50 (máximo 4 / día)	€ 50
Traslados	€ 2 (máximo 2 traslados / día)	

A diferencia de los copagos y los coseguros, los seguros privados voluntarios no cubren los deducibles en ningún caso.

Esquemas de cobertura				
Condición del asegurado	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Trabajadores formales asalariados y jubilados (con familiares a cargo)	SNS (FONASA) => Aseguradores / Prestadores Integrales (público o privado) => Servicios Integrados o Contratados	NHI - NII => Aseguradores / Prestadores Integrales Privados sin fines de lucro (HP) de libre elección => Servicios contratados Seguros privados complementarios voluntarios (HP / VIH)	Seguro Social de Salud (NHI) => Aseguradores (FE) => Médicos en at. Ambulatoria / Hospitales Seguros Privados (PHI) => Médicos / Hospitales	Seguro Social de Salud (SHI) => Médicos en at. Ambulatoria / Hospitales públicos y privados
Trabajadores independientes	Igual a trabajadores asalariados	Igual a trabajadores asalariados	Seguros Privados (PHI) => Médicos / Hospitales	Seguros Privados Voluntarios (VHI) => Médicos en at. Ambulatoria / Hospitales públicos y privados
Funcionarios militares y policiales y sus familiares	Presupuesto Nacional => Servicios propios o contratados	Presupuesto Nacional => Servicios contratados	Presupuesto Nacional => Esquemas propios	
Otros funcionarios del Estado	Convenio con Asegurador / Prestador integral (IAMC o ASSE)	Igual que resto de trabajadores asalariados	PHI => Médicos / Hospitales	
Personas de bajos ingresos	Presupuesto Nacional => Asegurador / Proveedor Público (ASSE) => Servicios propios	Igual que resto de trabajadores asalariados	Presupuesto Nacional => NHI=> Médicos / Hospitales	
Personas con alto nivel de ingresos	Seguros privados (voluntario) => servicios contratados	Seguros privados (voluntario) (VIH) => servicios contratados	Seguros Privados Voluntarios (PHI) => Médicos / Hospitales	Seguros Privados Voluntarios (VHI) => Médicos / Hospitales

Integración de los fondos destinados a la cobertura de salud				
FONDOS	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Fondos públicos Seguridad social	SNS - FONASA - Cotizaciones de los beneficiarios del seguro público y del empleador y aporte del Estado por la brecha entre ingresos y egresos del fondo	NII - Cotizaciones de beneficiarios del seguro público, aporte del Estado por la brecha entre ingresos y egresos del fondo.	SHI – Cotizaciones de los beneficiarios del seguro público y del empleador	NHI – Cotizaciones de los beneficiarios del seguro público y del empleador
Fondos públicos fiscales	Presupuesto Nacional para la cobertura de personas de menores recursos		Presupuesto Nacional para cobertura de personas no incluidas en NHI	Pago de CSG de todos los residentes
	Presupuesto Nacional para la cobertura de funcionarios militares y policiales	Presupuesto Nacional. Cobertura de funcionarios de las FDI	Presupuesto Nacional. Cobertura de funcionarios policiales y militares.	Impuestos específicos destinados al NHI
			Presupuesto Nacional: reembolso 50% gasto funcionarios públicos	
Fondos Privados	Aseguradores / Prestadores Integrales - Prepagos de precio regulado (contrato voluntario individual o por convenio)	HP - HVI – Prima del seguro complementario de la HP (contrato voluntario individual o por convenio) (canasta y precio regulados)	Seguros Privados (PHI) – Primas de precio regulado para opcionales del SHI	Seguros Privados Voluntarios (VHI) – Primas de precio regulado o libre según los casos
	Seguros Privados - Primas de precio libre por contrato voluntario	Seguros Privados (HVI comercial) - Primas de precio libre por contrato voluntario	Seguros Privados (PHI) – Primas de precio libre	

Elección de la cobertura				
Asegurado	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Cotizantes y beneficiario del seguro público	Libre elección del asegurador / prestador; elección del proveedor acotada a la oferta del asegurador elegido	Libre elección del asegurador / prestador; elección del proveedor acotada a la oferta del asegurador / prestador elegido	Libre elección del seguro (FE) (puede estar acotada en alguna rama de actividad)	Seguro público obligatorio sin libre elección. Seguros Privados Voluntarios complementarios de libre elección
Subsidiado por el Estado	Sin libre elección. Cobertura y prestación en asegurador / prestador público		Libre elección del seguro privado (PHI) en el caso de funcionarios públicos	En ambos casos libre elección del prestador
Asegurado voluntario	Según el plan de seguro privado que elija, aumenta el abanico de opciones, incluso con libertad de elección del proveedor	Según el plan de seguro privado que elija aumenta el abanico de opciones.	Libre elección del seguro privado (PHI) y del plan de seguro	Libre elección del seguro privado voluntario y del plan de seguro

Financiamiento de la cobertura de los asegurados por el sistema de seguridad social				
Contribuyentes	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Trabajador asalariado	Aporte a FONASA de 3%, 4,5%, 6% u 8% sobre salario nominal según ingreso y extensión de cobertura a familiares (con tope anual)	Aporte al NII de 3 a 5% de ingreso nominal. Aporte 5% sobre subsidio del Estado a desempleados y estudiantes.	Aporte 7.3% sobre salario nominal (con salario > 450 y < 4500) más adicional variable (0 a 1,9%) Aporte 7.3% de Agencia Federal de Empleo por Desempleado Prima fija sobre subsidio de estudiante	Aporte de 5,29 % sobre salario; 5,95% sobre rentas de capital; 12 % sobre juegos azar. Trabajadores de ingresos bajos: aporte de 3,8% sobre salario
	Pago del bolsillo de diferencia con la prima del seguro en la opción de Seguro Privado Integral	Pago del bolsillo de la prima del seguro complementario voluntario (HP-HVI o HVI comercial)	Pago del bolsillo de la prima del seguro privado (PHI)	Desempleado: 3,95 % sobre subsidio
Trabajador Independiente	Igual aporte a FONASA que asalariado sobre 70% de lo facturado (con tope anual)	Aporte al NII de 3 a 5% de ingreso nominal	Pago del bolsillo de la prima del seguro privado (PHI)	Aporte de 5,29 % sobre salario; 5,95% sobre rentas de capital; 12 % sobre juegos azar.
Jubilado	Iguales aportes a FONASA que los trabajadores asalariados (con tope anual)	Aporte NII de 3 a 5% de ingreso nominal	Aporte 7.3% sobre jubilación	Aporte de 4,35 % sobre pensión
Empleador	Público y privado: aporte a FONASA por 5% de la nómina salarial		Empleador privado: 7.3% sobre nómina 13% en caso de servicio doméstico	Empleador: 13,1 % sobre nómina salarial
Fondos de pensión	No existe aporte		7.3% sobre jubilaciones servidas	
Estado	Aporte a FONASA equivalente a la brecha entre sus ingresos y sus egresos Aporte a FNR por los servicios prestados a beneficiarios de ASSE	Aporte al NII equivalente a la brecha entre el presupuesto asignado y aportes de los beneficiarios	Aporte para cobertura de personas no incluidas en NHI, beneficiarios de seguridad social (inmigrantes)	Aporte al Fondo de Cobertura Universal para subsidiar a residentes de bajos ingresos

Forma de contratación y pago a proveedores				
Modalidad	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Cápita	Cápita ajustada por sexo y edad en el pago de FONASA => Aseguradores / Proveedores	Cápita ajustada por sexo, edad y región geográfica en el pago del NII => Aseguradores / Proveedores (HP) Pago de las HP a médicos y especialistas de atención ambulatoria en 1er. Nivel	Pago de los FE a las Asociaciones Regionales de Médicos: Pago global por cápita "ajustada por morbilidad"	No aplica
Por desempeño	Cumplimiento de metas. FONASA => Aseguradores / Proveedores	No aplica.	Pago de las Asociaciones Médicas Regionales a los Médicos	Pago del SHI a algunos médicos del primer nivel de atención
Presupuesto	Presupuestos históricos del Gobierno al Proveedor Público (ASSE y Régimen de funcionarios militares y policiales)	Presupuesto del Gobierno al sistema de atención de las FDI	Presupuesto de inversiones de los hospitales del sistema.	No aplica
GDR	No aplica	Pago de las HP a los hospitales por Grupo de Procedimientos Relacionados.	Pago de los FE a los hospitales.	Pago del SHI y de los VHI a los hospitales
Por estancia hospitalaria	No aplica	Pago de las HP a los hospitales per diem	No aplica	No aplica
Por caso	No aplica	Reembolso del NII a las HP por atención de patologías graves (predefinidas)	No aplica	No aplica
Acto	Pago de los Aseguradores / Proveedores Integrales a los proveedores individuales Pago a clínicas de D&T	Pago de las HP a proveedores individuales, en atención ambulatoria de hospitales, clínicas de D&T	Pago de las Asociaciones Médicas Regionales a los Médicos en atención ambulatoria (con tope)	Pago a médicos de atención ambulatoria de 1er y 2º niveles y hospitales privados con fines de lucro. Pago a clínicas de D&T
Salario			Pago de los hospitales a médicos dependientes.	Pago de los hospitales públicos a médicos dependientes.

Copagos				
Tipo y ámbito de aplicación	**URUGUAY**	**ISRAEL**	**ALEMANIA**	**FRANCIA**
Relación con el costo o las tarifas de las prestaciones	NO	NO	NO	SI
Precios	Administrados en el sistema de la seguridad social; libre en los seguros privados	Administrados en el sistema de la seguridad social; libre en los seguros privados	Administrados en el sistema de la seguridad social; libre en los seguros privados	Administrados en el sistema de la seguridad social; libre en los seguros privados
Relación con ingresos del usuario y condición del asegurado	NO. Excepto en el proveedor público que no aplica copagos	En parte.	Topes anuales para casos crónicos o de bajos ingresos	Exoneraciones relacionadas con condiciones médicas y económicas
Deducibles, topes y exoneraciones	NO	Topes trimestrales	NO	Deducibles o topes anuales
Ámbitos de aplicación	Atención Ambulatoria	Atención ambulatoria	At. ambulatoria e internación	Atención ambulatoria e internación

En los tres sistemas que se comparan con el de Uruguay hay una contribución del Estado para la cobertura de las familias con menores ingresos o sin vinculación con el mercado formal de trabajo. En general esta contribución se hace al sistema general relacionado con la seguridad social que administra el seguro público. En algunos casos se hace de manera capitada, es decir por cada persona incluida en esa cobertura, y en otros casos mediante un aporte al fondo único que cubre la brecha entre gastos e ingresos (caso de Israel). Al igual que en el análisis con los países de la región, esto es diferente a lo que sucede en Uruguay en el que los fondos para la cobertura de este colectivo no se vuelcan al FONASA, sino que se destinan en forma de presupuesto al organismo público encargado de su cobertura y atención (ASSE).

La diferencia observada tiene un aspecto instrumental y otro conceptual. En Uruguay si bien la ley 18.211 se refiere a que se trata de la norma que asegura la atención de salud de todos los residentes en el país, el alcance de la cobertura del seguro público no está determinado por este concepto sino por las condiciones de relación de los individuos con el sistema de seguridad social y particularmente a través del mercado de trabajo. En los casos de los países analizados, el concepto de cobertura de salud está referido a todos los residentes y en ese sentido el modelo de aseguramiento público pretende incluir a todos ellos bajo su cobertura.

Se podría pensar que la exclusión de ciertos colectivos de la cobertura del SNS en Uruguay, responde a un problema de falta de identificación y registro de las personas en situación económica menos favorable. Sin embargo, esto no parece ser así desde que existe un registro unificado de cobertura formal (RUCAF) y por tanto cabe pensar que la situación responde más a una decisión política expresa. De alguna manera, el seguro público integrado representado por el subsistema de ASSE para la cobertura y atención de las personas de menores recursos, opera como el potencial amortiguador de situaciones críticas de caída de cobertura a través del SNS. En este sentido, el camino recorrido por Francia resulta interesante como modelo de transición o a medio camino entre los esquemas “Bismarck” y “Beveridge”.

Es interesante observar cuál es la participación de los seguros privados en los sistemas considerados. En todos ellos tienen obviamente un rol en la cobertura de las personas con mayor capacidad de compra. Sin embargo, también operan como seguros complementarios del seguro público. En algunos casos porque el diseño normativo del sistema así lo dispone al adscribir a algunos individuos con buen nivel de ingresos a los seguros privados sobre la base de la obligatoriedad del aseguramiento de salud (tal es el caso de Alemania que es similar a lo que sucede con algunos beneficiarios del seguro chileno que deben o pueden optar por una ISAPRE); y en otros, como en Israel y Francia, porque representan alternativas de reaseguro para minimizar el gasto del bolsillo al momento del uso de servicios. En estos casos las condiciones para la determinación de la prima del seguro y del alcance de la cobertura están reguladas con diferente nivel de profundidad según los casos.

Con relación a este punto podría pensarse que los Seguros Integrales Privados en el sistema uruguayo operan de cierta forma, de manera similar a los seguros privados voluntarios de los sistemas descritos ya que ofrecen a quienes quedan incluidos en el SNS y optan por su cobertura, mejoras en las condiciones de acceso y eventualmente prestaciones adicionales. En estos casos, cuando el asegurado paga de su bolsillo la diferencia entre el precio de la prima del seguro y el monto de la cápita de reembolso del FONASA, en los hechos no está haciendo otra cosa que pagar una prima adicional por determinados beneficios no incluidos en la cobertura del SNS (aunque los Seguros Privados Integrales aseguren que se trata de un tema relacionado con la indivisibilidad de la cápita).

El gasto del bolsillo al momento del consumo de servicios es un aspecto relevante en el análisis comparativo. En primer lugar porque se trata de un tema de preocupación en todos los

sistemas considerados (incluidos los de la región ya analizados). En segundo término porque comparativamente el Uruguay no parece estar mal posicionado sobre todo con relación a los esquemas aplicados en los países europeos si se considera el peso relativo de este componente en la estructura de gasto del sistema (que se verá más adelante). Sin embargo, a diferencia de lo que sucede en Uruguay, el sistema de copagos y coseguros en estos países parece resultar de un proceso planificado que no solo tiene en cuenta sus precios sino que tiene en consideración, para su aplicación, variables de salud y de nivel de ingresos de las personas y en los que los precios de los copagos se vinculan al costo o al precio de las prestaciones. Sin embargo debe decirse que estos son los criterios que guían y determinan las exoneraciones de pago, siendo la regla general la aplicación de copagos y coseguros incluso en algunos casos en la atención hospitalaria. La existencia de topes anuales de pago es otro elemento destacable del sistema de copagos de estos países.

Los esquemas de contratación de los proveedores y sus formas de financiamiento reconocen diferencias muy importantes entre los sistemas analizados. Mientras que en Israel los Planes de Salud se asemejan a las IAMC del Uruguay en su rol de asegurador, se diferencian de estas en que no tienen integrada la función de provisión de servicios. Esto mismo sucede en Alemania en el que los Fondos de Enfermedad operan como aseguradoras pero no tienen la propiedad de los servicios de atención. Por su parte, en Francia es el seguro público el que contrata directamente a los proveedores. En este sentido la integración de las funciones de seguro y proveedor en las organizaciones que componen el sistema uruguayo aparece como una modalidad diferente a cualquiera de las analizadas. Este modelo supone en teoría, mejores condiciones de eficiencia ya que minimiza los costos de transacción entre el aseguramiento y la provisión de servicios. Sin embargo, no es condición suficiente para que esto suceda si no se tiene presente en el modelo de gestión institucional la contraposición de intereses entre ambas funciones.

Otro diferencial relevante entre los sistemas analizados y el sistema uruguayo es la organización de la oferta y consecuentemente la modalidad de contratación de los prestadores. En general en los sistemas analizados existen diferentes actores organizacionales responsables de la atención ambulatoria por un lado y de la atención en internación por el otro. La integración de ambas modalidades en una única organización es la excepción al contrario de lo que sucede en el sistema uruguayo.

En consecuencia, existen dos esquemas de pago distintos y bien diferenciados para los proveedores de atención ambulatoria y de primer nivel de atención y para los hospitales. En los primeros, el seguro o las aseguradoras según los casos, contratan médicos y profesionales de la salud que se desempeñan de manera autónoma, es decir bajo la condición del libre ejercicio profesional. Si bien hay una tendencia a que la forma de pago sea de carácter mixto, se reconocen modelos predominantemente basados en la capitación y otros centrados principalmente en el pago por acto o servicio. En todos los casos las tarifas aplicadas son producto de negociaciones entre el financiador y el proveedor representados por sus correspondientes gremios en el caso de Alemania, y homologadas luego por el regulador.

En el caso de los hospitales, la forma de pago predominante es a través de sistemas basados en GRD o por otros esquemas basados en actividad hospitalaria. Los países que han adoptado estos modelos han seguido un largo proceso para su implementación y se han enfrentado a la problemática derivada de las distintas realidades de costos de los hospitales en función de sus distintas casuísticas, complejidades y escala.

Lo señalado contrasta con la realidad del Uruguay en el que en el subsistema del SNS, existe una forma de pago capitativo ajustado por edad y sexo para el financiamiento de toda la actividad comprendida en el PIAS. No existen modelos a la interna de las organizaciones que tengan en

cuenta la dualidad “seguro – proveedor” que las caracteriza, en las formas de pago.

La libre elección de los beneficiarios del seguro público está asegurada en los sistemas israelí y alemán en cuanto a la elección del Plan de Salud o el Fondo de Enfermedad al que se deben adscribir obligadamente (similar a lo que ocurre en Uruguay con los beneficiarios del SNS). Sin embargo, la regulación de la movilidad en los países mencionados en primer término parece ser más flexible que la que se aplica en Uruguay. La elección del proveedor en estos países se acota a la oferta de los aseguradores. En Francia, por tratarse de un modelo de contratación simple entre el seguro público y los proveedores, no hay libre elección del seguro, pero sí lo hay y de forma muy amplia, de los proveedores. La condición del asegurado, sea por mecanismos directos o subsidiados por el Estado no limita el principio de libre elección.

15. Gasto en salud en Uruguay, Israel, Alemania y Francia.

Obviamente el gasto per cápita en términos comparativos muestra una diferencia sustancial entre la situación del Uruguay y la de los restantes países. El gasto medido en U$S PPP per cápita en Uruguay es apenas 70% del registrado en Israel, y 35% y 40% del de Alemania y Francia respectivamente. Las diferencias entre Uruguay y los restantes tres países, pero especialmente con los países europeos, debe evaluarse en función de sus distintas realidades económicas. Esto contrasta con lo que se viera anteriormente en el contexto de los países de la región seleccionados para este trabajo. En este caso, Uruguay presenta en este indicador valores elevados si se los compara con Costa Rica y Colombia.

No obstante, debe tenerse presente que en estos países existe también una preocupación por el crecimiento del gasto en salud en términos de porcentaje del PBI y adicionalmente, se debe tener en consideración el mayor peso relativo de la población de más de 65 años que presiona al alza el gasto sanitario.

GASTO EN SALUD EN PORCENTAJE DEL PBI PER CÁPITA. 2014

Gasto / Países	Gasto porcentaje del PBI			Gasto en salud per cápita	
	Total	Privado	Público	US$ corrientes	US$ PPP 2011
Uruguay	8,6	2,5	6,1	1.442	1.792
Israel	7,8	3,1	4,8	2.910	2.599
Alemania	11,3	2,6	8,7	5.411	5.182
Francia	11,5	2,5	9	4.959	4.508

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

Con respecto a la estructura del gasto, es interesante, señalar al menos dos aspectos que surgen de la comparación. El gasto público del sistema uruguayo (71%) no está tan lejos del valor que se registra en los países europeos y es superior al de Israel. A su vez, si se tiene en cuenta como se desagrega este gasto según se trate de fondos de la seguridad social o de otros fondos del gobierno, la diferencia que se observa entre Uruguay y los restantes países (sobre todo Alemania y Francia), se debe a un tema de diseño de la cobertura del sistema. En los dos países mencionados anteriormente, los subsidios del Estado para la cobertura de poblaciones de menores recursos se vuelcan al sistema general asociado a la seguridad social, en tanto en Uruguay se destinan a financiar la oferta de servicios públicos.

GASTO EN SALUD SEGÚN NATURALEZA DE LOS FONDOS. 2014[28]

Gasto / Países	Público				Privado			TOTAL
	Total	Seguridad Social	Fondos del Gobierno		Total	Aseguramiento privado	Gasto directo	
			Otros fondos	Ministerio				
Uruguay	71,2	42,9	14,5	13,8	28,8	13,2	15,6	100
Israel	59.0	24.0	35.0		41	14	27.0	100
Alemania	77.0	68.7	8.3		23.0	10.0	13.0	100
Francia	79.7	74.7	5.0		20.2	13.5	6.7	100

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

GASTO EN SALUD SEGÚN NATURALEZA DE LOS FONDOS. 2014

Gasto / Países	Público				Privado		
	Total	Seguridad Social	Fondos del Gobierno		Total	Aseguramiento Privado	Gasto Directo
			Otros fondos	Ministerio			
Uruguay	100%	60,3	20,4	19,40%	100,00%	45,80%	54,20%
Israel	100%	40.7	59.3		100	34.1	65.9
Alemania	100%	89,2	10,80%		100	43.5	56.5
Francia	100%	93.7	6.3		100	66.8	33.2

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

Con relación al gasto privado, existen diferencias con los países europeos que no están relacionadas tanto con el porcentaje que representan como con los motivos por los que son relativamente similares. En Alemania dentro del gasto privado y particularmente en el que corresponde al aseguramiento privado se incluye la adscripción de personas de determinado nivel adquisitivo que obligadamente deben optar por la cobertura a través de los seguros privados. Y en el caso de Francia en esta categoría queda incluida la casi totalidad de la población que para minimizar el pago del bolsillo al momento del uso de servicios incluidos en la cobertura del seguro público, contrata seguros privados a modo de reaseguros para enfrentar estos gastos.

GASTO PÚBLICO EN SALUD EN PORCENTAJE DEL GASTO DEL GOBIERNO.

	Porcentaje
Uruguay	20,8
Israel	11.6
Alemania	19.6
Francia	15.7

Elaborado en base a datos de la OMS obtenidos en http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/es

28 **Alemania:** En Fondos del Gobierno "Otros Fondos" queda incluido el gasto de las estructuras ministeriales. En Aseguramiento Privado se incluye el gasto correspondiente a los individuos que por normativa de la cobertura obligatoria, deben afiliarse a un seguro privado voluntario y se incluye un 2% que corresponde a otros arreglos.
Israel: Los datos fueron extraídos de "Rosen, B.; Waitzberg, R.; Merkur, S. Israel Health system review. Health Systems in Transition Vol. 17 No.6. European Observatory on Health System and Policies. 2015", ya que los datos provenientes de la base de datos mencionada en la fuente no permite la comparación presentada en el cuadro.

En el cuadro precedente y más allá de la valoración de la eficiencia del gasto que excede largamente las pretensiones de este trabajo, se puede observar que el porcentaje de gasto público destinado a la salud en Uruguay es prácticamente igual al de Alemania y algo superior al de Francia. Si se valora este indicador en términos muy generales, como el esfuerzo del Estado para asegurar la salud de sus ciudadanos, la situación del Uruguay no parece muy diferente a la de países con un nivel de desarrollo sustantivamente mayor.

16. Comentarios finales

El trabajo se ha focalizado en el análisis descriptivo de la organización de los sistemas en las dimensiones señaladas al inicio. Queda pendiente de un análisis más profundo, otros aspectos que hacen a la institucionalidad de los sistemas. Esto es, entre otros, el rol y las competencias de los organismos estatales en la regulación del sector, las instancias y responsabilidades de decisión con relación a los precios sectoriales, los ámbitos formales de negociación para la determinación de las formas de pago, el papel de los gremios profesionales y empresariales, la dinámica de la composición de la canasta de beneficios del seguro público, las políticas de calidad asistencial y las instituciones responsables de su evaluación, la regulación de la formación de recursos humanos y la evaluación de nuevas tecnologías.

Existen en estos campos, experiencias y diseños organizacionales en otros países que puede operar como ejemplo u orientadoras de eventuales mejoras en el sistema uruguayo. A modo de ejemplo se puede mencionar que en general, los órganos encargados de la administración del seguro público son figuras jurídicas que gozan de una fuerte autonomía administrativa y técnica.

Lo primero a señalar es que aparentemente los sistemas con fuerte impronta de la seguridad social en sus modelos de cobertura de salud, no se solventan exclusivamente con los aportes del trabajador y del empleador y requieren un financiamiento adicional del Estado (proveniente de recursos fiscales del sistema impositivo general).

En todos los sistemas analizados existe un modelo central, basado en la seguridad social que coexiste con otros subsistemas destinados, bien sea a la cobertura de algunos colectivos en particular o como seguros privados voluntarios. Dentro de los primeros, se observan los casos de Chile e Israel que comparten con Uruguay la existencia de modelos propios para el caso del personal militar y policial. A su vez, en Alemania, los funcionarios públicos disponen de esquemas de cobertura propios por fuera del sistema general, configurando una situación similar a la anterior y que también puede de alguna manera compararse a la de los funcionarios de los gobiernos departamentales en el Uruguay, que escapan al régimen general del seguro social.

En Colombia, Costa Rica y Uruguay el financiamiento del seguro público de carácter obligatorio se sustenta en un esquema de aportes tripartito que comprende al trabajador, el empleador (público y privado) y el Estado. En Chile el aporte patronal es opcional y en Israel éste no está incluido en el financiamiento directo del seguro. En ambos casos, el Estado cubre la brecha entre ingresos y egresos del fondo del seguro público. En los modelos francés y alemán, el financiamiento es básicamente bipartito (trabajador y empleador) y el aporte del Estado es indirecto a través de subsidios que se vuelcan al fondo público para la cobertura de las personas sin capacidad de pago o exoneradas de realizar aportes por su nivel de ingresos.

En general en todos los casos, quedan comprendidos como beneficiarios del sistema las personas a cargo del titular que cotiza a la seguridad social.

Con relación al aporte de los trabajadores asalariados, éste varía entre un mínimo de 3% en el

sistema uruguayo, seguido de 4% en Colombia, entre 3 y 5% en Israel, 5.5% en Costa Rica y 7,3% en Alemania. En Francia el aporte salarial es de 5.29% pero se complementa con otros impuestos sobre la renta. El máximo aporte al seguro se verifica en Uruguay, 8% para el caso del titular del seguro con cónyuge y menores a cargo. El sistema uruguayo es el único sistema en el que el aporte salarial varía según se tenga o no dependientes a cargo.

Si bien las alícuotas sobre salario más altas se verifican en términos generales en el sistema uruguayo, éste es el único que establece un tope anual de contribución al seguro. En contrapartida los restantes sistemas analizados comprenden en los beneficios de la cobertura del seguro de salud, el pago de prestaciones económicas en forma de subsidios por discapacidad o incapacidad temporal (por enfermedad) o permanente, y por maternidad y paternidad. En Uruguay, estas prestaciones siempre han sido gestionadas de manera separada del seguro de salud, si bien están a cargo del organismo de la seguridad social.

En el caso de los trabajadores independientes, el aporte varía según el país considerado entre 3% del importe declarado o facturado (caso de Israel) a 12% de lo facturado en el caso de Costa Rica en el que además para los trabajadores independientes existe una escala progresiva de aporte según el nivel de ingreso facturado.

También están comprendidos en la cobertura del seguro, los jubilados que aportan un porcentaje de su pasividad. Es de señalar la particularidad de los casos alemán y costarricense en los que los fondos de pensión realizan aportes al seguro sobre la nómina de jubilaciones servidas.

El aporte del empleador varía desde un mínimo de 5% en el sistema de Uruguay hasta un máximo de 13% en Francia (en los casos que aplica la contribución al seguro), seguido de 9.25% en Costa Rica, 8.5% en Colombia y 7.3% en Alemania. En este país el aporte del empleador puede llegar a 13% de la nómina si los empleados perciben salarios por debajo del monto imponible.

El Estado contribuye de manera diversa al fondo del seguro público. En Uruguay lo hace mediante el aporte que cubre la brecha entre ingresos y egresos del FONASA, igual que sucede en el sistema israelí y en el sistema chileno en su componente estrictamente público (FONASA). En Colombia el Estado aporta a través de diversos mecanismos a la cuenta subsidiada del seguro público y en Costa Rica lo hace mediante aportes presupuestales y el pago de la cuota parte que correspondería al empleador por el caso de los trabajadores independientes. En Francia el Estado aporta al fondo de cobertura universal por quienes carecen de ingresos suficientes y en Alemania los aportes del Estado se limitan al subsidio de la atención de quienes siendo residentes quedan fuera del alcance formal de dicha cobertura.

En todos los países considerados, incluso en Costa Rica donde todavía es incipiente, existe un mercado de seguros privados destinado principalmente a las personas de mayores ingresos. No obstante, en algunos casos estos seguros cumplen además un rol de complementación de la cobertura de forma más o menos regulada por las autoridades. Tales los casos de Francia, Israel y Alemania. En el primero operan como seguros estrictamente voluntarios a los que la casi totalidad de la población contrata para complementar los beneficios del seguro público y sobre todo para mejorar el acceso a las prestaciones. Una situación similar sucede en Israel, mientras que en Alemania los seguros privados complementarios además de operar en el mismo sentido que en Israel y Francia, ofician como “sustitutos” del seguro público para el caso de los asalariados con ingresos superiores a determinado monto.

Vale decir que en algunos sistemas, los seguros privados además de constituir una alternativa para las personas de altos ingresos con un funcionamiento independiente del seguro social, cumplen un rol como reaseguro para facilitar el acceso o ampliar la cobertura de los beneficiarios

del seguro público y en otros funcionan como alternativa de cobertura a la que están obligados determinados beneficiarios del seguro social.

Las personas sin capacidad contributiva, quedan en la mayoría de los sistemas analizados, comprendidas dentro del alcance del seguro público mediante diversos mecanismos de subsidio. Lo más relevante a señalar con relación a este punto en términos comparativos con el sistema uruguayo, es precisamente, la forma en que se implementa ese subsidio. En general, en los países considerados, el Estado financia la cobertura de este grupo de personas mediante aportes al fondo público, sea a través de presupuestos, sea mediante un aporte capitado. Esto significa un alto grado de integración de los recursos destinados al financiamiento de la cobertura de salud en un único fondo. Por el contrario en Uruguay el Estado subsidia directamente la oferta para las personas de bajos recursos. Esto hace que los recursos destinados al presupuesto del proveedor público no se integren al fondo que programáticamente está diseñado para financiar la cobertura universal. Aún en Costa Rica, cuyo modelo es un esquema de seguro público con integración de prestadores, el Estado vuelca a la Caja Costarricense de Seguridad Social los fondos destinados al subsidio de la cobertura de quienes no tienen capacidad de pago, y si bien puede decirse que la CCCSS termina subsidiando la oferta, lo hace para todos sus beneficiarios y no sólo para las personas de menores ingresos.

De los modelos analizados, tres (Colombia, Israel y Alemania) comparten con Uruguay el carácter de seguro público (obligatorio) con doble contratación. Vale decir, se trata de modelos en los que los individuos cotizan a un fondo público que contrata las entidades encargadas de asegurar su cobertura sanitaria. El sistema uruguayo tiene como característica propia que lo distingue de esos otros tres modelos, la doble función de asegurador y prestador que tienen las entidades con las que contrata el fondo público.

Por su parte los sistemas de salud de Francia y Chile, configuran a grandes rasgos esquemas de seguros públicos con contratación simple, es decir los individuos cotizan al fondo público que contrata a los proveedores. Si bien en Francia se puede identificar más de un fondo, estos en los hechos operan como uno solo. Por su parte, el caso chileno configura un caso especial porque si bien el seguro de salud es obligatorio, ello no significa que todos sus beneficiarios deban cotizar al fondo público, sino que lo hacen a éste o a una aseguradora privada según su elección y ésta a su vez está condicionada por su capacidad de pago ya que deben cubrir con pagos de su bolsillo la diferencia entre el aporte y el precio de la prima que los seguros privados determinan de forma libre, tal como sucede en Uruguay con aquellos beneficiarios del seguro público que optan por un seguro privado integral.

Algo similar sucede en Alemania con las personas con determinado nivel de ingreso por concepto salarial que quedan excluidos del seguro público pero no de la obligación de contar con una cobertura sanitaria. La diferencia principal entre uno y otro modelo es que en el caso alemán la regulación obliga a las aseguradoras privadas a otorgar iguales beneficios que los del seguro público con copagos regulados de similar manera.

Los esquemas de seguro público con doble contratación comparten con Uruguay la modalidad de pago a las aseguradoras mediante cápitas ajustadas por sexo y edad. En el caso colombiano e israelí, se agrega una variable de ajuste por localización geográfica de los beneficiarios y en el caso alemán al sexo y la edad se agregan variables de morbilidad. En términos prospectivos resulta interesante explorar en mayor detalle estas alternativas de ajuste de la cápita para la realidad uruguaya, sobre todo cuando se disponga de información epidemiológica más certera y consistente por ejemplo, a partir de la instrumentación de una historia clínica electrónica de alcance nacional.

Es interesante señalar que en prácticamente todos los sistemas considerados, coexisten distintos mecanismos de pago a los proveedores, desde el pago por acto o servicios hasta el pago por grupos relacionados de diagnóstico u otras unidades de pago agregadas.

En la mayoría de los países existe una separación entre los esquemas de contratación de los proveedores de atención ambulatoria y los hospitales lo cual contrasta con el sistema uruguayo dada la ya señalada doble condición de asegurador y prestador de la enorme mayoría de las entidades que contratan con el fondo público y su alto grado de integración de servicios ambulatorios y de internación. Es así que al interior de los aseguradores / prestadores del sistema uruguayo las modalidades de pago mayoritarias son el salario y el pago por acto mientras que en los sistemas estudiados se advierte por ejemplo, un predominio del pago por GRD a los servicios hospitalarios (consolidado o de forma tendencial según los casos). Claramente se trata de modelos que llevan implícitos diferentes incentivos a la eficiencia.

Puede resultar interesante además, analizar con mayor profundidad los procesos por los que en varios sistemas se migró de una forma de pago por servicio o por día de estadía a otra basada en GDR en el caso de los hospitales ya que significó tener en cuenta las distintas realidades de costos y escala de las diversas organizaciones involucradas.

Los copagos, coseguros y cuotas adicionales por el uso de servicios constituyen en todos los sistemas una realidad incontrastable, excepto en Costa Rica. La norma es el cobro del copago, y la excepción es su exoneración o reducción según la capacidad de pago del beneficiario, aunque, por lo general, las prestaciones relacionadas con determinadas acciones preventivas están en todos los casos exentas de copagos.

Existe una variación importante entre los distintos países en cuanto a su regulación. En la mayoría existen dispositivos que vinculan el precio del copago con la tarifa de las prestaciones (sobre todo en los casos en que existe un financiamiento del proveedor por acto) y lo que es más importante, con la condición económica del usuario. En países como Francia y Alemania estas exoneraciones o reducciones se aplican además según la condición médica de los usuarios, teniendo en cuenta el carácter de portador de patologías crónicas, que están taxativamente determinadas.

Para finalizar, cabe decir que a la luz de los modelos analizados, sobre todo de los tres considerados en la segunda parte del trabajo, y teniendo en cuenta que la ley marco del SNIS en su artículo 1º refiere al derecho a la salud de todos los habitantes residentes del país, debería analizarse si el diseño operativo del sistema en lo que concierne a la cobertura del seguro público (SNS) no debería contemplar que éste fuera el instrumento de cobertura sanitaria de toda la población. Esto supone incluir en el alcance del SNS a los colectivos que todavía están por fuera y para ello es necesario discutir de qué manera se transita hacia un esquema que aún manteniendo su base bismarckiana, lo trascienda e incorpore mecanismos generales de cobertura.

Importa hacer un último comentario respecto a los modelos de cuidados implementados en los países en los que el envejecimiento de la población es más pronunciado. En estos se han ido desarrollando esquemas de cobertura específicos para la atención de larga duración que no necesariamente están directamente relacionados con el seguro de salud entendido en su acepción más acotada. En Francia incluso se habla del “tercer sector” al referirse a la atención de problemas sociosanitarios.

No obstante, estos esquemas (que aún son acotados en su alcance) mantienen un vínculo con el sistema de salud y comparten algunos aspectos de su financiamiento a partir de los fondos del seguro público, particularmente en Alemania.

Puede ser interesante, dado que esta problemática afecta de manera creciente a la sociedad uruguaya, seguir con atención la evolución de las respuestas organizativas que se llevan adelante en esos contextos, a efectos de evaluar posibles experiencias aplicables al Uruguay, aun cuando el Sistema Nacional Integrado de Cuidados de reciente instrumentación parece estar orientado al subsidio de la oferta tal como tradicionalmente lo ha hecho el país con sus estructuras públicas, en lugar de hacerlo a partir de modelos de seguro contra los riesgos de situaciones de dependencia.

ANEXO – RESUMEN ESQUEMÁTICO DE LAS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS DE LOS SISTEMAS

MODELOS DE COBERTURA

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores	Seguro público con contratación de prestadores	Seguro público		Seguro privado con contratación de servicios	
			Servicios integrados	Subsidio de oferta	Suplementario	Complementario
Trabajadores formales asalariados y jubilados (con familiares a cargo)	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio		Obligatorio	Opcional
Trabajadores independientes	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio		Obligatorio	Opcional
Funcionarios militares y policiales y sus familiares		Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio		
Otros funcionarios del Estado	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio	Opcional Obligatorio	Opcional
Personas con bajos ingresos	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio	Obligatorio		
Personas con altos ingresos					Opcional	

INTEGRACIÓN DE FONDOS

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores	Seguro público con contratación de prestadores	Seguro público		Seguro privado con contratación de servicios
			Servicios integrados	Subsidio de oferta	
Fondos públicos de la seguridad social	Cotizaciones a la seguridad social	Cotizaciones a la seguridad social Impuestos sobre la renta	Cotizaciones a la seguridad social		
Fondos públicos fiscales	Brecha entre ingresos y egresos del fondo del seguro Aportes del Estado al fondo del seguro por personas sin capacidad de pago	Brecha entre ingresos y egresos del fondo del seguro Impuestos específicos Aportes del Estado al fondo del seguro por personas sin capacidad de pago	Aportes del Estado al fondo del seguro por personas sin capacidad de pago	Presupuestos del Estado para esquemas de cobertura de funcionarios públicos	
Fondos privados					Pago del bolsillo de la prima del seguro o de la diferencia con aporte del seguro público

FINANCIAMIENTO DE LA COBERTURA POR LA SEGURIDAD SOCIAL

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores				Seguro público con contratación de prestadores		Seguro público con integración
							
Trabajadores Asalariados	3%, 4,5%, 6% u 8% del salario según ingreso y beneficiarios (con tope anual)	4% de ingreso nominal	3% a 5% de ingreso nominal	7,3% del salario nominal (entre €450 y €4500); por debajo sin aporte	7% del valor imponible del salario	5,29% sobre salario; 5,95% sobre rentas de capital; 12% sobre juegos de azar. Con ingresos bajos: 3,8% sobre salario	5,5% del salario nominal
Trabajadores independientes	3%, 4,5%, 6% u 8% sobre 70% de lo facturado (con tope anual)	12,5% sobre 40% de lo declarado o facturado	3% a 5% de ingreso declarado o facturado	Obligados a contratar seguros privados	No incluídos aún en el seguro	Obligados a contratar seguros privados	4%, 6%, 7%, 9% o 12% del ingreso declarado
Jubildos	3%, 4,5%, 6% u 8% de pensión según ingreso y beneficiarios (con tope anual)	12% de pensión	3% a 5% de ingreso nominal	7,3% sobre jubilación	7%, 5% sobre pensión o sin aporte según ingreso	4,35% sobre pensión	5% sobre pensión
Empleador	5% de la nómina	8,5% de la nómina	sin aporte	7,3% de la nómina. 13% si el trabajador no aporta	Aporte opcional	13,1% de la nómina o vía impuestos	9,25% de la nómina
Fondos de pensión				7,3% sobre jubilación			8,75% de la nómina
Estado	Pago de la brecha entre ingresos y egresos del seguro y de servicios de alta complejidad prestados a beneficiarios de bajos recursos	Aporte presupuestal al seguro por cobertura de personas sin recursos	Pago de la brecha entre el presupuesto asignado al seguro y aportes de los beneficiarios	Aporte por la cobertura de personas no incluídas en el seguro, beneficiarios de seguridad social	Pago de la brecha entre ingresos y egresos del seguro. Aporte presupuestal por cobertura de personas sin recursos	Aporte al seguro para subsidiar residentes de bajos ingresos	Aporte al seguro de 8%, 6%, 5% o 3% del ingreso de trabajadores independientes. Aporte presupuestal al seguro por cobertura de personas sin recursos

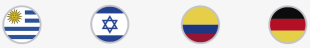
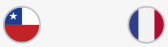
ELECCIÓN DE LA COBERTURA

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores	Seguro público con contratación de prestadores	Seguro público		Seguro privado con contratación de servicios
			Servicios integrados	Subsidio de oferta	
Beneficiarios y cotizantes del seguro público	 **Seguro público obligatorio** **Libre elección del asegurador / prestador** **Elección del proveedor acotada a la oferta del asegurador** | **Libre elección del proveedor**	 **Seguro público obligatorio** **Elección del proveedor según plan** | **Seguro público obligatorio** **Libre elección del proveedor**	 **Seguro público obligatorio** **Elección del proveedor condicionado por la georreferencia**		 **Seguro privado obligatorio** **Elección del proveedor según plan**
Subsidiados por el Estado	 **Seguro público obligatorio** **Libre elección del asegurador** **Elección del proveedor contratado por asegurador** | **Libre elección del proveedor**	 **Sin libre elección de asegurador** **Proveedor del asegurador público** | **Seguro público obligatorio** **Libre elección del proveedor**	 **Seguro público obligatorio** **Elección del proveedor condicionado por la georreferencia**	 **Sin libre elección de asegurador** **Proveedor del asegurador público**	
Asegurados Voluntarios					 **Libre elección del seguro** **Con o sin libre elección del proveedor**

FORMA DE PAGO Y CONTRATACIÓN DE LOS PROVEEDORES

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores	Seguro público con contratación de prestadores	Seguro público		Seguro privado con contratación de servicios
			Servicios integrados	Subsidio de oferta	
Cápita	Pago del fondo público a aseguradores Ajuste por sexo y edad: FONASA /IAMC, ASSE, SI Ajuste por sexo, edad y región: FOSYGA / EPS NII / HP Pago del asegurador a asociación de proveedores ambulatorios Ajuste por morbilidad FE / AR Médicos	Pago del asegurador a proveedores Simple por GES. Ajuste por variables sociales 1er. nivel público FONASA	Pago del seguro público a proveedres Simple (máx. 10% de presupuesto) CCSS / ÁREAS SALUD		
Por desempeño	Pago del fondo público a aseguradores FONASA / IAMC, ASSE, SI Pago de asociación de proveedores a proveedores individuales	Pago del seguro público a algunos proveedores 1er. nivel SHI / MÉDICOS	Pago del seguro público a proveedres (máx. 10% de presupuesto) CCSS / HOSPITALES		
Presupuesto	Presupuesto del gobierno a empresas sociales del régimen subsidiado	Pago del fondo público a servicios de 2do. y 3er. nivel FONASA / HOSPITALES	Pago del seguro público a Áreas de Salud y hospitales CCSS / HOSPITALES	Presupuesto del Gobierno => Proveedor público y sistemas de policías y militares Presupuesto del Gobierno => Sistema atención de FDI Presupuesto del Gobierno => Inversiones hospitales	
GDR	Pago del asegurador a hospitales EPS / IPS HP FE	Pago del fondo público a hospitales FONASA SHI			Pago del seguro a hospitales ISAPRES VHI
Por estadía	Pago del asegurador a hospitales HP / HOSPITALES				
Por caso	Pago del asegurador a hospitales EPS-S / IPS-S Reembolso del seguro público al asegurador por patologías graves NII / HP	Pago de seguro a Servicios Públicos FONASA / SERVICIOS			
Por acto	Pago del asegurador a proveedor IAMC - ASSE - SI / Proveedor propio o contratado. Pago del fondo público a proveedor FNR / IMAE EPS / IPS HP / proveedor atención ambulatoria Pago de asociación de proveedores a proveedores individuales	Pago del seguro a proveedor ambulatorio SHI / Proveedor individual		Pago del asegurador a proveedor propio ASSE	Pago del seguro a proveedor
Por salario	Pago del asegurador a proveedor propio IAMC - ASSE / Médicos Pago del proveedor institucional a proveedor individual IPS / Médicos Hospitales / Médicos	Pago del proveedor institucional a proveedor individual Servicios salud públicos médicos Hospitales / Médicos	Pago del proveedor institucional a proveedor individual ÁREAS SALUD Y HOSPITALES / Médicos	Pago del asegurador a proveedor propio ASSE	

RÉGIMEN DE COPAGOS

	Seguro público con doble contratación de aseguradores y prestadores	Seguro público con contratación de prestadores	Seguro público		Seguro privado con contratación de servicios
			Servicios integrados	Subsidio de oferta	
					
Relación con el costo o precio de la prestación	**Precio de copagos sin relación con costos de la prestación** **Precio de copagos con relación a las tarifas de las prestaciones**	**Precio de copagos con relación a las tarifas de las prestaciones**	**No aplica copagos**	**No aplica copagos**	**Precio de copagos discrecional**
Precios	**Precio administrado por el regulador**	**Precio administrado por el regulador**	**No aplica copagos**	**No aplica copagos**	**Precio libre**
Relación con ingresos del usuario y condición del asegurado	**NO en proveedores privados** **Proveedor público sin copagos** **De forma parcial** **Diferencial según régimen C o S. y según condición (cotizante o beneficiario)** **Topes anuales para casos crónicos o de bajos ingresos**	**Precios copagos según ingreso y tipo de prestación** **Exoneraciones y topes relacionados con condiciones médicas y por condición económica**	**No aplica copagos**	**No aplica copagos**	**Precios de copagos según plan de seguro contratado**
Deducibles, topes y exoneraciones	**Exoneraciones en prestaciones definidas por el regulador** **Exoneraciones discrecionales del asegurador / prestador** **Topes por trimestre** **Deducible anual** **Topes anuales**	**Deducible anual**	**No aplica copagos**	**No aplica copagos**	**Según plan de seguro contratado**
Ámbito de aplicación	**Solo atención ambulatoria** **Atención ambulatoria e internación según casos** **Atención ambulatoria y en internación**	**Atención ambulatoria y en internación**	**No aplica copagos**	**No aplica copagos**	**Según plan de seguro contratado**

Bibliografía

1. Becerril-Montekio V.; Reyes, J.; Annick, M.. Sistema de salud de Chile. Revista de Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2. 2011.
http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/09.pdf

2. Blümel, M, Busse, R. The German Health Care System. Berlin University of Technology.
http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/

3. Busse, R.; Blümel, M. Health system review. Health Systems in Transition. Vol. 16. No. 2. European Observatory on Health System and Policies. 2014.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/255932/HiT-Germany.pdf?ua=1

4. Carrillo Lara, R.; Martínez Franzoni, J.; Naranjo Villalobos, F.; Sauma Fiatt, P. Informe del equipo de especialistas nacionales nombrado para el análisis de la situación del seguro de salud de la CCSS Recomendaciones para restablecer la sostenibilidad financiera del seguro de salud.
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Costa_Rica/iis-ucr/20120726043438/informe.pdf

5. Chevreul, K.; Berg Brigham, K.; Durand-Zaleski, I.; Hernández-Quevedo, C. France Health system review. Health Systems in Transition Vol. 17 No. 3 European Observatory on Health System and Policies. 2015.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/297938/France-HiT.pdf

6. Durand-Zaleski, I. The French Health Care System. AP-HP and Université Paris-Est, Paris, France.
http://international.commonwealthfund.org/countries/france/

7. Guerrero, R., Gallego, A., Becerril-Montekio, V., Vásquez, J. "Sistema de salud de Colombia". Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.
http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/10.pdf

8. ISAPRES de Chile. El sistema de salud chileno. Orígenes, Transformaciones y Desafíos. Serie de Informes Técnicos. Febrero 2016.
http://www.isapre.cl/PDF/Informe%20Te%CC%81cnico_El%20Sistema%20de%20Salud%20Chileno.pdf

9. Kumar, A. and M. Schoenstein (2013), "Managing Hospital Volumes: Germany and Experiences from OECD Countries", OECD Health Working Papers, No. 64, OECD Publishing, Paris.
http://dx.doi.org/10.1787/5k3xwtg2szzr-en

10. Lima Quintana, L.; Levcovich, M.; Díaz-Muñoz, A.R.; "Las Reformas de los Sistemas de Salud del Reino Unido, Estados Unidos y Países Bajos. De la década del 90 al siglo XXI". 1a ed. - Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes, 2012.
www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/reformas.pdf

11. Maceiras, D. "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina." Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES) / Oficina Regional de UNICEF para América Latina. 2012.
https://www.unicef.org/lac/Documentos-trabajo-CEDES-Unicef-122-2014.pdf

12. Maceiras, D. (2001):"Dimensiones Horizontal y vertical en el aseguramiento social en salud de America Latina y el Caribe", Centro de Estudios de Estado y Sociedad", Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID). No.2.
http://www.paho.org/Hq/documents/dimensioneshorizontalyverticalenelaseguramientosocialenslaluddeamericalatinayelca-ES.pdf

13. Maceiras, D. (2007) "Documento Técnico sobre Financiación y Reforma del Sector Salud: Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa". EUROsociAL, Instituto de Investigación para el Desarrollo (IRD).
https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/La_salud_en_AL_Europa.pdf

14. Mafort Ouverney; Fleury, S.; El Proceso de Reformas del Seguro Social de la Enfermedad de Alemania durante la Década del '90. Avances e Impasses. SALUD COLECTIVA, La Plata, 1(2): 173-194, Mayo - Agosto, 2005.
http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n2/v1n2a04.pdf

15. MINSAL. Subsecretaria de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. "Eje Gestión de Recursos Financieros en Atención Primaria". Chile. 2015.
http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/4_GESTION-RECURSOS-FINANCIEROS-APS.pdf

16. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. "Los Sistemas Sanitarios en los Países de la UE: características e indicadores de salud 2013". Información y estadísticas sanitarias 2014.
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/home.htm

17. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Perfil del sistema de salud en Colombia. Área de Sistemas y Servicios de Salud (HSS-SP) 2009.
http://www.paho.org/col/index.php?option=com_content&view=article&id=1241:perfil-de-los-sistemas-de-salud-colombia&Itemid=361

18. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Salud en Sudamérica. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud. 2012.
www.paho.org/chi/images/PDFs/salud%20en%20sam%202012%20(ene.13).pdf

19. Palacios Quezada, A. Cuenta satélite de salud y sistema de cuentas de salud: caso de Chile. Seminario de Cuentas Nacionales de América Latina y el Caribe 2015. CEPAL.
http://www.cepal.org/sites/default/files/events/files/2015-semcn-s8-chile-apalacios.pdf

20. Polanía Álvarez, N.M. Análisis del flujo de recursos del régimen subsidiado en salud para Colombia, 2008 – 2012. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Ciencias Económicas, Escuela de Economía. Bogotá D.C., Colombia. 2015.
http://www.bdigital.unal.edu.co/51308/1/52934152.2015.pdf

21. Riascos, A.; Guerrero, R.; Chernichovsky, D.; Duarte, J.; Cálculo de la UPC y su ajuste por riesgo. Políticas en breve- Salud. Boletín Nº 5. Universidad ICESI. PROESA. Cali. 2013.
http://www.icesi.edu.co/proesa/images/docs/Boletin_5.pdf

22. Rodríguez Herrera, A. La reforma de salud en Costa Rica. ONU. Cepal. GTZ. Unidad de Estudios Especiales. Secretaría Ejecutiva. Serie Financiamiento del desarrollo. 173. Chile. 2006.
http://www.cepal.org/publicaciones/xml/8/26898/lcl2540e.pdf

23. Rosen, B.; Waitzberg, R.; Merkur, S. Israel Health system review. Health Systems in Transition Vol. 17 No.6. European Observatory on Health System and Policies. 2015. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/302967/Israel-HiT.pdf?ua=1

24. Rosen, B.; Waitzberg, R. The Israeli Health Care System. Brookdale Institute. http://international.commonwealthfund.org/countries/israel/

25. Sáenz, M.; Acosta, M.; Muiser, J.; Bermúdez, J.L. Sistema de salud de Costa Rica. Revista de Salud Pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011. http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v53s2/11.pdf

26. Valdés Torres, J.D. Situación financiera del seguro de salud de la C.C.S.S. http://estadonacion.or.cr/files/biblioteca_virtual/021/social/Valdes_D_2015.pdf

27. Villalobos Dintrans, P. Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. Superintendencia de Salud. Departamento de Estudios y Desarrollo. Chile. 2016. http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-14790_recurso_1.pdf

FEPREMI
Federación de Prestadores Médicos del Interior. Corporación Cooperativa de IAMPP. 2018

Investigación y textos:
DR. GUSTAVO MIERES

Diseño editorial, Arte de Tapa y diagramación:
LIC. MARCOS ARTIGALÁS / ARTIGALAS DESIGN