



SUPERINTENDENCIA
DE SALUD

Documento de Trabajo

Sistemas de Financiamiento y Aseguramiento de Salud: Reformas y Alternativas para Chile. Los casos de Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido

Departamento de Estudios y Desarrollo*

Fecha de Presentación: Agosto de 2016
Fecha de Publicación: 16 de Enero de 2017

* El presente documento fue desarrollado en el marco del trabajo realizado en la Superintendencia de Salud durante los meses de julio a agosto de 2016, como parte de los requisitos (Summer Field Immersion) para optar al grado de Doctor en Salud Pública (DrPH) de la Universidad de Harvard, bajo la supervisión de David Debrott Sánchez, Jefe del Departamento de Estudios y Desarrollo.

Resumen (Abstract)

En abril de 2014 se firmó el Decreto N° 71 del Ministerio de Salud que creó la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud. El objetivo del estudio es, a la luz de la discusión llevada a cabo en la Comisión, presentar un panorama general de distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud, incluyendo reformas recientes en seguros de salud realizadas en distintos países del mundo, con el fin de presentar distintas alternativas para una reforma del sistema de salud chileno.

Palabras Clave: Seguros de salud, Financiamiento de salud, Sistemas de salud, OECD, Australia, Alemania, Corea del Sur, Holanda, Reino Unido

Tabla de Contenidos

1. INTRODUCCIÓN	6
2. MARCO TEÓRICO	7
<i>Figura 1: Marco conceptual de las funciones financieras del sistema de salud</i>	8
3. DESCRIPCIÓN DE SISTEMAS Y SEGUROS DE SALUD	9
3.1 PAÍSES SELECCIONADOS.....	9
<i>Tabla 1: Estadísticas demográficas, países seleccionados (2014)</i>	10
<i>Tabla 2: Indicadores económicos, países seleccionados (2014)</i>	11
3.2 SISTEMAS DE SALUD	12
<i>Tabla 3: Indicadores del sistema de salud, países seleccionados (2014)</i>	12
a. Fuentes y uso de recursos.....	13
<i>Tabla 4: Fuentes de ingreso del sistema de salud, países seleccionados (distintos años)</i>	13
<i>Tabla 5: Distribución del gasto en salud según función y proveedor, países seleccionados (distintos años)</i>	15
b. Provisión de servicios de salud.....	17
<i>Figura 2: Provisión de servicios de salud en Australia</i>	19
<i>Figura 3: Organización del sistema de salud holandés</i>	22
<i>Figura 4: Provisión de servicios de salud en Corea del Sur</i>	23
<i>Figura 5: Sistema de salud inglés</i>	24
<i>Tabla 6: Resumen provisión y pago de servicios de salud, países seleccionados</i>	26
3.3 SEGUROS DE SALUD.....	27
a. Descripción.....	27
<i>Tabla 7: Pago por servicios de salud en Holanda</i>	32
<i>Tabla 8: Seguros de salud, países seleccionados</i>	36
<i>Figura 6: Clasificación de seguros de salud de acuerdo a sus características</i>	37
<i>Figura 7: Distribución de beneficiarios FONASA e ISAPRE por edad y sexo (2013)</i>	39
<i>Figura 8: Distribución de beneficiarios FONASA e ISAPRE por tramo de renta (miles de pesos) (2013)</i>	39
b. Principios.....	40
4. PROCESOS DE REFORMA	44
4.1 JUSTIFICACIÓN	44
4.2 PRINCIPALES DISCUSIONES EN TORNO A LOS SISTEMAS DE SALUD.....	47
5. OTROS TEMAS RELEVANTES PARA EL DEBATE DE LA REFORMA EN CHILE	52
5.1 CUIDADOS DE LARGO PLAZO.....	52
<i>Tabla 9: Estadísticas cuidados de largo plazo (salud), países seleccionados</i>	52
<i>Tabla 10: Programas y beneficios sociales del SENAMA</i>	54
<i>Tabla 11: Sistemas de cuidados de largo plazo, países seleccionados</i>	62
5.2 LICENCIAS MÉDICAS	62
<i>Figura 9: Licencias médicas - Costo por cotizante (2014)</i>	63
<i>Tabla 12: Sistemas de licencias por enfermedad, países seleccionados</i>	66
6. CONCLUSIONES	67
6.1 LECCIONES GENERALES	67
6.2 ELEMENTOS A CONSIDERAR EN EL CASO CHILENO.....	68
a. Recolección.....	69
<i>Figura 10: Contribución al sistema de salud por agente, países seleccionados</i>	71
b. Mancomunación.....	72
c. Compra.....	73

<i>Figura 11: Evolución de la población mayor de 65 años y establecimiento de seguros de cuidado de largo plazo, países seleccionados</i>	<i>74</i>
<i>Tabla 13: Sistema de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), países seleccionados....</i>	<i>76</i>
<i>Tabla 14: Sistemas de aseguramiento de calidad de servicio, seguridad de pacientes y acreditación de proveedores, países seleccionados</i>	<i>79</i>
<i>Tabla 15: Métodos tradicionales de pago a proveedores.....</i>	<i>80</i>
<i>Tabla 16: Mecanismos de pago a proveedores en Chile.....</i>	<i>82</i>
<i>Tabla 17: Reformas a mecanismos de pago en países OECD.....</i>	<i>83</i>
<i>Tabla 18: Resumen de propuestas</i>	<i>84</i>
7. REFERENCIAS.....	86

Resumen Ejecutivo

En abril de 2014 se creó una Comisión Asesora Presidencial con el propósito de generar una propuesta para un nuevo marco legal para el sistema privado de salud. Siguiendo la discusión generada a partir del trabajo de la Comisión, el documento presenta una serie de experiencias internacionales de reformas de sistemas de salud, particularmente enfocadas en el esquema de financiamiento, con el fin de mostrar alternativas para una eventual futura reforma de la salud en Chile. Para el estudio, cinco países fueron seleccionados: Australia, Alemania, Corea del Sur, Holanda y Reino Unido. La selección se realizó en función de su relativa similitud con Chile –principalmente en términos de desafíos del sistema de salud- y su heterogeneidad en cuanto a esquemas de financiamiento de salud.

El análisis de los sistemas de salud, así como los sistemas de aseguramiento en cada uno de estos casos, muestran la enorme gama de alternativas disponibles para enfrentar los desafíos en el sector. Los datos revelan que, sistemas de salud con diversas configuraciones han logrado obtener buenos resultados. Por otro lado, los países seleccionados también muestran tareas pendientes en diversas áreas, las que han sido enfrentadas de diversas maneras por cada país, de acuerdo a las particularidades y principios inherentes de sus propios sistemas de salud y aseguramiento. Cada país ha ido definiendo su propio esquema, priorizando y atendiendo de distinta manera los principios de solidaridad y equidad, eficiencia y calidad, sustentabilidad, y libertad de elección. Adicionalmente, el documento presenta una discusión sobre dos temas relacionados a los seguros de salud: cuidados de largo plazo y licencias médicas. En ambos casos, se analiza la realidad chilena y se contrasta con las experiencias de los países seleccionados para el estudio.

Finalmente, el documento presenta sus conclusiones y recomendaciones. En términos generales, se encuentra que no existe un único esquema de financiamiento y aseguramiento de salud que sea superior a otros; países con buen desempeño tienen disímiles enfoques en cuanto al rol de los privados, la existencia de seguros únicos o múltiples, y mecanismos de pago a proveedores; la elección de un esquema por sobre otro obedece más a preferencias de principios más que a criterios técnicos.

Diversas lecciones se pueden extraer para futuras reformas al sistema chileno. En primer lugar, hay espacio para mejorar la recolección y uso de los recursos en salud. En esta línea, es interesante ver cómo otros países han decidido desligar la contribución de la condición laboral, y crear distintos sistemas de financiamiento para hacer frente a distintas áreas de la seguridad social (salud, cuidados de largo plazo y licencias médicas). Segundo, todas las experiencias revelan la necesidad de reducir la segmentación en el sistema y aumentar la mancomunación; los países han avanzado en este sentido siguiendo distintas rutas y basados en distintos principios, pero todos han reconocido la importancia de tener un mecanismo que permita aunar contribuciones y riesgos de la población en un fondo único de salud. Tercero, reformas en los países seleccionados muestran la necesidad de incrementar la eficiencia y la calidad de las prestaciones de salud. En este sentido, se requiere avanzar hacia una definición más clara respecto de qué significa cobertura de salud en el país, y contar con mecanismos

de pago a proveedores que permitan mejorar y asegurar la calidad de los servicios comprados por el seguro.

1. Introducción

En abril de 2014 se firmó el Decreto 71 que creó la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud. Esta buscaba proponer modificaciones al sistema de salud, con particular foco en el rol de las aseguradoras privadas, ISAPRE, principalmente basado en el deber del Estado en garantizar el derecho a la protección en salud, los cuestionamientos legales a los contratos de las ISAPRE, el aumento de los costos en salud y el envejecimiento de la población.

En su discurso anunciando la creación de la Comisión, la presidenta Michelle Bachelet recalcó la necesidad de reformar un sistema inherentemente discriminatorio, que genera barreras en el acceso a los servicios de salud y que es poco equitativo y solidario¹. Entre los problemas identificados en el sistema de seguros de salud en Chile se encuentran: alta segmentación e inequidad (Zúñiga, 2014; Cid et al., 2014; Aguilera et al., 2015), baja protección financiera que se refleja en un alto y creciente gasto de bolsillo (Cid & Prieto, 2012; Castillo-Laborde & Villalobos, 2014), y fragmentación y falta de solidaridad (Kutzin, 2001; Bitrán & Urcullo, 2008).

En su informe, la Comisión justifica su labor en varios aspectos del sistema que requieren mejorar, con el fin de atender las necesidades de salud de los chilenos, adecuar el funcionamiento de las ISAPRE al marco legal vigente, y hacer frente a los desafíos de la transición demográfica y epidemiológica y al sostenido aumento de los costos en salud, avanzando hacia un sistema con mayor equidad y solidaridad, en línea con los principios de seguridad social (Cid et al., 2014) y el desarrollo de la nueva salud pública (Robertson, 1998; Anand & Peter, 2006).

Las propuestas de la Comisión se centraron en el establecimiento de un Plan de Seguridad Social único y universal, la creación de un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA e ISAPRE, así como un fondo de compensación inter-ISAPRE, y la creación de una institución administradora del Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL) (Cid et al., 2014).

El objetivo del estudio es, a la luz de la discusión llevada a cabo en la Comisión Presidencial para la reforma de los seguros privados de salud, presentar un panorama general de distintos esquemas de financiamiento y aseguramiento de salud², incluyendo reformas recientes en seguros de salud realizadas en distintos países del mundo, con el fin de presentar distintas alternativas para una reforma del sistema chileno. Es importante recalcar que, a pesar que la discusión de la Comisión estuvo centrada en la reforma y alternativas para el sistema de financiamiento de salud privado (ISAPRE), un análisis independiente de los seguros de salud (privado y público) es artificial y difícil de llevar a cabo; por esta razón, el documento presenta alternativas para el sistema de salud en general, tomando en cuenta la interacción entre seguros privados y públicos. De igual manera, si bien el documento se centra en los sistemas de financiamiento de salud, no es posible ignorar el hecho que éste es un subconjunto dentro del sistema de

¹ Gobierno de Chile (2014).

² En adelante, nos referimos indistintamente a ambas funciones, salvo que se indique lo contrario.

salud: tal como seguros privados y públicos interactúan, el sistema de aseguramiento interactúa con el resto del sistema de salud, particularmente la provisión de servicios y fuentes de ingresos. Ambos elementos están presentes en la discusión, pero requieren un análisis más profundo para poder extraer conclusiones y recomendaciones aplicables al sistema chileno.

El documento se organiza de la siguiente manera. Luego de esta introducción, la sección 2 introduce un marco teórico para entender el rol del sistema de financiamiento de salud, a través de un modelo general que permite analizar diversos esquemas. Su objetivo es presentar una estructura para el análisis de los distintos sistemas a lo largo del documento –basado en las funciones de un seguro de salud–, así como mostrar las distintas áreas sobre las que un seguro de salud puede ser definido. La sección 3 contiene información descriptiva, incluyendo el listado de países usados para el análisis, así como características de sus sistemas y seguros de salud. La sección 4 se enfoca en los procesos de reforma a los sistemas de salud llevados a cabo en los distintos países seleccionados, incluyendo los argumentos que impulsaron las reformas, así como temas que continúan en la discusión luego de realizados los rediseños de los sistemas de financiamiento. La sección 5 discute otros temas que, si bien no son identificados explícitamente con los seguros de salud, son interesantes de discutir en el contexto del sistema chileno: el tratamiento de las licencias médicas y los sistemas de cuidados de largo plazo. Finalmente, la sección 6 se reserva para las conclusiones del trabajo, incluyendo las principales lecciones que se desprenden a partir de la información presentada y las posibles aplicaciones al sistema chileno, con miras a una posible futura reforma.

2. Marco Teórico

El reporte mundial de la salud del año 2000 (WHO, 2000), dedicado a entender los sistemas de salud y evaluar su desempeño, enfatiza el rol financiero de éstos, recalcando su importancia en el sector salud por sobre lo que ocurre en otros mercados. Un sistema de salud es relevante tanto por su efecto en la protección del estado de salud, como la situación financiera de las personas. Las consecuencias potencialmente catastróficas de la enfermedad, así como la naturaleza impredecible de la necesidad de atención médica hacen de la dimensión financiera de la salud y los mecanismos de aseguramiento y manejo de riesgos un elemento de vital importancia en cualquier sistema de salud.

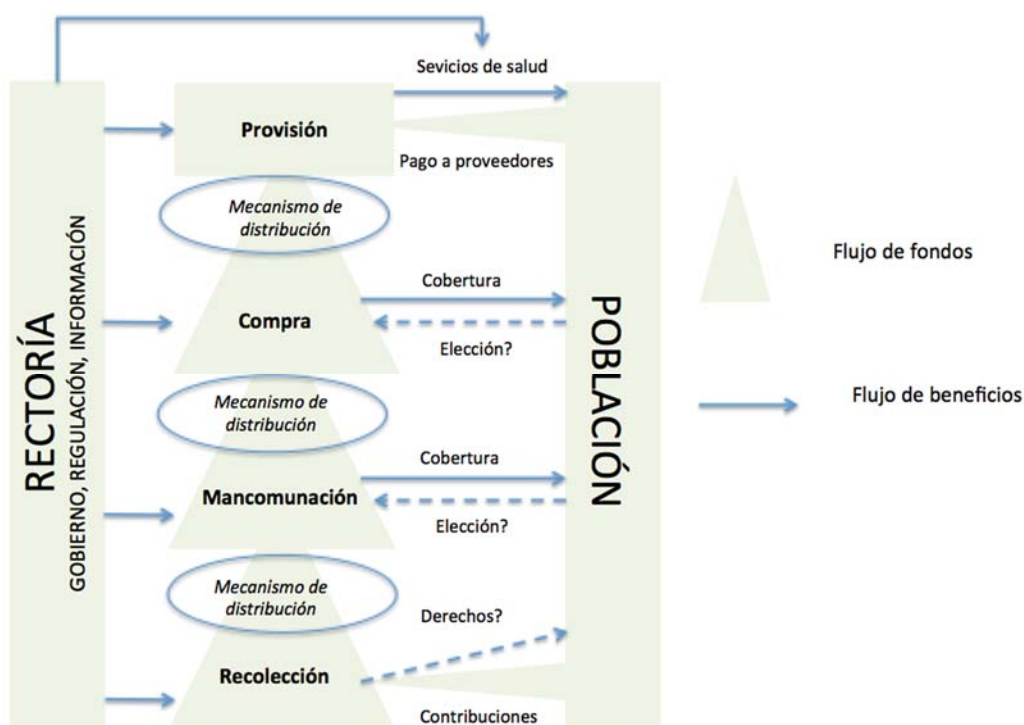
El objetivo de la función financiera del sistema de salud es tanto proveer fondos como fijar incentivos a los proveedores de servicios de salud, de forma de asegurar el acceso de todos los individuos a una atención de salud con ciertos estándares. Para asegurar esto, se requiere de tres componentes que interactúan entre sí: recolección (*collection*), mancomunación (*pooling*), y compra (*purchasing*) (WHO, 2000). La recolección de fondos es el proceso mediante el que el sistema recibe fondos desde distintas fuentes; mancomunación se refiere a la agregación y administración de los fondos recolectados, que permiten repartir el riesgo de salud entre todos los miembros del fondo (*pool*), para que éstos no sean enfrentados individualmente (función aseguradora), reduciendo la

incertidumbre para personas y proveedores; compra es el proceso a través del cual los fondos recolectados son pagados a los proveedores para que entreguen servicios de salud a la población.

Basado en estos conceptos, Kutzin (2001, 2008, 2013) propone un marco conceptual para el análisis de un sistema de salud, enfocado principalmente en la función de aseguramiento del sistema (acceso a servicios de salud sin incurrir en empobrecimiento desde el punto de vista financiero). El modelo, inicialmente desarrollado tanto para describir la situación actual de un sistema de salud respecto de su dimensión financiera como para identificar y evaluar alternativas de política, es útil para analizar la situación actual y futura del sistema de salud chileno, particularmente para evaluar esquemas alternativos para los seguros de salud en el país, y su impacto en los objetivos de un sistema de salud que avanza hacia la cobertura universal (Kutzin, 2013; Aguilera et al., 2014).

La Figura 1 muestra la relación entre las distintas funciones financieras del sistema. El proceso se inicia con la recolección de fondos y termina con la provisión de servicios de salud, definiendo flujos de recursos financieros y beneficios entre los distintos actores. Asimismo, explicita la necesidad de definir mecanismos de distribución de los recursos entre las distintas etapas del proceso.

Figura 1: Marco conceptual de las funciones financieras del sistema de salud



Fuente: Elaborado en base a Kutzin (2008).

Como explica Kutzin (2001, 2008), el modelo planteado es suficientemente amplio y genérico como para ser aplicado en distintos contextos, y puede ser considerado como un punto de partida analítico para cualquier reforma³: diferentes combinaciones de estas funciones pueden existir, por ejemplo, en términos de su grado de integración (cuántas instituciones participan en el proceso), quiénes contribuyen al sistema y a través de qué mecanismos (impuestos directos y/o indirectos, contribuciones obligatorias y/o voluntarias, donaciones), qué organizaciones se encargan de mancomunar los fondos y de qué forma (gobierno central, gobiernos locales, otras instituciones públicas, empleadores, empresas privadas) o quién se encarga del proceso de compra y mediante qué instrumentos (presupuesto, salario, pago por servicio, capitación). Estas distintas alternativas se hacen evidentes en los distintos esquemas escogidos por diversos países a lo largo del mundo cuando han debido definir el diseño de la dimensión financiera de sus sistemas de salud: claramente no existe una respuesta única sobre cómo financiar los sistemas de salud (Kutzin, 2008; Gottret et al., 2008; Kwon, 2009a; Kutzin et al., 2016).

El modelo presentado reconoce las distintas posibilidades para analizar y evaluar el sistema de financiamiento de salud, haciendo explícito que éste puede ser definido, analizado y reformado en distintas dimensiones, no solamente en base a cuál es su fuente de recursos financieros (Kutzin 2001, 2008; Magnussen et al., 2009), variable típicamente usada para clasificar distintos sistemas de financiamiento de salud (Roberts et al., 2002; Tobar, 2015).

El modelo conceptual sirve para presentar de manera estructurada las principales características de los seguros de salud en una selección de países, basada en las tres funciones anteriormente descritas (recolección, mancomunación y compra).

3. Descripción de Sistemas y Seguros de Salud

3.1 Países seleccionados

Con el fin de presentar ejemplos de alternativas al sistema de seguros de salud chileno, cinco países fueron seleccionados: Australia, Alemania, Holanda, Corea del Sur y Reino Unido. La selección, no obstante, no pretende ser exhaustiva ni sistemática; los casos presentados deben ser entendidos como ejemplos de sistemas de financiación y reflejan las diversas dimensiones sobre las que estos sistemas pueden ser construidos. Lamentablemente, dadas las restricciones de tiempo y espacio del documento, la selección fue restringida a estos cinco ejemplos; una extensión de este ejercicio sería incluir otros sistemas que pudieran entregar enfoques distintos o iluminar respecto de elementos específicos del diseño. Entre otros se podría agregar la experiencia de algún país de la región, países nórdicos, países asiáticos, o africanos. Colombia está en medio de una discusión producto de su reciente reforma (Bernal & Barbosa, 2015); el "modelo nórdico" ha sido identificado como uno con características particulares y buenos resultados que ha realizado recientemente una "segunda fase de reformas" (Magnussen et al., 2009); en Asia, Singapur muestra un sistema que, a pesar de sus diferencias ha

³ Junto con esto, es necesario tomar en cuenta los objetivos de la política y el contexto del país (situación fiscal, demográfica, etc.) al formular políticas de financiamiento de salud (Kutzin, 2008).

logrado buenos resultados en términos de desempeño (WHO, 2000; Roberts et al., 2008), mientras que Japón, también reconocido por los logros de su sistema, ha introducido una serie de reformas, principalmente para lidiar con el aumento de los costos de salud y el envejecimiento de su población (OECD, 2015a; Reich & Shibuya, 2015); Sudáfrica se encuentra actualmente discutiendo el diseño de su seguro de salud, con desafíos y objetivos similares a los planteados por el sistema chileno (Ruff et al., 2011; Department Health RSA, 2015).

Los criterios de selección fueron principalmente tres: en primer lugar, la búsqueda de experiencias heterogéneas, que representaran alternativas distintas al actual sistema de seguros de salud en Chile, en términos de sus pilares, actores y mecanismos de asignación de recursos. Para esto, se optó por escoger sistemas que de alguna manera son representativos de ciertos modelos a nivel mundial, por ejemplo, Reino Unido como paradigma de un sistema público u Holanda como arquetipo de un sistema eminentemente privado. Segundo, la selección tomó en cuenta sistemas que pudieran ser comparables al chileno, en el sentido que fueran relativamente similares en términos de estar enfrentando discusiones similares a las planteadas por la Comisión para el caso chileno -como fragmentación, eficiencia o falta de solidaridad- en lugar de otros temas como cobertura universal, reducción de mortalidad infantil o prevención de enfermedades transmisibles. En este sentido, las experiencias de países como Alemania o Australia podrían dar luces sobre cómo enfrentar algunos de estos temas. Finalmente, también fueron considerados casos de países que han enfrentado o están enfrentando importantes procesos de reforma en sus sistemas de salud, principalmente en lo referente a sus sistemas de financiamiento de salud. En este grupo es posible encontrar los casos de Corea del Sur, Australia y Holanda.

Todos los países seleccionados tienen un alto nivel de desarrollo y con sistemas de salud de alto desempeño. Lo anterior permite enfocar la discusión en temas relevantes para el sistema chileno (solidaridad, calidad, incremento de costos), evitando presentar casos de países cuyos sistemas de salud y financiamiento de salud tienen objetivos distintos como los principales (acceso a seguros, cobertura de salud). La selección de países también permite mirar experiencias de países que no sólo enfrentan desafíos, sino también condiciones relativamente similares a las de Chile. La Tabla 1 muestra que, a pesar de la diversidad aparente, la mayoría de los países seleccionados son bastante homogéneos en término de sus características demográficas. Similares resultados se encuentran, por ejemplo, al analizar otros indicadores de resultados de salud, como tasas de mortalidad y compararlos, por ejemplo, con el promedio mundial.

Tabla 1: Estadísticas demográficas, países seleccionados (2014)

País	Población, total (miles)	Población sobre 65 años (% del total)	Tasa de nacimientos (por 1,000 personas)	Tasa de defunciones (por 1,000 personas)	Tasa de natalidad (nacimientos por mujer)	Esperanza de vida al nacer (años)	Tasa de mortalidad infantil (por 1,000 nacidos vivos)
Chile	17.762,65	10,7	13,2	5,1	1,8	81,5	7,2
Australia	23.470,12	14,7	12,9	6,5	1,9	82,3	3,2
Alemania	80.970,73	21,1	8,6	10,8	1,4	80,8	3,2
Corea del Sur	50.423,96	12,7	8,6	5,3	1,2	82,2	3,0
Holanda	16.865,01	17,7	10,4	8,3	1,7	81,3	3,3
Reino Unido	64.559,14	17,5	12,0	8,8	1,8	81,1	3,7
OECD	1.270.974,17	15,9	11,9	8,1	1,7	80,1	6,1
Mundo	7.259.691,77	8,1	19,4	7,7	2,5	71,5	32,6

Fuente: World Bank (2016).

Por otro lado, los países también forman parte de un grupo particular en términos de sus indicadores económicos: nuevamente, a pesar del amplio rango mostrado en la Tabla 2, los países son comparables, al menos en términos de ingresos⁴. Adicionalmente, todos los países seleccionados son, al igual que Chile, países OECD, lo que refleja que de alguna manera tienen capacidades y desafíos similares.

Tabla 2: Indicadores económicos, países seleccionados (2014)

País	PIB per cápita, PPP (US\$ 2011)	Tasa de participación en la fuerza laboral 15-64 años, total (%) (estimación OIT)	Desempleo, total (% de la fuerza laboral)	Índice GINI (estimación del Banco Mundial) ^a	Ingresos tributarios (% PIB) ^b
Chile	21.979,8	67,8	6,4	50,5	17,5
Australia	43.256,5	76,6	6,0	34,9	22,2
Alemania	43.558,6	77,4	5,0	30,1	11,6
Corea del Sur	33.629,4	66,1	3,5	30,2	14,4
Holanda	45.662,1	79,5	6,9	28,0	20,0
Reino Unido	38.149,1	76,4	6,3	32,6	25,4
OECD	37.282,5	70,7	7,3	..	14,9
Mundo	14.290,6	68,7	5,9	38,1	14,0

Fuente: World Bank (2016) y CIA (2016) para Corea del Sur, y promedio mundial.

^a Último año disponible: Australia (2010), Chile (2013), Alemania (2011), Corea del Sur (2014), Holanda (2012), Reino Unido (2012).

^b Último año disponible: Australia (2013), Chile (2013), Alemania (2013), Corea del Sur (2011), Holanda (2013), Reino Unido (2013), OECD (2013), Mundo (2012).

Ambas tablas muestran las similitudes de este grupo de países, tanto en términos demográficos/ sanitarios como económicos. Esto es relevante, ya que tanto los objetivos

⁴ Nuevamente es necesario destacar que esta similitud es relativa respecto a otros países del mundo. En este caso, si bien existen importantes diferencias en términos de ingreso per cápita, todos los países de la muestra son consideradas economías de alto ingreso (ingreso per cápita mayor a 12.476 dólares), de acuerdo a la clasificación del Banco Mundial.

como el contexto de los países son importantes al comparar, analizar y evaluar alternativas para financiar la salud (Gottret et al., 2008; Kutzin, 2008; Roberts et al., 2008).

3.2 Sistemas de salud

La Tabla 3 muestra un conjunto de indicadores relacionados, principalmente, al financiamiento de la salud en los distintos países seleccionados. Los datos reflejan no sólo diferencias estructurales entre los distintos sistemas sino, además, sus diversos resultados. Por ejemplo, mientras Corea del Sur y Reino Unido tienen indicadores similares en términos demográficos (población, esperanza de vida) y económicos (PIB per cápita), muestran indicadores bastante distintos en cuanto a su sistema de salud (gasto en salud como % del PIB, gasto de bolsillo como % del gasto en salud).

Tabla 3: Indicadores del sistema de salud, países seleccionados (2014)

	Gasto en salud per cápita, PPP (US\$ 2011)	Gasto en salud, (% PIB)	Gasto público en salud (% gasto total en salud)	Gasto público en salud (% gasto de gobierno)	Gasto de bolsillo (% gasto total en salud)	Gasto de bolsillo (% gasto privado en salud)	% de población cubierta por seguros de salud ^a	Ranking desempeño general del sistema de salud (2000) ^b
Chile	1.749,4	7,8	49,5	15,9	31,5	62,4	98,2	33
Australia	4.357,3	9,4	67,0	17,3	18,8	57,1	100,0	32
Alemania	5.182,1	11,3	77,0	19,6	13,2	57,3	99,8	25
Corea del Sur	2.530,6	7,4	54,1	12,3	36,1	78,5	100,0	58
Holanda	5.201,7	10,9	87,0	20,9	5,2	40,2	99,8	17
Reino Unido	3.376,9	9,1	83,1	16,5	9,7	57,7	100,0	18
OECD	4.708,3	12,4	62,2	..	13,6	36,0	..	..
Mundo	1.275,2	10,0	60,1	..	18,3	45,8	..	..

Fuente: World Bank (2016).

^a OECD (2016a). Último año disponible: Australia (2014), Chile (2013), Alemania (2013), Holanda (2013), Corea del Sur (2013), Reino Unido (2013).

^b WHO (2000).

Tal como se señaló anteriormente, la selección de países permite contar con un grupo de naciones similares a Chile en términos de sus desafíos de salud y contexto, pero a la vez, suficientemente distintas como para mostrar alternativas, principalmente en cuanto al diseño del sistema de financiamiento de salud. Al comparar a Chile con el resto de los países, se aprecia que no sólo tiene un gasto per cápita en salud considerablemente más bajo si no que, comparado con la mayoría de los países, gasta una menor proporción de su PIB en salud; de hecho su gasto en salud como porcentaje del PIB es casi 5 puntos porcentuales menor que el promedio de los países OECD e incluso, menor que el promedio mundial. En segundo lugar, su gasto público (como % del gasto total en salud) también es bajo, principalmente comparado con países europeos, aun cuando el gobierno destina un porcentaje de su presupuesto a salud similar al de otros países. Finalmente, el gasto de bolsillo en el país se sitúa dentro del rango superior (mayor a

30% del gasto total en salud), junto a Corea del Sur (ambos también con participación del sector público en el gasto de salud menor a 50%).

a. Fuentes y uso de recursos

La Tabla 4 muestra las fuentes de recursos de los distintos sistemas de salud en los países seleccionados. En primer lugar, es necesario notar que la clasificación entre fuentes públicas y privadas es usada como simplificación, aunque las diferencias entre ambas fuentes de recursos muchas veces no es del todo clara; tal como lo señala Kutzin (2008), la fuente de recursos del sistema de salud se basa en un hecho usualmente ignorado: la población es la fuente primaria de recursos del sistema. Gobierno u otras instituciones públicas o privadas no son generadores de recursos, sino más bien, recolectores. Esto queda claro en casos como el de Chile donde las contribuciones, tanto al seguro público como a las aseguradoras privadas son consideradas como “gasto público indirecto”, en el entendido que son contribuciones obligatorias. La clasificación, por lo tanto, refleja principalmente el mecanismo de contribución mediante el que la población termina contribuyendo al financiamiento del sistema de salud.

Tabla 4: Fuentes de ingreso del sistema de salud, países seleccionados (distintos años)

País	Fuentes	Año información
Chile ^a	1. Gasto público: 55,5% 1.1 Gobierno central: 30,2% 1.2 Seguro obligatorio*: 25,3% 2. Gasto privado: 44,5% 2.1 Pacientes (gasto de bolsillo): 37,3% 2.2 Seguros privados voluntarios: 7,2%	2013
Australia ^b	1. Gasto público: 69,7% 1.1 Gobierno central: 42,4% 1.2 Gobiernos locales (estados): 27,3% 2. Gasto privado: 30,3% 2.1 Pacientes (gasto de bolsillo): 17% 2.2 Aseguradores privados: 8% 2.3 Esquemas de compensación de accidentes: 5%	2011-2012
Alemania ^c	1. Público: 84,6% 1.1 Gobierno: 6,6% 1.2 Seguro obligatorio: 78,0% 2. Privado: 15,4% 2.1 Seguros privados voluntarios: 1,5% 2.2 Gasto de bolsillo: 13,0% 2.3 Empresas: 0,5% 2.4 Otros: 0,5%	2014
Holanda ^d	1. Público: 87,6% 1.1 Gobierno: 7,3% 1.2 Contribuciones obligatorias: 80,3% 1.2.1 Cuidados de largo plazo: 22,0% 1.2.2 Seguro de salud obligatorio: 58,3% 2. Privado: 12,2% 2.1 Seguro complementario voluntario: 5,9% 2.2 Gasto de bolsillo: 5,2% 2.3 Empresas: 0,9% 2.3 Otros: 0,2% 3. Extranjero: 0,2%	2015
Corea del Sur ^e	1. Público: 54,3% 1.1 Gobierno: 11,5% 1.2 Fondo de seguridad social: 42,8% 2. Privado: 45,7% 2.1 Seguros privados: 6,2% 2.2 Gasto de bolsillo: 35,2% 2.3 Instituciones sin fines de lucro: 0,6% 2.4 Corporaciones: 3,4%	2013
Reino Unido ^f	1. Público: 79,6% 1.1 Gobierno: 79,5% 1.2 Seguros obligatorios: 0,1% 2. Privado: 20,4% 2.1 Seguros voluntarios 3,6% 2.2 Gasto de bolsillo: 14,8% 2.3 Instituciones sin fines de lucro: 1,6% 2.4 Empresas 0,6%	2014

* Incluye cotizaciones del seguro público y privado (y aporte de empleadores y excluye cotización al Subsidio por Incapacidad Laboral (SIL).

Fuente: ^a FONASA (2016); ^b AIHW (2014); ^c Federal Health Reporting (2016); ^d Statistics Netherlands (2016);

^e Korean Statistical Information Service (2016); ^f Office for National Statistics (2016).

En segundo lugar, es importante destacar importantes diferencias en la descomposición de algunas de estas fuentes. La Tabla 3 ya mostraba algunas de estas diferencias, por ejemplo en % del financiamiento considerado como público y diferencias en gasto de bolsillo: la Tabla 4 muestra un mayor grado de detalle que permite identificar otras fuentes de diferencia. Por ejemplo, mientras la Tabla 3 muestra que Holanda, Alemania y Reino Unido tienen sistemas de salud financiados principalmente por gasto público (sobre el 80% del gasto total en salud), la Tabla 4 muestra que la manera de entender

“gasto público” en ambos casos es radicalmente distinta: en el caso de Reino Unido, éste significa básicamente aportes directos desde el gobierno al sistema (mediante presupuesto de gobierno). Por su parte, el aporte directo del gobierno al sistema holandés y alemán es cercano al 7%, con la mayoría de los fondos provenientes de las contribuciones obligatorias (recolectadas por instituciones privadas).

La Tabla 5 muestra la forma en la que estos recursos son usados por el sistema de salud en los distintos países. Para varios de los países seleccionados es posible mostrar clasificaciones de gasto estandarizados, basadas en el desarrollo de cuentas satélite de salud, según quién realiza el gasto (proveedor) o en qué servicios fueron usados los recursos (función).

Tabla 5: Distribución del gasto en salud según función y proveedor, países seleccionados (distintos años)

País	Según función	Según proveedor
Australia	1. Hospitales: 38,1% 2. Salud primaria: 36,1% 2.1 Medicamentos: 13,4% 2.2 Servicios médicos ^a : 6,9% 2.3 Servicios dentales: 5,9% 2.4 Salud comunitaria: 5,1% 2.5 Otros profesionales: 3,2% 2.6 Salud pública: 1,6% 3. Otros: 20,2% 3.1 Servicios médicos ^b : 10,1% 3.2 Investigación: 3,5% 3.3 Ayudas y accesorios: 2,6% 3.4 Transporte de pacientes: 2,1% 3.5 Administración: 1,7% 4. Gasto de capital: 5,6% Año: 2011-2012 Fuente: AIHW (2014)	1. Hospitales: 38,1% 1.1 Públicos: 29,9% 1.2 Privados: 8,2% 2. Salud primaria: 36,1% 3. Otros: 20,2% 4. Gasto de capital: 5,6% Año: 2011-2012 Fuente: AIHW (2014)
Alemania	1. Cuidados curativos y rehabilitación: 53,3% 1.1 Hospitalaria: 27,7% 1.2 Ambulatoria: 22,6% 1.3 Otros: 3,1% 2. Cuidados de largo plazo: 13,8% 3. Servicios complementarios: 4,8% 4. Bienes médicos: 20,0% 4.1 Medicamentos: 14,5% 4.2 Aparatos terapéuticos: 5,5% 5. Prevención: 3,2% 6. Administración: 4,9% Año: 2014 Fuente: Federal Health Reporting (2016)	1. Hospitales: 29,5% 2. Instituciones de cuidado de largo plazo: 8,9% 3. Proveedores de atención ambulatoria: 31,1% 4. Proveedores de servicios complementarios: 1,2% 5. Proveedores de bienes médicos: 19,8% 6. Proveedores de atención preventiva: 0,6% 7. Administración general de salud: 5,4% 8. Resto de la economía: 3,2% 9. Extranjeros: 0,5% Año: 2014 Fuente: Federal Health Reporting (2016)
Holanda	1. Cuidados curativos y rehabilitación: 50,3% 1.1 Hospitalaria: 28,4% 1.2 Ambulatoria: 21,3% 1.3 Otros: 0,6% 2. Cuidados de largo plazo: 26,8% 3. Servicios complementarios: 1,8% 4. Bienes médicos: 12,2%	1. Hospitales y especialistas médicos: 51,5% 2. Proveedores de cuidados para discapacitados: 19,6% 3. Atención primaria: 15,8% 4. Proveedores de salud mental: 13,2% Año: 2015

	<p>4.1 Medicamentos: 7,8%</p> <p>4.2 Aparatos terapéuticos: 4,3%</p> <p>5. Prevención: 3,5%</p> <p>6. Administración: 4,2%</p> <p>7. Otros: 1,3%</p> <p>Año: 2015</p> <p>Fuente: Statistics Netherlands (2016)</p> <p><i>Gastos del seguro (% contribuciones)</i></p> <p>1. Paquete básico: 59%</p> <p>2. Cuidados de largo plazo: 41%</p>	Fuente: Statistics Netherlands (2016)
	Fuente: Schäfer et al (2010)	
Corea del Sur	<p>1. Cuidados curativos y rehabilitación: 53,3%</p> <p>1.1 Hospitalaria: 20,8%</p> <p>1.2 Ambulatoria: 32,1%</p> <p>1.3 Otros: 0,4%</p> <p>2. Cuidados de largo plazo: 13,3%</p> <p>3. Servicios complementarios: 0,3%</p> <p>4. Bienes médicos: 21,3%</p> <p>4.1 Medicamentos: 19,7%</p> <p>4.2 Aparatos terapéuticos: 1,6%</p> <p>5. Prevención y salud pública: 3,2%</p> <p>6. Administración de salud y seguros: 4,1%</p> <p>7. Formación de capital: 4,5%</p> <p>Año: 2013</p> <p>Fuente: Korean Statistical Information Service (2016)</p> <p><i>Gastos del seguro</i></p> <p>1. Beneficios: 95,7%</p> <p>1.1 Beneficios médicos: 92,7%</p> <p>1.2 Chequeos físicos: 2,5%</p> <p>1.3 Cuidado prenatal: 0,5%</p> <p>2. Administración: 1,4%</p> <p>3. Otros: 2,9%</p> <p>Año: 2014</p> <p>Fuente: Korean Statistical Information Service (2016)</p>	<p>1. Hospitales: 45,6%</p> <p>2. Casas de reposo: 3,6%</p> <p>3. Proveedores de atención ambulatoria: 27,7%</p> <p>4. Proveedores de bienes médicos (<i>retail</i>): 16,4%</p> <p>5. Administración de programas de salud pública: 1,6%</p> <p>6. Administración general de salud y seguros: 4,1%</p> <p>7. Otras industrias: 0,9%</p> <p>8. Extranjeros: 0,1%</p> <p>Año: 2013</p> <p>Fuente: Korean Statistical Information Service (2016)</p>
Reino Unido	<p>1. Cuidados curativos y rehabilitación: 56,6%</p> <p>1.1 Hospitalaria: 23,3%</p> <p>1.2 Ambulatoria: 25,5%</p> <p>1.3 Otros: 7,9%</p> <p>2. Cuidados de largo plazo: 18,0%</p> <p>3. Servicios complementarios: 1,8%</p> <p>4. Bienes médicos: 14,8%</p> <p>4.1 Medicamentos: 12,2%</p> <p>4.2 Aparatos terapéuticos: 2,6%</p> <p>5. Prevención: 4,1%</p> <p>6. Administración: 2,4%</p> <p>7. Otros: 2,3%</p> <p>Año: 2014</p> <p>Fuente: Office for National Statistics (2016)</p>	<p><i>Gasto del gobierno en salud</i></p> <p>1. Hospitales: 47,7%</p> <p>2. Instituciones de cuidado de largo plazo: 8,1%</p> <p>3. Proveedores de atención ambulatoria: 24,2%</p> <p>4. Proveedores de servicios complementarios: 1,9%</p> <p>5. Proveedores de bienes médicos: 10,2%</p> <p>6. Proveedores de atención preventiva: 2,0%</p> <p>7. Administración general de salud: 1,5%</p> <p>8. Resto de la economía: 1,9%</p> <p>9. Extranjeros: 0,2%</p> <p>10. Otros: 2,4%</p> <p>Año: 2014</p> <p>Fuente: Office for National Statistics (2016)</p>

Fuente: Elaboración propia en base a fuentes señaladas.

a Incluye (*general practitioner, GP*), enfermeras y servicios de atención primaria.

b Incluye gastos recurrentes no pagados por los hospitales, pero tampoco provistas por la atención primaria, como servicios médicos no provistos por médicos generales (GPs), investigación médica, transporte y administración.

Nuevamente importantes diferencias se aprecian entre los distintos países, reflejando las distintas prioridades y estructuras de los sistemas de salud. A pesar de estas diferencias, existen algunos patrones claros entre los distintos sistemas. En términos de funciones, los países gastan al menos la mitad de sus recursos en cuidados curativos y rehabilitación, con distintos énfasis en atención hospitalaria (*in-patient*) o ambulatoria (*out-patient*), y una fracción similar es gastada a través de hospitales.

b. Provisión de servicios de salud

■ **Australia**⁵

La provisión de servicios está a cargo de una compleja red de instituciones y profesionales, que incluyen médicos generales (*general practitioner, GP*), enfermeros y otros profesionales médicos, hospitales, clínicas, y agencias de salud gubernamentales y no gubernamentales, que ofrecen servicios de salud en distintos niveles (salud pública y servicios preventivos en la comunidad, salud primaria, servicios de emergencia, atención hospitalaria, y cuidados paliativos y recuperativos).

Los distintos proveedores, su administración y fuente de financiamiento se muestran en la

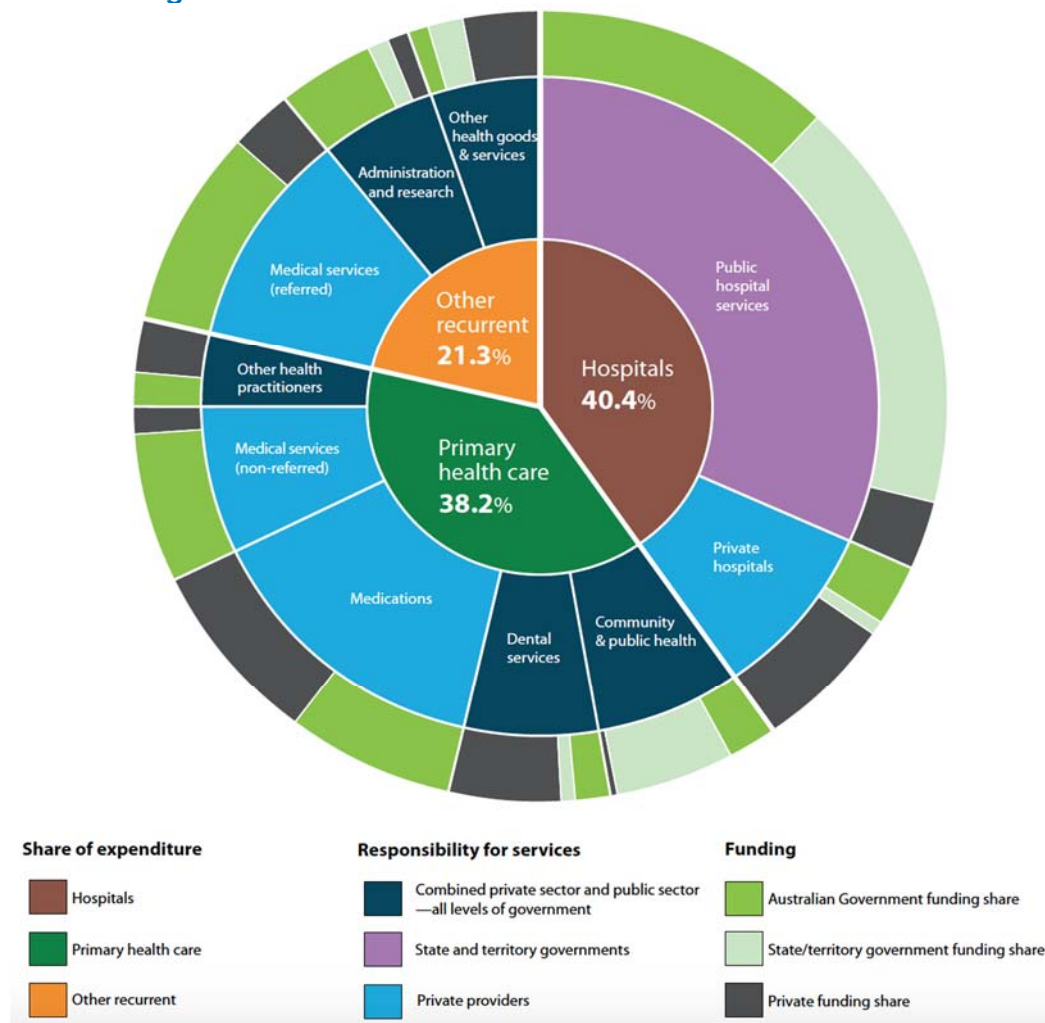
⁵ Basado en AIHW (2014).

Figura 2: Provisión de servicios de salud en Australia. Se observa que casi el 80% de los recursos del sistema son usados por hospitales y atención primaria, mientras que tanto la provisión como el financiamiento de los proveedores tiene componentes públicos y privados. Es interesante notar que, mientras la mayor parte de los hospitales son de responsabilidad (administración) pública, la atención primaria se compone principalmente de proveedores privados (que incluyen instituciones con y sin fines de lucro), que operan con financiamiento mayoritariamente público. La coordinación y regulación de los proveedores, tanto públicos como privados (registro de hospitales y profesionales médicos), se encuentra en manos del gobierno (a nivel estatal y territorial).

La puerta de entrada al sistema de atención de salud es la atención primaria, esto es, consultas con un médico general (*general practitioner, GP*) u otro profesional (dentista, enfermero, nutricionista, etc.), el que entrega el primer servicio y puede remitir al paciente hacia otros niveles del sistema (hospital público o especialista), ordenar exámenes, prescribir recetas o sugerir tratamientos. La atención primaria es entregada a través de diversas formas: GPs, centros comunitarios, servicios de atención a población indígena o al interior de la comunidad.

La salud secundaria es entregada por especialistas o instituciones (hospitales), y se accede a ella a través de remisiones (inter-consultas) desde un médico de atención primaria.

Figura 2: Provisión de servicios de salud en Australia



Nota: Los segmentos interiores muestran el tamaño relativo del gasto en los tres principales sectores del sistema de salud (hospitales, atención primaria y otros⁶). El anillo del medio indica el gasto relativo de cada servicio en el sector (tamaño del segmento) y es responsable por la entrega del servicio (de acuerdo al color). El anillo externo indica el tamaño relativo de los fondos (mostrado por el tamaño de cada segmento) y la fuente de financiamiento de los distintos servicios (de acuerdo al color).
Fuente: AIHW (2014).

■ **Alemania⁷:**

La provisión de servicios de salud en Alemania está principalmente diferenciada en salud pública, proveedores de atención ambulatoria (primaria y secundaria) y atención hospitalaria (Bundesärztekammer, 2016): mientras la atención ambulatoria es provista principalmente por profesionales independientes con contratos con alguna aseguradora y registrados en la asociación de médicos del seguro (*Kassenärztliche Vereinigung*), la atención hospitalaria es entregada por tres distintos tipos de instituciones: hospitales

⁶ Áreas de gasto recurrente no pagadas por los hospitales, pero tampoco provistas por la atención primaria, como servicios médicos no provistos por médicos generales (*GPs*), investigación médica, transporte y administración.

⁷ Basado en (Busse & Blümel, 2014).

públicos, hospitales sin fines de lucro y hospitales privados. Por su parte, la salud pública (promoción y educación) es de responsabilidad estatal (*Länder*).

Los profesionales médicos se pueden clasificar entre:

- i) Práctica privada, que atienden sólo pacientes con seguro privado o que pagan directamente
- ii) Práctica asociada al seguro, es decir, pueden atender todo tipo de pacientes (deben estar reconocidos por la asociación de médicos del seguro).

Por su parte, los centros de salud (hospitales) se dividen en (Obermann et al., 2013; Bundesärztekammer, 2016):

- i) Públicos (*Öffentliche Krankenhäuser*), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), con administración municipal (gobierno federal sólo a cargo de hospitales militares y los estados poseen hospitales universitarios) y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 48% del total de camas del país.
- ii) Sin fines de lucro (*Frei gemeinnützige Krankenhäuser*), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), administrados por organizaciones de caridad (iglesia, ONGs) y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 34% del total de camas del país.
- iii) Con fines de lucro (*Privatkrankenhäuser*), financiados directamente a través del gobierno (inversiones) y mediante los seguros de salud (gastos operacionales), administrados como empresas privadas y regulados por gobierno y asociaciones médicas. En 2012 representaban el 18% del total de camas del país.

El sistema alemán se caracteriza por no tener una “puerta de entrada” definida: los pacientes pueden seleccionar cualquier médico acreditado para su atención. Para los asegurados del seguro público, la atención es realizada por médicos familiares (que pueden ser especialistas) a través de la participación en un programa de manejo de enfermedades (en caso de necesitar atención para enfermedades específicas), en el cual médico y paciente fijan objetivos específicos para el tratamiento, de acuerdo a lo establecido por el contrato con la aseguradora. A su vez, el médico familiar puede remitir el paciente a (otros) especialistas u hospitales. En este sentido, los médicos familiares son más coordinadores que puerta de entrada al sistema.

La atención ambulatoria es realizada principalmente por proveedores privados con fines de lucro, mientras que los cuidados de largo plazo son llevados a cabo por profesionales (principalmente enfermeras) en instituciones con y sin fines de lucro.

■ **Holanda:**

El sistema de salud holandés divide explícitamente los cuidados curativos, los cuidados de largo plazo y la salud pública, con cuerpos legales, financiamiento y provisión separados (MHWS, 2016). La atención curativa incluye la interacción de proveedores de salud primaria (GPs), secundaria y terciaria (hospitales, centros de salud y especialistas)

y otros proveedores (farmacias, atención de urgencias médicas), mientras que la atención de largo plazo es realizada por instituciones de cuidados de largo plazo (casas de reposo y asilos). Por su parte, la salud preventiva es principalmente realizada por prestadores públicos, bajo la responsabilidad de las municipalidades, tal como lo muestra la Figura 3. El país cuenta con una extensa red de proveedores, que asegura una amplia cobertura nacional: el tiempo promedio de viaje para llegar al GP más cercano es 1,3 minutos y 7,7 para llegar al hospital más cercano (Van der Berg et al., 2010).

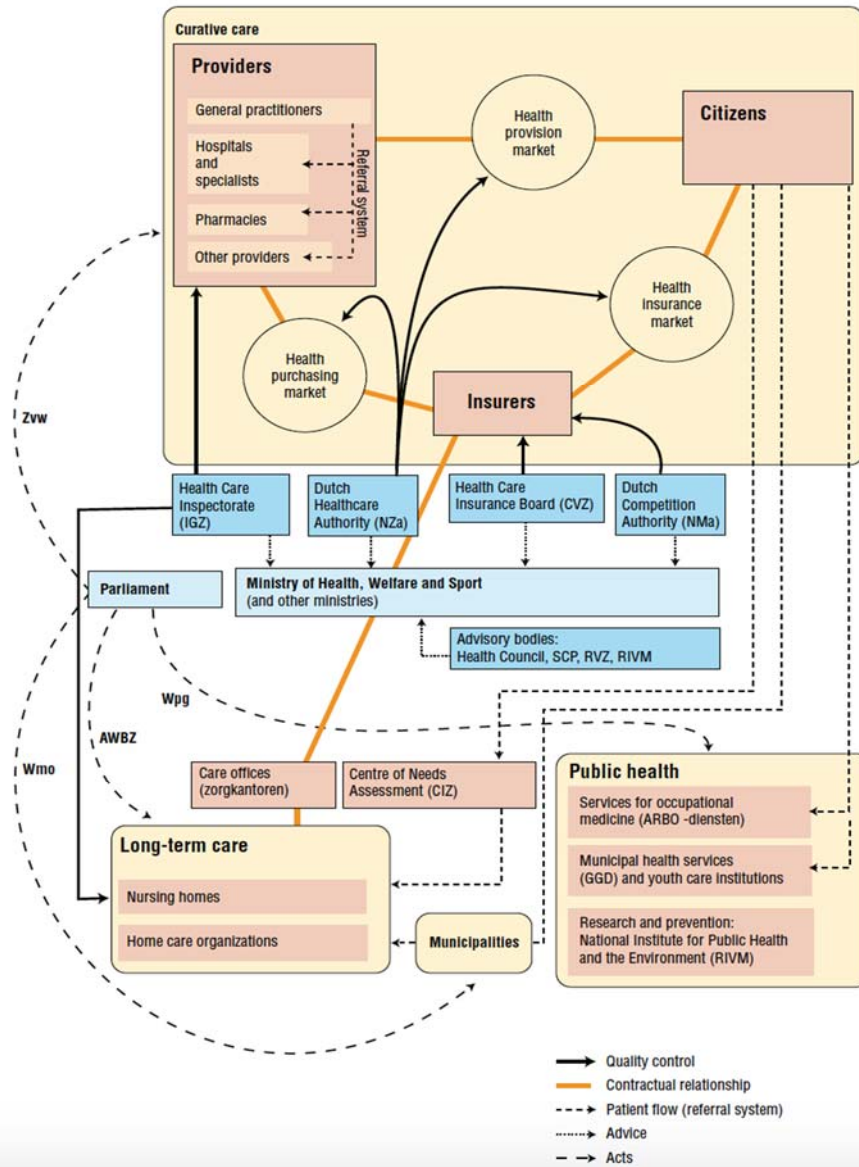
Al igual que en el caso australiano, los GPs de atención primaria son usados como puerta de entrada al sistema, con el fin de controlar los costos por atención de especialistas (Daley et al., 2013). De hecho, sólo el 4% de las consultas a médicos generales se traspasan a la atención secundaria (Schäfer et al., 2010). La provisión de atención primaria es privada, con profesionales⁸ ejerciendo de manera independiente o a través de cooperativas de profesionales (Daley et al., 2013). Los pacientes se registran con un médico general, que tienen derecho a elegir y cambiar; por su parte, los médicos también tienen el derecho a no aceptar un paciente (ej. por sobreoferta o distancia geográfica) (Schäfer et al., 2010).

La atención secundaria y terciaria se realiza luego de una remisión desde la atención primaria. Los proveedores son principalmente (más del 90%) privados sin fines de lucro (Daley et al., 2013), y son pagados a través de Combinaciones Diagnóstico-Tratamiento (*Diagnose-Treatment Combinations, DBC*), sistema inspirado en DRGs, pero más flexible (Schäfer et al., 2010; Daley et al., 2013).

Los cuidados del largo plazo se realizan a través de instituciones (asilos y casas de reposo) y cuidados comunitarios (en el hogar), las cuales son pagados en función de la intensidad y complejidad del cuidado.

⁸ Incluye, además de GPs, dentistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos y obstetras (Schäfer et al., 2010).

Figura 3: Organización del sistema de salud holandés



Fuente: Schäfer et al. (2010).

■ Corea del Sur:

Como en otros países, en Corea del Sur la salud pública (promoción, educación y prevención) se encuentra en manos del Estado, mientras que la provisión de salud curativa está principalmente a cargo de privados. Al contrario de otros países, los servicios de salud pública son entregados a través de hospitales y servicios de salud públicos, que representan cerca del 10% de la oferta de proveedores (Chun et al., 2009; Kwon, 2009a; Jeong, 2011).

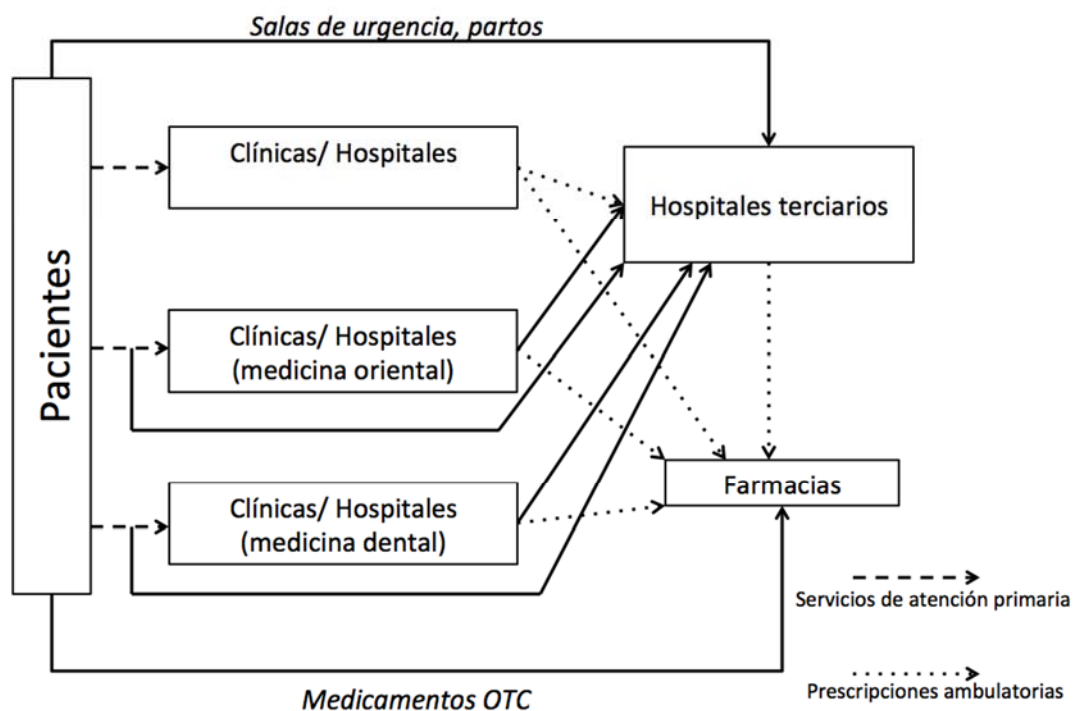
En términos de atención curativa, el sistema coreano se compone de dos niveles (NHIS, 2014):

- i. Nivel 1 (atención primaria y secundaria): Clínicas, hospitales y hospitales generales
- ii. Nivel 2 (atención terciaria): Hospitales universitarios especializados de atención terciaria (44 instituciones en 2014)

La atención primaria es entregada por proveedores privados (90%), principalmente doctores ejerciendo de manera privada o en grupos de profesionales. Existen variados servicios (cuidados generales, diagnóstico, salud infantil, operaciones, entrega de medicamentos, emergencias, rehabilitación, servicios de enfermería, servicios preventivos, transporte) y proveedores de atención primaria (hospitales, clínicas, centros de salud, instituciones de salud oriental, farmacias). Dado que los hospitales proveen servicios de atención primaria, principalmente enfocada en servicios curativos, compiten con los hospitales terciarios tanto en servicios de atención ambulatoria como hospitalaria (Chun et al., 2009).

El acceso a atención secundaria es relativamente fácil, ya que los profesionales de atención primaria no hacen de puerta de entrada formal al sistema; en este sentido, el rol de la atención primaria en el sistema de salud es escaso, lo que resulta en competencia en lugar de coordinación entre proveedores (Chun et al., 2009; Kwon 2009a). Sin embargo, para acceder a servicios en hospitales terciarios (y obtener cobertura financiera del seguro), se requiere una remisión desde instituciones de nivel 1 (NHIS, 2010; NHIS, 2014).

Figura 4: Provisión de servicios de salud en Corea del Sur

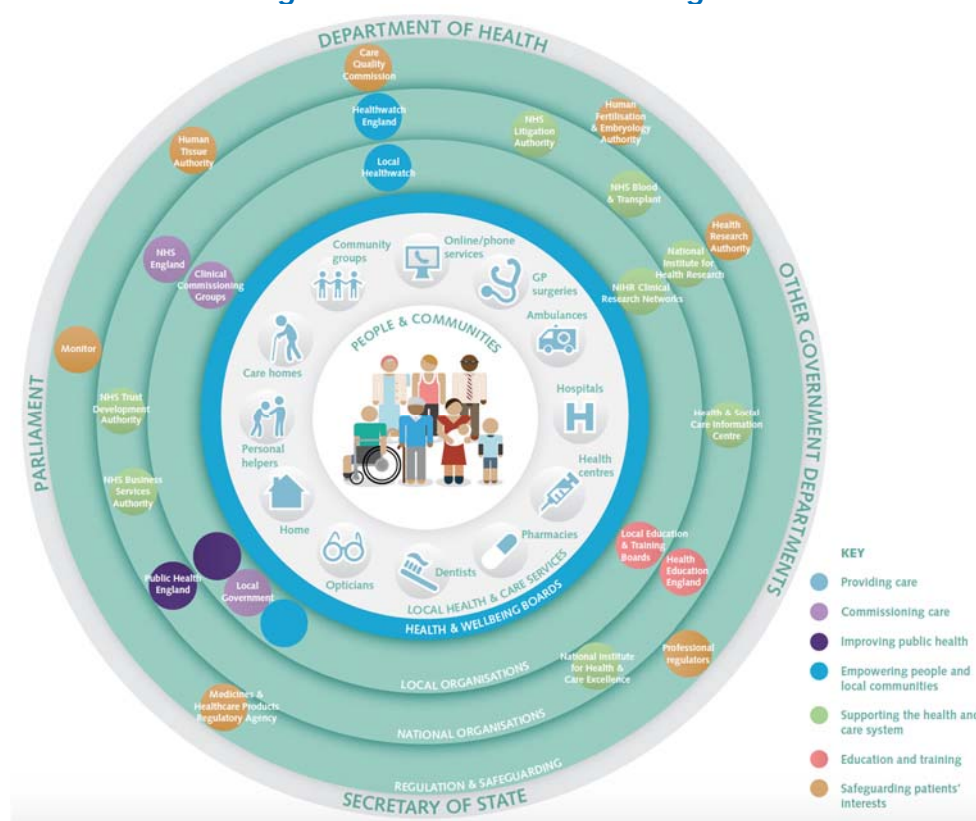


Fuente: Elaboración propia en base a Chun et al. (2009)

■ **Reino Unido⁹:**

La red del NHS está compuesta por distintas organizaciones que proveen servicios a los pacientes, separados entre salud primaria, secundaria y terciaria (Grosios et al., 2010). De acuerdo al sitio web del NHS (NHS, 2016) la atención primaria es el primer punto de contacto para la mayoría de la población y es entregada por distintos proveedores, como GPs, dentistas, farmacéuticos y optometristas. El rol de los GPs es clave, siendo encargados de lidiar con un amplio rango de problemas de salud, incluyendo educación, vacunas y operaciones sencillas. Usualmente trabajan de manera privada o en grupos de profesionales, y tienen la facultad de remitir pacientes a hospitales en caso de no poder lidiar personalmente con un problema de salud (para exámenes, tratamiento o consulta especialista). Los pacientes se deben registrar con un GP (que maneja, por ejemplo, los registros médicos) para acceder a atención. La salud pública es de responsabilidad del Departamento de Salud, cuyo objetivo es la protección y mejora del estado de salud de la población, así como la reducción de las desigualdades; el Departamento de Salud no provee servicios de manera directa, sino que lo hace a través del NHS, autoridades locales y la Agencia de Protección de la Salud (HPA) (Boyle, 2011).

Figura 5: Sistema de salud inglés



Fuente: NHS (2013)

⁹ Basado en NHS (2016a).

Por su parte, los servicios de atención secundaria están a cargo de comisiones clínicas (*Clinical Commissioning Groups, CCG*) cuya misión es planificar el cuidado hospitalario, rehabilitación, servicios de urgencia, servicios de salud comunitarios, salud mental y algunos servicios de GPs. Los CCGs deben decidir qué servicios se requieren en un área específica y asegurar su provisión. El acceso a atención hospitalaria requiere una remisión desde la atención primaria (excepto en casos de emergencia). Los hospitales son mayormente públicos y administrados por asociaciones -*NHS trusts*- que aseguran que una alta calidad de servicio sea entregada y que el dinero sea gastado de manera eficiente.

El NHS financia tanto hospitales propios como de otros proveedores de servicios (caridad, organizaciones privadas, empresas sociales). Los proveedores funcionan como empresas dentro del alero de la NHS, en donde cada uno tiene su propia junta directiva, responsable por su calidad y estabilidad financiera (NHS, 2013).

En general, los servicios son gratuitos, excepto en algunos casos en que se permite cobro de copago (medicamentos, salud dental y oftalmológica, transporte, pelucas y ropas especiales) –cuyo objetivo es principalmente ayudar en el financiamiento del NHS–, y los pacientes pueden elegir su médico general y hospital para recibir la atención.

La red de proveedores es financiada a través de impuestos generales y cuenta con un presupuesto fijo. La planificación y compra de servicios a proveedores es llevada a cabo por comisionados (CCGs), responsables de evaluar las necesidades de la población.

Tabla 6: Resumen provisión y pago de servicios de salud, países seleccionados

País	Propiedad		Forma de pago		Rol de la atención primaria	
	Salud primaria	Hospitales	Salud primaria	Hospitales	Registro con un GP	Puerta de entrada
Australia	Privada	Pública (65% de las camas); privado (35% de las camas)	Pago por servicio (95%) e incentivos (5%)	Presupuesto global + pagos en base a casos ¹⁰ en hospitales públicos (incluyendo honorarios médicos). Pago por servicio en hospitales privados	No	Sí
Alemania	Privada	Pública (50% de las camas); privado sin fines de lucro (33% de las camas); privado con fines de lucro (17% de las camas)	Pago por servicio	Pagos basados en casos (incluyendo honorarios médicos)	No	No, pero presente en programas de algunos fondos de enfermedad
Holanda	Privada	Principalmente privados, sin fines de lucro	Mix pago por paciente (37% del total), pago por servicio (33%), paquetes de servicios y pago por desempeño (P4P)	Pagos basados en casos (incluyendo honorarios médicos)	No, pero mayoría de los pacientes se registran en forma voluntaria	Sí
Corea del Sur	Privada	Principalmente privado sin fines de lucro (90% de las camas)	Pago por servicio	Principalmente pagos por servicio + basados en casos, P4P	No	No
Reino Unido	Principalmente privada (66%)	Principalmente público, con algunos proveedores privados	Mix pago por paciente, por servicio y por desempeño (P4P); pago de salarios para una minoría (GPs asalariados son empleados de grupos privados, no del NHS)	Principalmente pagos basados en casos (60%) más contrato de servicios. Todos incluyen honorarios médicos, medicamentos, etc.	Sí	Sí

Fuente: Elaborado en base a Mossialos et al. (2016), excepto Corea del Sur, basado en Kwon (2003), Chun et al. (2009), Mathauer (2009) y OECD (2012).

¹⁰ El sistema de pago en base a casos (*case-based*) es un método de pago que reembolsa al proveedor de salud una tasa fija pre-determinada por cada caso tratado. Si bien usualmente son también denominados como sistema de pago en base a grupos de "diagnósticos relacionados (GRDs)" (*diagnosis-related groups, DRGs*), no refieren exactamente a lo mismo; de hecho los GRDs son una forma particular de pago en base a caso, con un sistema de clasificación en base a similitudes en términos clínicos y uso esperado de recursos (Cashin et al., 2005; Mathauer & Wittenbecher, 2013). De hecho, como se muestra más adelante, países como Holanda tienen sistemas de pago en base a casos (DBC) que no necesariamente son GRDs.

3.3 Seguros de salud

a. Descripción

Usando el modelo teórico propuesto por Kutzin (2001, 2008) en la sección 2 (Figura 1), los distintos modelos de seguros serán descritos principalmente de acuerdo a sus tres funciones: recolección, mancomunación y compra. Como se ha indicado anteriormente, el análisis del modelo de financiamiento es importante, ya que permite explicar diferencias como las exhibidas por los distintos sistemas de salud en las tablas y figuras anteriores; de acuerdo a Boxall (2010), si bien el seguro de salud es simplemente un medio para financiar el sistema de salud, es importante porque define el carácter del sistema. En un análisis de 11 países desarrollados, Schoen et al., (2010) encuentran importantes diferencias en acceso, costos, y protección financiera y uso del sistema, asociados al diseño de los seguros de salud, reforzando la importancia de entender los seguros como determinantes de ciertos indicadores del sistema de salud. Joumard et al. (2010) también muestran como distintos arreglos institucionales y diseños del sistema pueden llevar a diversos resultados, a pesar que, empíricamente, no hay un modelo que obtenga resultados sistemáticamente mejores a los del resto.

En términos de sus funciones, los esquemas de seguros de salud en los países seleccionados se pueden dividir a grandes rasgos en dos grupos: obligatorios y voluntarios. La clasificación es útil, ya que tanto la recolección de fondos, así como los grupos de beneficiarios y los mecanismos de compra difieren entre ambos tipos de esquemas.

■ **Australia¹¹**

El sistema de seguros de salud en Australia se basa en la existencia de un seguro público contributivo universal, *Medicare*. Los inicios del sistema se remontan al año 1975, con la introducción de *Medibank*, sistema que posteriormente fue reemplazado por *Medicare* en 1984. La recolección y administración de fondos es realizada por el Departamento Australiano de Recursos Humanos, a nombre del Departamento de Salud.

La contribución al seguro público es obligatoria, aunque existen personas que pueden acceder a exenciones y reducciones en la contribución (familias de bajos ingresos, personas con ciertos problemas médicos, residentes extranjeros y habitantes de la Isla de Norfolk). *Medicare* se financia a través de distintos tipos de contribuciones:

- i. Gobierno
- ii. *Medicare levy*: contribución base, correspondiente al 2% del ingreso tributable
- iii. *Medicare levy surcharge*: impuesto extra que deben pagar quienes tienen un ingreso sobre cierto umbral y no tienen un seguro privado de salud, correspondiente al 1,5% del ingreso

¹¹ Basado en AIHW (2014), PHIO (2016a), Department of Health (2016a, b, c), ATO (2016).

- iv. *Lifetime health coverage*: carga extra para personas de cierta edad que no tienen suficiente cobertura hospitalaria

La cobertura de la población es del 100% (ciudadanos y residentes permanentes). El seguro da acceso a los siguientes servicios:

- i) Acceso a hospitales. Los pacientes públicos (poseedores de *Medicare*) pueden atenderse solamente en hospitales públicos (sin costo). El beneficio cubre tanto el tratamiento como la estadía en el hospital. Más del 80% de las consultas de atención primaria (necesarias para ser referidos a especialistas) son costo cero para los pacientes (Hall, 2015)
- ii) Servicios de profesionales de la salud (fuera de un hospital). Cubre 100% del *Medicare Benefits Schedule* (MBS) para médicos generales y 85% para especialistas
- iii) Medicamentos (*Pharmaceutical Benefits Scheme*). Subsidio a listado de medicamentos (actualizado mensualmente). Incluye costos máximos a pagar por medicamentos

Además de *Medicare*, existen una serie de seguros (públicos) especiales, ofrecidos para grupos específicos como indígenas, comunidades rurales o remotas y miembros de las Fuerzas Armadas.

Adicionalmente, la población tiene disponible un sistema de seguros voluntarios, ofrecidos por aseguradoras privadas (25 fondos abiertos y 10 cerrados, PHIO, 2016b) a través de dos modalidades: seguro de atención hospitalaria (*hospital treatment*) y/o seguro de atención general (*general treatment*: dentista, fisioterapia, etc.). Los pacientes privados pueden optar entre usar hospitales públicos o privados.

El sistema es financiado a través de primas variables, con la posibilidad de acceder a un reembolso de *Medicare* (*private health insurance rebate*).

Al año 2013, 47% de la población contaba con un seguro complementario de atención hospitalaria y 55% con un seguro complementario para atención general. Adicionalmente, *Medicare* cubre el 75% de los honorarios médicos contenidos en el *Medicare Benefits Schedule* (MBS).

La participación de privados se establece en 1953 con la *National Health Act* y es regida desde 2007 por la *Private Health Insurance Act*.

■ **Alemania**¹²

El sistema de protección social, incluido el acceso a atención de salud se remonta al año 1883, con la promulgación de las leyes de seguros de salud para trabajadores (*Health Insurance Act for Blue-Collars, Gesetz betreffend der Krankenversicherung der Arbeiter*), y ha continuado un proceso de constante cambio desde entonces (Bärnighausen & Sauerborn, 2002). En la actualidad la base del sistema de protección de salud alemán se encuentra en su seguro obligatorio (*Gesetzliche Krankenversicherung, GKV*), regido principalmente por el capítulo V del Código de

¹² Basado en Obermann et al. (2013); Busse & Blümel (2014).

Seguridad Social (*Sozialgesetzbuch (SGB) - Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung*).

El seguro de salud, obligatorio desde 2009, opera mediante la existencia de múltiples "fondos de enfermedad", administrados por entidades privadas sin fines de lucro que compiten entre sí (124 en 2015). Las aseguradoras son auto-administradas, pero reguladas por el gobierno (Ley de seguridad social y Comité Federal Mixto (*Gemeinsamer Bundesausschuss*)). Su misión es recolectar las contribuciones desde los individuos, las que son transferidas a un Fondo Central (Fondo de Salud, *Gesundheitsfonds*). La contribución al seguro es obligatoria para todos los alemanes, pero existen excepciones: personas de altos ingresos que tienen un ingreso por sobre un umbral predefinido (*Jahresarbeitsentgelt-Grenze*), que en la actualidad se sitúa en 50.850 euros; trabajadores por cuenta propia y; empleados públicos. El cambio entre fondos está permitido cada 18 meses¹³. Cerca del 85% de la población está cubierta por este seguro.

El Fondo de Salud es financiado a través de distintas fuentes:

- i. % del ingreso de trabajadores (calculado por un panel de expertos). Contribución conjunta del empleador (7,3%) y empleado (7,3%) (para los desempleados y pensionados, el seguro es pagado por la agencia de empleo/ seguro de vejez)
- ii. Contribuyentes voluntarios
- iii. Aportes extras cobrados por las aseguradoras
- iv. Aportes estatales

Los beneficios del seguro son definidos a nivel distrital entre el fondo y las asociaciones de médicos locales (*Kassenärztliche Vereinigung*) usando un Benchmark de Valoración Uniforme (*Einheitlicher Bewertungsmaßstab*). Los servicios no cubiertos por el seguro (*Individuelle Gesundheitsleistungen*) son pagados directamente por el paciente. Los pacientes del seguro público pueden escoger entre proveedores públicos o privados asociados al seguro; dado que el 98% de la oferta de atención ambulatoria y el 99% de las camas de hospital están asociadas al seguro público, en la práctica ambos tipos de pacientes (público y privado) usan los mismos proveedores (Busse & Blümel, 2014). Las personas que deciden voluntariamente quedarse en el seguro obligatorio, pudiendo optar por salir (personas de altos ingresos) también pueden moverse entre fondos. Sin embargo, quienes optan por salir del sistema de seguro social, no pueden volver a éste a menos que sus condiciones laborales cambien (ingresos caen bajo el umbral, periodos largos de desempleo o cambios al sector privado en el caso de empleados públicos).

Dado que el sistema no define beneficios individuales en función de las contribuciones y todos los alemanes deben estar cubiertos, un sistema de compensación por riesgo (*Risikostrukturausgleich*) existe para lidiar con la diversidad de riesgo entre aseguradoras.

Junto con este esquema, los miembros de las fuerzas armadas tienen su propio seguro, que cubre aproximadamente a un 4% de la población.

Alternativamente, existe un seguro de salud voluntario (*Private Krankenversicherung, PKV*), que puede ser comprado por cualquier persona (empleados públicos requieren un seguro complementario que usualmente es seguro de salud privado). Existen dos tipos de asegurados por el PKV: quienes usan el seguro privado como sustituto del seguro obligatorio (seguro privado como su seguro único y principal) y quienes lo usan como sustituto/ complemento del seguro obligatorio. En el primer grupo se encuentran aquellas personas que están exentas de cotizar en el seguro obligatorio: empleados públicos, trabajadores por cuenta propia y empleados de altos ingresos. En el segundo grupo, se encuentran las personas que deben cotizar en el GKV, pero contratan un seguro adicional para cubrir a beneficios no contenidos en su paquete de beneficios (como salud dental), o acceder a una cobertura con otras características (como una pieza personal en el hospital).

Este seguro es provisto por aseguradoras privadas (42 en 2015), que se financian mediante pagos directos. En el caso de los seguros voluntarios, tanto las primas como los beneficios son acordados por contratos individuales (en base a riesgo individual y beneficios pactados), aunque usualmente incluyen servicios no cubiertos por el seguro obligatorio, como atención dental extra, vacunas fuera de la UE, homeopatía y medicina alternativa. Un 11% de la población tiene este tipo de seguros, que desde 2009 están obligados a ofrecer una cobertura equivalente a la ofrecida por el seguro obligatorio (*Basistarif*) y un precio que no exceda al máximo cobrado en el sistema obligatorio (GKV).

■ **Holanda**¹⁴

El sistema de seguros de salud holandés también se compone de múltiples alternativas, combinando seguros obligatorios y voluntarios. En primer lugar, se distinguen dos tipos de seguros obligatorios: un seguro de salud tradicional y un seguro para cuidados de largo plazo. Ambos tienen su propia administración, mecanismo de financiamiento y beneficios.

El seguro de salud obligatorio o seguro privado básico (*Zorgverzekeringswet, ZVW*) es provisto de manera privada por múltiples aseguradoras (24 de 9 conglomerados distintos) que compiten entre sí, siendo prácticamente todas cooperativas sin fines de lucro. Las aseguradoras son auto-administradas, pero reguladas por el gobierno (principio de competencia regulada). El actual sistema se rige por la *Health Insurance Act (ZVW)*, en vigencia desde 2006.

El seguro de carácter obligatorio es financiado a través de distintas fuentes, las cuales son mancomunadas en el Fondo del Seguro de Salud (*Health Insurance Fund*). El financiamiento del fondo se compone de:

- i. "Prima nominal" (fija), igual para todas las personas en una determinada aseguradora (excepto contratos colectivos), independiente de la condición de salud o edad (promedio 1,200 euros al año + adicional de 385 euros (*policy excess*) para cubrir incrementos en costos)

¹⁴ Basado en Schäfer et al (2010); MHWS (2016); Government of the Netherlands (2016).

- ii. Prima adicional dependiente del ingreso pagada por el empleador (contribución al ZVW) 6,9% del salario
- iii. Fondos públicos (cubre seguro de menores de 18 años; están cubiertos, pero no pagan).

Existe un fondo de compensación por riesgo para lidiar con la diversidad de riesgo entre aseguradoras: ex-ante basado en edad, sexo, ingreso, región, consumo promedio de medicamentos, condiciones crónicas, lo que implica que las diferencias en primas reflejan sólo diferencias en eficiencia. Adicionalmente, el fondo considera un ajuste expost para corregir por riesgo.

Toda persona que trabaje o viva en Holanda debe contribuir, a excepción de los miembros de las Fuerzas Armadas y objetores de conciencia (*gemoedsbezwaarden*), quienes tienen derecho a no contribuir, pero no pueden tener otro seguro y deben pagar un impuesto equivalente a la contribución de salud. Las personas que no toman un seguro pueden ser multadas con un cobro de hasta un 130% de la prima original. Por otra parte, las personas de bajos ingresos pueden acceder a un beneficio que les ayuda a pagar el seguro (hasta 942 euros para solteros y hasta 1,791 para hogares multi-personas). La cobertura del seguro alcanza al 99% de los residentes del país.

El seguro ofrece un paquete de beneficios estándar definido por el gobierno (usualmente llamado "paquete básico"). Para seleccionar las prestaciones incluidas en este paquete, se usan cuatro criterios: i) ¿esencial?; ii) ¿efectivo?; iii) ¿eficiente?; iv) ¿no auto-financiable?. Entre los servicios cubiertos por el seguro se encuentran cuidados médicos (generales, especialistas, obstetras, enfermeras), hospitalización, salud mental, medicamentos, salud oral (hasta 18 años), servicios de terapeutas, nutricionista, ambulancia, fisioterapia para enfermedades crónicas. Dentro del paquete básico, las aseguradoras tienen libertad para definir ciertos parámetros (prima, descuentos por cantidad) y proveedores (75% de la población opta por contratos con proveedores preferenciales), garantizando que exista oferta para lo que ofrecen (son responsables de la atención). Por su parte, los pacientes son libres de elegir tanto su aseguradora, como su proveedor de salud.

El seguro de cuidados de largo plazo (*Wet Langdurige Zorg, WLZ*) también forma parte del esquema de seguros holandeses. La atención a los cuidados de largo plazo se encuentra en distintos cuerpos legales, como la *Exceptional Medical Expenses Act (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, AWBZ)* de 1968. El actual sistema se rige por la *Long-Term Care Act (WLZ)* de 2015.

Los fondos para la provisión de servicios son depositados en el Fondo de Cuidados de Largo Plazo, administrado por el Instituto Nacional de Atención de Salud. El fondo se financia a través de contribuciones (obligatorias) y fondos públicos:

- i. 9,65% del ingreso tributable (tope de 33.589 euros)
- ii. Contribución en función del ingreso
- iii. Fondos públicos (si es necesario)

Los beneficiarios son todas las personas evaluadas como necesitadas de cuidados especiales por parte de la Agencia de Evaluación del Cuidado (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*). Éstos acceden a cuidados especiales usando un formato estándar, ya sea en sus casas, en hogares u otras instituciones, incluyendo financiamiento para

alojamiento en una institución, cuidados personales y médicos, y transporte. El esquema de pagos por estos servicios se muestra en la Tabla 7.

Por otra parte, el sistema de seguros también cuenta con un componente voluntario, en este caso complementario del seguro obligatorio, también regidos por la *Health Insurance Act (ZVW)* de 2006. Estos seguros también son provistos por las mismas aseguradoras privadas que ofrecen el seguro obligatorio, pero el asegurado puede decidir tomar este seguro complementario con una compañía distinta que la que le brinda el seguro obligatorio (paquete básico). Los pagos y beneficios son acordados mediante contratos individuales entre el asegurado y la aseguradora, en base a riesgo individual y beneficios pactados. En el caso de los seguros complementarios, las aseguradoras tienen derecho a rechazar personas.

En general, estos seguros ofrecen cobertura para servicios no incluidos en el paquete básico, como seguros dentales, medicina alternativa, lentes, fisioterapias más generosas, cuidados maternos y medicamentos. Un 90% de la población tiene un seguro de salud complementario aparte del seguro obligatorio.

Tabla 7: Pago por servicios de salud en Holanda

Tipo de seguro	Tipo de pago	Paciente	Aseguradora	Gobierno/ organizaciones
Paquete básico	Reembolso	Paga directo al proveedor	Reembolsa al paciente luego de deducir el gasto de bolsillo	Fondo de Seguro de Salud transfiere contribución ajustada por riesgo a la aseguradora
	En servicios (<i>in-kind policy</i>)	Paga deducible a la aseguradora	Reembolsa directo al proveedor y cobra deducible al paciente	Fondo de Seguro de Salud transfiere contribución ajustada por riesgo a la aseguradora
Cuidados de largo plazo	En servicios: en instituciones (incluye servicio de enfermería)	Fija copago (dependiendo de su ingreso) en conjunto con la CAK	Oficinas de cuidado (organizadas por aseguradoras) negocian precio de servicios con proveedores	CAK paga a los proveedores y recolecta copagos
	En servicios: en el hogar	Fija copago (dependiendo de su ingreso) en conjunto con la CAK	Municipalidad paga al proveedor	CAK recolecta copagos y paga a las municipalidades
	Presupuesto personal	Recibe presupuesto y compra servicios de manera independiente		CAK entrega el presupuesto y establece y recolecta copagos
	Paga directo al proveedor	Reembolsa al paciente en caso de tener cobertura por seguro voluntario		

Fuente: Elaboración propia en base a Schäfer et al. (2010).

Nota: CAK (*Central Administration Office*).

■ **Corea del Sur**¹⁵

Al igual que en los casos anteriores, el financiamiento de la salud en Corea del Sur se basa en la existencia de un seguro obligatorio. Al contrario de los casos de Alemania y Holanda, el seguro coreano es único y público, además de ser universal. El camino de Corea hacia la cobertura universal de salud se inicia en 1963 con la promulgación de la *Medical Insurance Act*, dando un salto importante con la promulgación de la *Medical Insurance Act* en 1977, que hizo obligatorio el seguro de salud para trabajadores de grandes empresas. Corea es usualmente citado como un caso de éxito, ya que en un lapso de 12 años (1977-1989) alcanzó la cobertura universal en salud (Chun et al., 2009; Kwon, 2009a; Mathauer et al., 2009; Song, 2009; Jeong, 2011). Diez años después de este logro, el país llevó a cabo una importante reforma, en que unificó a todos los aseguradores de salud en un seguro único (*Unified Health Insurance Act* de 2000), esquema que se mantiene en la actualidad.

El seguro de salud es entregado a través de un proveedor único –la Corporación Nacional de Seguro de Salud-, institución sin fines de lucro, encargada del enrolamiento, recolección de contribuciones, contratos con proveedores y entrega de beneficios. Su participación es de carácter obligatoria, con las siguientes excepciones: beneficiarios de *Medical Aid* (personas de bajos ingresos), asegurados que trabajan en el extranjero sin cargas en el país, reos, y personas en servicio militar. Adicionalmente, el seguro considera reducciones (no mayor a 50%) para trabajadores en zonas remotas, trabajadores en el extranjero, mayores de 65 años y discapacitados.

El sistema de salud se financia mediante:

- i. Contribución de los trabajadores:
 - a. Empleados: 6,12% del salario mensual, pagado 50% por el trabajador y 50% por el empleador y/o el gobierno (contribución extra para trabajadores con altos ingresos)
 - b. Trabajadores por cuenta propia: basada en un sistema de puntos, calculados a partir del ingreso anual, propiedades, vehículos, edad y género.
- ii. Copagos: 5%-20% (hospitalaria), entre 30%-60% (ambulatoria) con un techo máximo dependiendo de la prima anual pagada
- iii. Subsidios del gobierno

El seguro universal cubre al 97,2% de la población (cifras 2013) [empleados (68,1%), empleados por cuenta propia (29,1%)], y su acceso está asegurado para toda la población (no se puede negar participación en el seguro). El seguro entrega una cobertura igual para todos los asegurados, independiente de su contribución, que incluye:

- i. Servicios de salud (atención de salud entregada en instituciones de salud, incluyendo diagnóstico, tests, tratamientos, cirugías, prevención, rehabilitación, hospitalización enfermería, y transporte)
- ii. Chequeos de salud (periódicos (gratis) y de cáncer (90% cobertura))

¹⁵ Basado en NHIS (2014, 2016).

- iii. Dinero (reembolsos por atenciones de salud, compensaciones por copagos excesivos, compras de aparatos para discapacitados y gastos de parto)

No cubre servicios por enfermedades que no afectan la vida diaria del paciente o que no mejoran sus funciones (ej: cirugía cosmética).

La población que no contribuye al seguro (personas de bajos ingresos) son beneficiarios de *Medical Aid*, programa que cubre las atenciones de salud (pago de gastos médicos) a quienes no pueden pagar el seguro obligatorio. En términos prácticos, *Medical Aid* es simplemente el seguro para quienes no pueden contribuir, pero es considerado un programa independiente, debido a que atiende a una población específica y tiene un financiamiento independiente. El programa se financia a través de fondos públicos (gobierno central (80%) y local (20%)) y cubre a un 2.8% de la población (cifras 2013), en particular, personas de bajos ingresos o con enfermedades raras. *Medical Aid* divide a su población de acuerdo a sus características (hogares con personas que trabajen) en beneficiarios Tipo I (sin copago) y tipo II (con copago).

El programa inicia en el año 1977 (*Medical Aid Act*), mismo año en que Corea lanza su programa de seguro obligatorio de salud, y registra su última reforma importante en 2001 (*Medical Assistance Act*).

Finalmente, al igual que Holanda, el país estableció un fondo específico para cuidados de largo plazo (*Long Term Care Insurance Act* de 2008), con el objetivo de preservar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores, promover una mejor salud y una vida estable, y reducir la carga del cuidado de los adultos mayores en las familias (Kang et al., 2012). La administración del fondo está a cargo de la Corporación Nacional del Seguro de Salud, mientras que los servicios son entregados por proveedores privados. El fondo es financiado por una combinación de:

- i. Contribución obligatoria al seguro de cuidados de largo plazo, correspondientes al 6,55% de las contribuciones realizadas al seguro obligatorio de salud (6,12% del salario) (68% del financiamiento)
- ii. Aportes de gobierno y municipalidades (12% del financiamiento)
- iii. Copagos de beneficiarios (20% del financiamiento)

De acuerdo a NHIS (2016) la población objetivo del seguro de cuidados de largo plazo son todos los residentes, la población admisible (los que pueden postular) son los mayores de 65 años con enfermedades geriátricas, mientras que los beneficiarios son personas (mayores de 65 años) con dificultades para realizar tareas diarias por un periodo de al menos 6 meses. En 2011, aproximadamente un 5,8% de la población sobre 65 años era beneficiaria del seguro (Won, 2013).

El seguro provee asistencia en actividades diarias (servicios en el hogar): visitas de cuidado, enfermería, baño, cuidado día/ noche, equipamiento; servicios en instituciones de cuidado de largo plazo; y beneficios monetarios (compra de alimentos, salud dental), que dependen del nivel de limitación de cada persona. Al contrario del caso holandés, el diseño del seguro está principalmente centrado en beneficios sociales más que de salud; de hecho los profesionales de la salud no tienen permitido la entrega de servicios médicos en instituciones de cuidados de largo plazo (Kang et al., 2012; Won, 2013).

■ Reino Unido

El caso inglés, si bien no corresponde a un sistema de seguro, es interesante de analizar como un modelo distinto de financiamiento de salud. En rigor, el sistema inglés provee implícitamente un seguro universal a toda la población, que le da derecho de atención en la red de salud del país y otorga cobertura financiera para un amplio conjunto de prestaciones (como fue descrito anteriormente, existen prestaciones que incluyen un copago). Para efectos prácticos, el sistema inglés concentra todas las funciones del seguro (excepto recolección) en una única institución.

Los inicios del sistema de salud se remontan a 1948, con la creación del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*). La reforma más importante de los últimos años fue realizada en 2013, con la promulgación del *Health and Social Care Act*¹⁶, que introduce una serie de cambios en la administración, responsabilidades y financiamiento del sistema.

La participación en el “seguro” puede considerarse obligatoria, ya que es financiado principalmente con impuestos generales (ver Tabla 4). La cobertura incluye a toda la población, que tiene acceso a los servicios prestados por la red de proveedores: GPs en atención primaria; y hospitales, principalmente públicos, para atención secundaria y terciaria. A excepción de algunos ítems, como medicamentos, servicios dentales y servicios de oftalmología, los servicios y bienes provistos por la red del NHS son gratuitos.

Respecto a la interacción (tácita) entre el seguro y los proveedores –función de compra-, a partir de 2012 la legislación inglesa (*Health and Social Care Act*) traspasó la responsabilidad de fijar los precios de los servicios desde el Departamento de Salud al NHS (*NHS England* y *NHS Improvement*). Para el periodo 2015/16, el presupuesto total del NHS ascendió 116.4 billones de libras.

Existe un mercado de seguros complementarios privados (voluntarios), tomados por cerca del 11% de la población, los cuales son principalmente provistos por empleadores (cerca del 80%). Estos seguros entregan un acceso más rápido y conveniente a algunos servicios, principalmente procedimientos hospitalarios electivos (Mossialos et al., 2016).

¹⁶ Una línea de tiempo de las reformas del NHS, desde su creación hasta hoy, se encuentra en Nuffield Trust (2016).

Tabla 8: Seguros de salud, países seleccionados

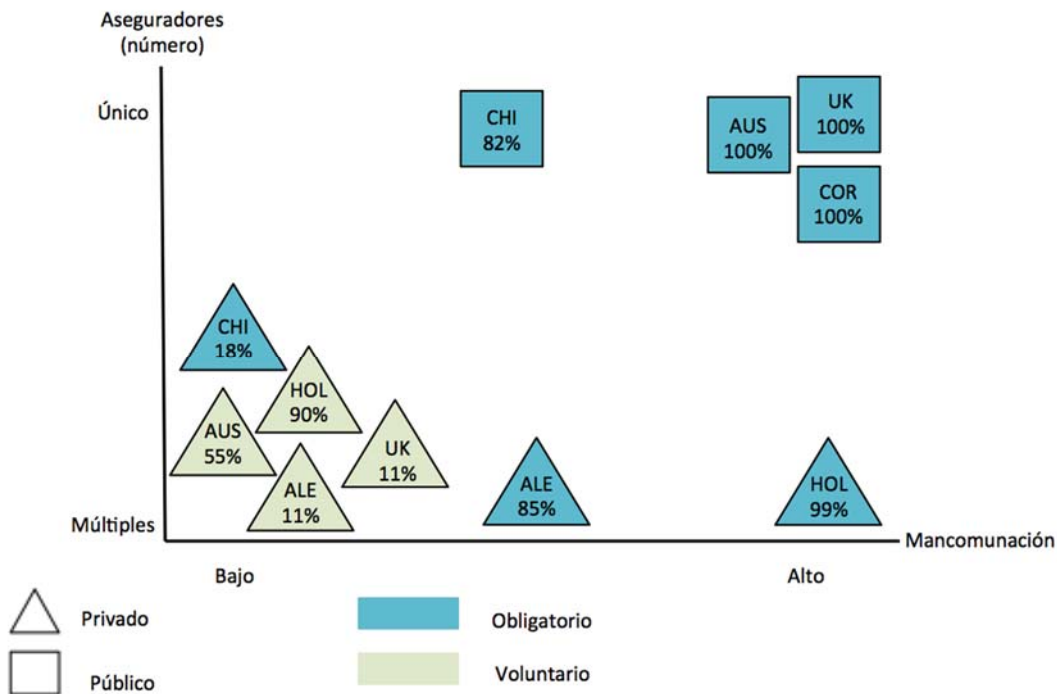
País	Nombre	Recolección			Mancomunación	Compra *
		Obligatorio	Modo	Administración		Beneficios
Australia	Seguro Universal, <i>Medicare</i>	Sí, excepto para personas de bajos ingresos	Asegurador único	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Seguro Privado de Salud	No	Múltiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro (distinto acceso a proveedores)	De acuerdo a contrato individual
Alemania	Seguro obligatorio, <i>Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)</i>	Sí, excepto para personas de altos ingresos y empleados públicos	Múltiples aseguradoras que transfieren contribuciones a un fondo central (<i>Gesundheitsfonds</i>)	Privada	Media. Grupos separados por ingreso/ ocupación	Paquete de beneficios definido a nivel distrital
	Seguro voluntario, <i>Private Krankenversicherung</i>	No	Múltiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	De acuerdo a contrato individual
Holanda	Seguro básico, <i>Zorgverzekeringswet (ZVW)</i>	Sí, con reducciones para personas de bajos ingresos	Múltiples aseguradoras que transfieren contribuciones a un fondo central (<i>Health Insurance Fund</i>)	Privada	Alta. Ingresos y riesgos, ya que toda la población contribuye y es beneficiaria	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Seguro Privado Complementario	No	Múltiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	Otros servicios no incluidos en el paquete básico
	Cuidados de largo plazo, <i>Wet Langdurige Zorg (WLZ)</i>	Sí	Fondo Único (Fondo de Cuidados de Largo Plazo), administrado por el Instituto Nacional de Atención de Salud	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Alojamiento en institución, cuidados personales y médicos y transporte
Corea del Sur	Seguro Universal	Sí	Proveedor único (Corporación Nacional de Seguro de Salud)	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Medical Aid	Sí (financiado por impuestos)	A través del gobierno	Pública	Alta. Contribución independiente de estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Cuidados de largo plazo	No	Fondo Único (Fondo de Cuidados de Largo Plazo), administrado por la Corporación	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete de beneficios dependiente del grado de limitación

			Nacional de Seguro de Salud		del beneficiario	
Reino Unido	Servicio Nacional de Salud, <i>National Health Service</i> (NHS)	Sí (financiado por impuestos)	Acceso al sistema de salud (no es seguro)	Pública	Alta. Contribución independiente de ingresos y estado de salud	Paquete único de beneficios definido por el gobierno
	Seguros privados	No	Múltiples fondos	Privada	Baja. Grupos separados de acuerdo al seguro	Acceso más rápido y conveniente a servicios

* Información sobre el método de compra se encuentra en la Tabla 6.
Fuente: Elaboración propia.

La Figura 6 muestra un resumen de las principales características de los sistemas descritos anteriormente, de acuerdo a las funciones de los seguros de salud. Como es posible observar, los países muestran esquemas disímiles, reforzando la idea que no existe consenso respecto del mejor modelo de financiamiento de salud y que el diseño de los seguros (o esquema de aseguramiento) puede variar en distintas dimensiones y explicar los distintos resultados exhibidos por los sistemas de salud (Kutzin, 2008; Kwon, 2009a; Schoen et al., 2010).

Figura 6: Clasificación de seguros de salud de acuerdo a sus características



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Excluye seguros de cuidados de largo plazo. AUS: Australia; ALE: Alemania; CHI: Chile; HOL: Holanda; COR: Corea del Sur; UK: Reino Unido. Porcentajes indican nivel de cobertura del seguro (% población total).

La figura describe los sistemas de financiamiento y seguro de salud de acuerdo a dos de sus funciones (recolección y mancomunación), usando cuatro dimensiones (obligatoriedad, administración, modo y grado de mancomunación). El esquema muestra la diversidad de posibilidades, incluyendo la existencia o no de seguros voluntarios, administración pública o privada de seguros obligatorios, modelos de seguro único y múltiples aseguradores, así como de fondos únicos y multi-fondos.

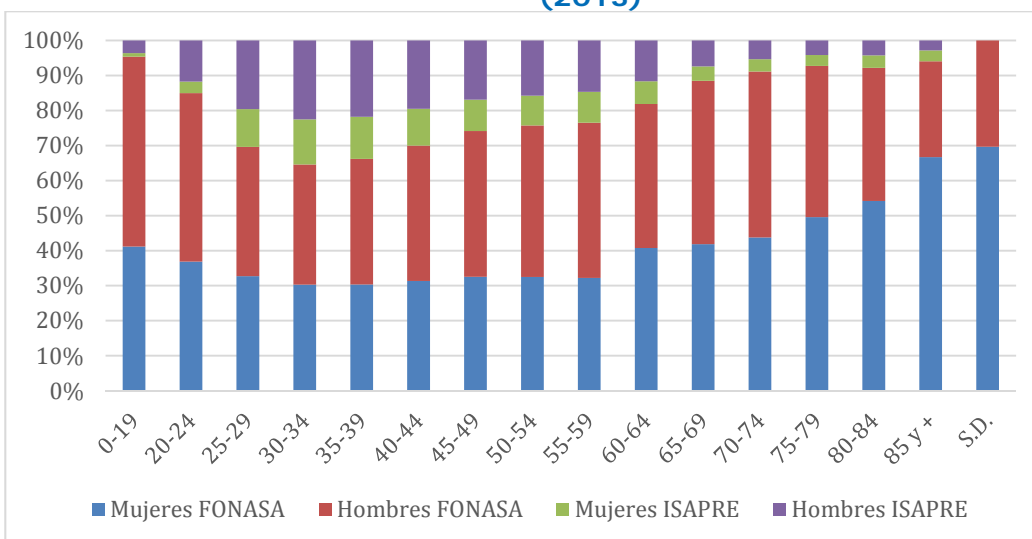
Es posible observar en un extremo a Reino Unido y Corea del Sur, ambos con sistemas de seguro único-universal-público que, sin embargo, producen resultados bastante distintos (ver Tabla 3); por otro lado, Australia también cuenta con un seguro universal público, que convive con seguros privados voluntarios.

Por otro lado, tanto Alemania como Holanda han optado por dar un rol preponderante al sector privado en la administración de sus seguros (obligatorios y voluntarios), con un sistema basado en un seguro obligatorio que busca aumentar la competencia, la solidaridad y la distribución de riesgos de la población (contribuciones que no dependen del estado de salud). Ambos sistemas difieren principalmente en el grado de mancomunación de fondos (en Alemania ciertas personas se puedan eximir de la contribución al seguro) y solidaridad / equidad (el seguro holandés cobra una prima no sólo independiente del estado de salud, sino además del ingreso).

El caso chileno aparece como un híbrido de varios sistemas. En primer lugar, se asemeja al esquema australiano en el sentido que tiene como base un seguro público que convive con seguros privados. Sin embargo, al contrario del caso de Australia, no existe un seguro de salud obligatorio, sino más bien el aseguramiento es obligatorio (independiente si es de administración pública o privada), por lo que ambos tipos de seguros compiten (son sustitutos) en lugar de actuar como complementos. Adicionalmente, los seguros del sistema australiano son doblemente complementarios: el seguro privado voluntario es, por definición un complemento al público (que es universal y obligatorio), pero a su vez, el seguro público complementa a los seguros privados (paga parte de la prima y cubre parte de los beneficios).

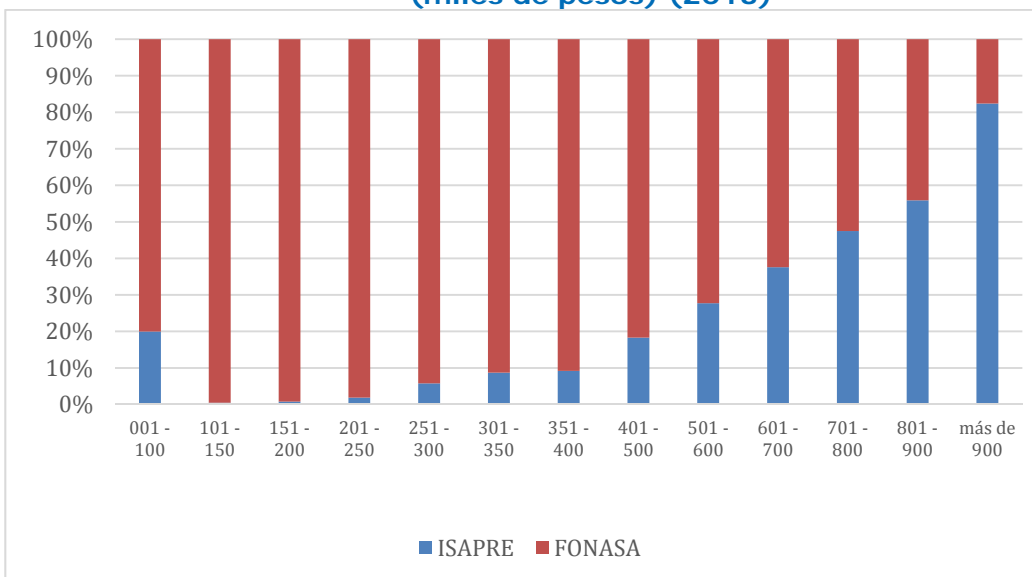
En segundo lugar, en términos de mancomunación, el sistema chileno se asemeja al alemán justamente porque crea dos esquemas separados para poblaciones distintas (ver Figuras 7 y 8), disminuyendo la mancomunación de fondos y riesgos tanto en el sistema público como privado: en ambos países ninguno de los seguros tiene cobertura universal. Tal como indica Cid et al. (2014), los beneficiarios de ISAPRE, comparado con los del FONASA, muestran una baja proporción de adultos mayores y una alta proporción de población en edad económicamente activa, especialmente hombres, debido a una migración de FONASA a ISAPRE en edades productivas, y el retorno de adultos mayores a FONASA dada su incapacidad para cubrir los costos asociados al sistema privado. Lo anterior se traduce en que los afiliados de FONASA muestran en promedio un peor estado de salud que los beneficiarios de ISAPRE: mayores porcentajes de población que auto-reporta una mala salud y mayor porcentaje de discapacitados, así como menores tasas de uso de prestaciones.

Figura 7: Distribución de beneficiarios FONASA e ISAPRE por edad y sexo (2013)



Fuente: Elaboración propia en base a FONASA (2016) y Superintendencia de Salud (2016a).

Figura 8: Distribución de beneficiarios FONASA e ISAPRE por tramo de renta (miles de pesos) (2013)



Fuente: Elaboración propia en base a FONASA (2016) y Superintendencia de Salud (2016a).

A pesar de las aparentes diferencias, en la práctica los dos sistemas (Alemania y Chile) son muy similares, particularmente en su forma de agrupar diferentes poblaciones en distintos seguros: en ambos casos las poblaciones de mayores ingresos optan por no cotizar en el seguro “base” y contratar seguros de salud individualizados (contratos individuales con primas basadas en riesgos individuales y beneficios ofrecidos). Además, ambos seguros base (FONASA en Chile y GKV en Alemania) agrupan recursos en un fondo único, como manera de tener algún grado de mancomunidad, al menos para una parte de la población. Sin embargo, los sistemas difieren en la forma en que recolectan

los fondos (administradores públicos versus privados, y aseguradores múltiples versus único).

b. Principios

Esta sección muestra los principios sobre los que se basan los distintos seguros y la manera en que estos son entendidos en cada país. Cada sistema es descrito en función de cuatro dimensiones: solidaridad / equidad, eficiencia / calidad, sustentabilidad, y libertad de elección. Las dimensiones surgieron a partir de la información publicada por las propias instituciones a cargo de los seguros y los distintos estudios que los analizan y evalúan. Algunas dimensiones, como equidad, eficiencia, calidad y sustentabilidad han sido comúnmente propuestas para evaluar los sistemas de salud y los sistemas de financiamiento de salud (Gottret et al., 2008; Roberts et al., 2008; Thomson et al., 2009, 2010; Kutzin, 2013). Por otra parte, la libertad de elección, si bien no está explícitamente relevada en la literatura, sí juega un papel importante en el discurso y la presentación de los sistemas de cada país, y puede ser considerada un elemento tanto valorado *per se*, como por su efecto en otras dimensiones (como eficiencia, calidad), vía incremento de la competencia en el sistema.

■ **Australia**¹⁷

- i. Solidaridad / equidad: El principio de equidad en el sistema de financiamiento australiano se basa en el hecho que todos los ciudadanos y residentes contribuyen a *Medicare*; dado que la contribución es basada en ingresos y los beneficios son independientes de la contribución, el esquema permite subsidios cruzados desde personas de mayores ingresos a personas de más bajos ingresos, incrementando la solidaridad. Adicionalmente, el *Medicare levy surcharge* genera ingresos extra al fondo, provenientes también desde personas con mayores ingresos. Por otra parte, *Medicare* financia parte de los costos de pacientes privados (personas con seguro privado): primas (*private health insurance rebate*) y cobertura de honorarios médicos. Este mecanismo de alguna manera disminuye la equidad y solidaridad que *Medicare* introduce en el sistema, al hacer transferencias desde el fondo a personas de mayores ingresos.
- ii. Eficiencia / calidad: El sistema australiano es identificado como eficiente, aunque ésta podría mejorar, por ejemplo, fortaleciendo el rol de los GPs en el sistema. Parte de la eficiencia del sistema viene de una fuerte y sólida atención primaria.
- iii. Sustentabilidad: Existe preocupación por la sustentabilidad del sistema, particularmente la presión sobre los fondos públicos derivada de mayores gastos, por ejemplo, debido al envejecimiento de la población. El gasto en salud sigue creciendo, especialmente con el financiamiento de medicamentos. Esto explica los esfuerzos del país para que más gente tome seguros complementarios de salud, en lugar de usar exclusivamente el

¹⁷ Basado en AIHW (2014), PHIO (2016a), Department of Health (2016a, b, c), ATO (2016).

seguro público, así como el incentivo al uso de la atención primaria como estrategia para mejorar la sustentabilidad financiera del sistema.

- iv. Libertad de elección: La libertad de elección aplica sólo para pacientes privados, quienes, además pueden escoger entre ser pacientes públicos o privados. Los pacientes públicos sólo pueden acceder a hospitales públicos, sin derecho a elegir doctor u horario. Por su parte, los pacientes privados pueden elegir doctor, tipo de hospital y fecha de ingreso. Sin embargo, el seguro privado sólo puede ser usado para cubrir atención hospitalaria; las aseguradoras privadas tienen prohibido por ley ofrecer beneficios en servicios médicos que son provistos fuera de un hospital.

■ **Alemania**¹⁸

- i. Solidaridad / equidad: La equidad se basa en la existencia de contribuciones obligatorias de acuerdo al nivel de ingresos; quienes tienen mayores ingresos contribuyen más, pero los beneficios son entregados de acuerdo a la necesidad, promoviendo equidad en acceso y cobertura (principio de solidaridad). La solidaridad y equidad también se refleja en el hecho que el fondo de salud es financiado por trabajadores, empleadores y el Estado (principio de paridad). En el caso alemán, el sistema de seguro social de salud es menos un seguro y más un fondo (*Krankenkasse*). Sin embargo, esta solidaridad es solamente parcial si las personas de mayores ingresos deciden no contribuir al seguro base, como efectivamente ocurre.
- ii. Eficiencia / calidad: La eficiencia y calidad del actual esquema se basa en la idea de competencia (mercado competitivo), donde múltiples proveedores de seguros y servicios de salud compiten por asegurados y pacientes (que pueden elegir libremente con quién asegurarse y con quién atenderse). Otra dimensión de la eficiencia tiene que ver con la forma en la que el país ha ido invirtiendo permanentemente en mejoras al sistema, a través de una serie de reformas graduales a lo largo de los años, a fin de aumentar su calidad sin introducir grandes cambios (Bärnighausen & Sauerborn, 2002; Altenstetter & Busse, 2005; Gerlinger, 2010)
- iii. Sustentabilidad: Existen múltiples aspectos del sistema que causan preocupación respecto de su sustentabilidad: i) aumento de los costos de salud (incremento de gasto); ii) reducción del número de personas en el seguro obligatorio y migración hacia el seguro privado (reducción de ingresos); iii) fondo basado en contribuciones del trabajo y reducción de población trabajadora (reducción de ingresos); eficiencia de los fondos, principalmente en cuanto a sus gastos de administración (incremento de gasto). A pesar de estas variables, en general, el Fondo de salud ha operado con excedentes.
- iv. Libertad de elección: La libertad de elección es una característica importante y destacada del sistema: pacientes pueden elegir entre hospitales y

¹⁸ Basado en Obermann et al. (2013).

proveedores privados, y entre todos los niveles de atención, así como entre aseguradoras. Tradicionalmente, los alemanes no tenían esta posibilidad, sino que eran asignados a distintos fondos de enfermedad de acuerdo a su lugar de residencia u ocupación (Buse & Bumel, 2014).

■ **Holanda**¹⁹

- i. Solidaridad / equidad: El sistema de financiamiento holandés define su equidad y solidaridad a través de acceso universal y seguro obligatorio, con un paquete básico garantizado, igual para todos los ciudadanos del país. El seguro de salud es equitativo en el sentido que entrega el mismo paquete de prestaciones a todos los holandeses; por otra parte, también existe equidad y solidaridad entre afiliados de una misma aseguradora: pagan la misma prima (independiente de su ingreso) y reciben los mismos beneficios.
La existencia de un fondo de riesgo y la obligatoriedad de ofrecer seguro (por parte de las aseguradoras) implica que todas las personas tienen igual acceso, independiente de sus características (ingreso, estado de salud). Una fuente extra de solidaridad viene dada por la contribución pagada por el empleador, que sí es dependiente del ingreso (6,9% del salario) y el aporte de fondos públicos para pagar las contribuciones de los menores de 18 años.
- ii. Eficiencia / calidad: Holanda define su esquema explícitamente como uno de competencia (regulada). La competencia entre privados por pacientes (que eligen libremente aseguradoras y proveedores) busca asegurar la eficiencia y calidad del servicio: el libre mercado es el principio guía del sistema de salud holandés (Cohu et al., 2006; Schäfer et al., 2010).
- iii. Sustentabilidad: La mayor preocupación viene dada por los incrementos en los costos de la salud. Por otra parte, dado que el sistema es obligatorio para todos los holandeses independiente de su condición laboral y económica, hay dudas respecto a si este puede ser costado por personas de bajos ingresos y, por lo tanto si se puede lograr cobertura universal: hay preocupación por el incremento de no asegurados que podría mermar algunas de las características del sistema.
- iv. Libertad de elección: El sistema se basa en la libre elección, ya que los individuos escogen su aseguradora (pueden cambiarse de aseguradora cada año) y sus proveedores (Schäfer et al., 2010; Victoor et al., 2012). El esquema de seguros holandés pretende con esto, poner al paciente como el centro del sistema (*patient empowerment*), siendo el agente principal en la toma de decisiones y el motor del sistema. La libertad de elección es vista tanto una condición para la competencia entre aseguradores, como un objetivo en sí mismo (Victoor et al., 2012).

¹⁹ Basado en Banta & Oortwijn (2009); Schäfer et al (2010); MHWS (2016); Government of the Netherlands (2016).

■ **Corea del Sur**²⁰

- i. Solidaridad / equidad: La solidaridad y equidad están garantizadas a través de acceso universal y seguro obligatorio y un paquete básico garantizado. Al igual que el resto de los sistemas, la separación entre contribuciones y beneficios asegura equidad en el acceso y subsidios cruzados entre personas de distintos ingresos. El sistema, explícitamente busca generar una distribución justa de los gastos de salud y un beneficio razonable, así como manejo de riesgo y distribución del ingreso.
- ii. Eficiencia / calidad: El sistema centralizado (versus uno con múltiples aseguradoras) aumenta la eficiencia vía reducción de costos administrativos. Así mismo, simplifica el sistema de atención y reembolso, permitiendo una mayor reducción de costos.
- iii. Sustentabilidad: Sistema nacional de seguro es financieramente estable, con costos administrativos controlados, aunque requiere mayor regulación de proveedores (Kwon, 2009a). Un sistema basado en contribuciones y no en impuestos permite al gobierno no cargar el costo financiero y administrativo del sistema, cumpliendo un rol de regulador más que financiador (proveedor) de salud (Kwon, 2009a). Finalmente, el *pool* de riesgos y fondos a nivel nacional aumenta la estabilidad financiera del sistema.
- iv. Libertad de elección: Los pacientes pueden elegir doctor y hospital en la atención de nivel 1, pero no pueden elegir seguro, que es único y universal (Song, 2009; Kwon, 2009a; Jeong, 2011).

■ **Reino Unido**²¹

- i. Solidaridad / equidad: El sistema es para todos, lo que promueve equidad (principio 1), basado en necesidades médicas y no capacidad de pago (principio 2). Provee un servicio independiente del sexo, raza, discapacidad, orientación sexual, credo, estado civil, etc. (NHS, 2013). El principio de equidad en este caso está fuertemente ligado a la existencia de un sistema, no sólo de seguro, sino de servicios de salud único para todos los habitantes del país.
- ii. Eficiencia / calidad: provisión de servicio de calidad (principio 3) centrado en las personas (principio 3 y 4), trabajo en red con distintas organizaciones (principio 5), proveer el mejor servicio y usar de mejor manera los impuestos (principio 6); y un sistema responsable por el uso de recursos públicos (principio 7). En esta línea, el sistema inglés ha implementado reformas para asegurar la eficiencia de un sistema que es financiado desde el gobierno central. Clave para asegurar la eficiencia en el sistema son los CCG (*Clinical Commissioning Groups*), a cargo de la planificación de los servicios de salud.

²⁰ Basado en NHS (2014).

²¹ Basado en NHS (2016b).

- iii. Sustentabilidad: uso efectivo, justo y sustentable de los recursos (principio 6). La sustentabilidad del sistema en este caso está avalada por el Estado, ya que la salud es financiada a través de impuestos generales.
- iv. Libertad de elección: Pacientes tienen el derecho a elegir entre distintos tipos de servicio y proveedores de este servicio (NHS, 2013). También existen seguros privados complementarios que permiten ampliar la libertad de elección por sobre la cobertura ofrecida por el NHS.

4. Procesos de Reforma

4.1 Justificación

Esta sección presenta los principales argumentos esgrimidos para llevar a cabo las reformas recientes al sistema de salud en los países seleccionados. Su objetivo es entender de dónde vienen las reformas y qué pretendían obtener, esto es, cuáles eran los principales aspectos del antiguo sistema que, de acuerdo a cada país, debían ser modificados y por qué las soluciones propuestas se hacen cargo de estos problemas.

■ **Australia:**

La reforma del sistema australiano del año 2007 se circunscribe al sistema de seguros privados de salud, buscando incentivar una mayor participación de la población en los seguros privados, mediante el establecimiento de una serie de incentivos (reducción en primas y aumento en precios de los seguros a futuro para quienes no tomen un seguro privado en forma temprana) y regulaciones a los productos ofrecidos por las aseguradoras privadas (Australian Government, 2015). Entre las principales justificaciones a esta reforma se encuentran:

- ✓ La reforma como parte de un proceso de más larga data; reformas en la misma línea se han ido implementando desde mediados de los 90s, por lo que esta puede ser vista como la culminación de un proceso que busca potenciar el rol de los seguros privados en el sistema de financiamiento de salud australiano (Hall et al., 1999; Butler, 2002; Boxall, 2010)
- ✓ El cambio demográfico (principalmente el envejecimiento de la población) y el consecuente aumento de la carga de enfermedades crónicas cambiaron el esquema de gasto e incrementaron los costos de la salud en el país. La reforma era necesaria para poder lidiar con el financiamiento sustentable de la salud de la población (Armstrong et al., 2007)
- ✓ Existe una necesidad por parte del gobierno de reducir la demanda sobre los proveedores públicos y ayudar a la estabilidad financiera del sistema público (Hall et al., 1999; Butler, 2002; Colombo & Tapay, 2003; Segal, 2004)
- ✓ Se observa una constante reducción en la cobertura de seguros privados desde la introducción de *Medicare* en 1984, especialmente entre la población joven (Hall et al., 1999; Butler, 2002). De alguna manera, la introducción del seguro público universal “desplazó” gasto en salud que los individuos ya estaban realizando
- ✓ Ligado a lo anterior, los problemas de selección adversa en los seguros privados, que ha llevado a muchos australianos a renunciar a sus seguros

complementarios, aparecen como una explicación a la disminución en la cobertura de los seguros privados (Hall et al., 1999). El efecto se agudiza a medida que menos personas tienen un seguro privado de salud

- ✓ En una línea distinta, se identifica como deseable el poder ofrecer alguna posibilidad de elección en el sistema (Colombo & Tapay, 2003; Segal, 2004). Tal como fue discutido anteriormente en el caso holandés, la libre elección puede ser vista como un objetivo en sí mismo; el sistema público ofrece nulas posibilidades tanto de elección a nivel de aseguradores como prestadores
- ✓ Inequidad en salud, incluyendo diferencias según género, educación, raza y ubicación geográfica que justifican cambios en el sistema (Armstrong et al., 2007)

■ **Alemania:**

Alemania ha experimentado constantes reformas de su sistema de salud durante los últimos 200 años (Bärnighausen & Sauerborn, 2002; Obermann et al., 2013; Busse & Blümel, 2014), principalmente expandiendo e intentando mejorar el sistema de seguridad social instaurado en 1883 (Altenstetter & Busse, 2005). Más allá de la reforma de 1988 (*Sozialgesetzbuch V, SGB V*) que define la organización y los detalles del sistema de seguro social de salud, el país no registra reformas estructurales al sistema. Sin embargo, durante los últimos 10 años (gobiernos de Merkel) se han introducido algunos cambios, siendo las reformas más importante la introducción de cotización obligatoria (*Act to Strengthen Competition in Statutory Health Insurance* de 2007), así como de una tasa de contribución uniforme y un Fondo Central de Salud (2009), en reemplazo de un sistema con múltiples fondos de enfermedad que tenían la facultad de fijar su propia tasa de contribución (Göpffarth & Henke, 2013). Los principales argumentos para llevar a cabo estas reformas son:

- ✓ Aumentar la solidaridad del sistema, contener los costos de salud, y reestructurar el financiamiento médico (reformas de principios de los 2000s) (Altenstetter & Busse, 2005)
- ✓ Disminuir inequidad en la contribución: reformas de finales de 2000s llevaron a la creación de un fondo central de salud, con una contribución uniforme y poco margen para que las aseguradoras pudieran cobrar primas adicionales (Göpffarth & Henke, 2013)
- ✓ Ampliar la base contributiva y los ingresos del sistema, así como mancomunar fondos, con el fin de incrementar la sustentabilidad financiera del sistema. Adicionalmente, se creó un subsidio gubernamental al fondo y la posibilidad de cobrar primas adicionales (Göpffarth & Henke, 2013; Busse & Blümel, 2014)
- ✓ Ofrecer cobertura a toda la población, incluyendo una mayor equidad de acceso en términos geográficos (Busse & Blümel, 2014)
- ✓ Mejorar la calidad de la atención, principalmente hospitalaria (Busse & Blümel, 2014)
- ✓ Aumentar la transparencia de los flujos financieros (Göpffarth & Henke, 2013)

- ✓ Mayor competencia entre fondos del seguro social, minimizando selección (primero por ingreso y luego por morbilidad), para incrementar cobertura, calidad y sustentabilidad (Göpffarth & Henke; Busse & Blümel, 2014)

■ **Holanda:**

La reforma del sistema holandés, llevada a cabo en 2006 también se remonta a varias décadas, en que el país había intentado unificar el sistema de fondos de enfermedad y el esquema de seguros privados de salud. La reforma introduce mecanismos de competencia entre los distintos aseguradores del sistema, a la vez que asegura un paquete de beneficios igual para toda la población y genera un *pool* nacional de riesgos y contribuciones. Con la nueva reforma, el rol del Estado pasa a ser de supervisor / regulador; de hecho una característica esencial de la ley de salud es que opera en el ámbito del derecho privado (Schäfer et al., 2010).

- ✓ La reforma llevaba mucho tiempo esperando ser implementada. Hubo varios intentos fallidos en los 80 y 90, principalmente por oposición de aseguradoras, médicos y empleadores (Cohu et al., 2006; Westert et al., 2009; Schäfer et al., 2010)
- ✓ Reforma es vista como respuesta a un sistema dual (con un sistema privado para ricos y uno público para el resto), con el fin de igualar riesgos y aumentar la solidaridad (Cohu et al., 2006; Schäfer et al., 2010; Daley et al., 2013; Schut et al., 2013)
- ✓ Aumento de la competencia para mejorar desempeño (calidad, eficiencia, reducción de costos) (Cohu et al., 2006; Westert et al., 2009; Schäfer et al., 2010; van Kleef, 2012; Schut et al., 2013)
- ✓ Cambiar el centro del sistema desde un enfoque *top-down* a uno *bottom-up*, donde pacientes (dándoles poder de decisión e información, "*patient empowerment*"), aseguradores y proveedores (incrementando la libertad para negociar entre ambas partes) son los principales actores, dejando al gobierno un rol de supervisión del sistema (Cohu et al., 2006; Schäfer et al., 2010; Peeters et al., 2014)
- ✓ Baja calidad y falta de foco en los pacientes (control de la oferta mediante listas de espera) (van den Berg et al., 2010; Daley et al., 2013)
- ✓ Ineficiencia debido a falta de competencia: pocos incentivos a mejorar desempeño de aseguradores y proveedores, baja elasticidad precio y baja portabilidad (Cohu et al., 2006; Westert et al., 2009; Daley et al., 2013)
- ✓ Altos costos administrativos de un sistema dual (Westert et al., 2009; Daley et al., 2013) y sostenidos incrementos en los costos de salud (Cohu et al., 2006; Schäfer et al., 2010)

■ **Corea del Sur:**

Luego de una serie de rápidas reformas, que llevaron al país a alcanzar la cobertura universal en salud, a 12 años de implementada la reforma al sistema de seguros de salud (1977-1989), Corea del Sur inició un nuevo proceso que terminó por unificar los distintos esquemas de aseguramiento de salud en un sistema de pagador / asegurador

único (Chun et al., 2009). Adicionalmente, en 2008, lanzó un esquema de seguros para cuidados de largo plazo para adultos mayores. Las principales razones esgrimidas para sustentar estas reformas al sistema fueron:

- ✓ Integrar el sistema multi-seguros en un único asegurador, para mejorar la eficiencia (en el sistema anterior no existía competencia, bajo poder de negociación con proveedores y altos costos administrativos), equidad en la contribución (distinta según tipo de trabajo y región de residencia) y asegurar la estabilidad financiera del sistema (algunas aseguradoras tenían un *pool* de asegurados muy pequeño) (Chun et al., 2009; Kwon, 2009a; Jeong, 2011)
- ✓ Entregar protección financiera, tomando en cuenta la limitada oferta de proveedores en el país y el deseo del gobierno de evitar una carga financiera extra derivada de la provisión de servicios de salud (Kwon, 2002). Por esto se decidió por un sistema público basado en contribuciones (bismarckiano) y no financiado por impuestos (beveridgeano)
- ✓ Reducir el gasto de bolsillo: aunque sigue siendo alto, era aproximadamente 63% en 1983: el sistema necesitaba abordar el tema del alto gasto de bolsillo de la población y mejorar la protección financiera en la salud (Kwon, 2009a; Jeong, 2011)
- ✓ Cambio demográfico y aumento de costos de salud, incluyendo crisis financiera a mediados de los 90s (Lee, 2003; Chun et al., 2009; Song, 2009; Kwon, 2009b; NHIS, 2014), requería pensar en un sistema que a la vez pudiera proteger a la población y ser estable en el largo plazo

4.2 Principales discusiones en torno a los sistemas de salud

Esta sección presenta las principales discusiones en torno a los sistemas de salud en los países seleccionados, enfocadas en el rol de los seguros y el financiamiento de la salud. Los distintos temas planteados muestran claramente que, independiente del diseño del sistema de financiamiento de salud, los países enfrentan permanentes desafíos, derivados de los cambios económicos y demográficos, los cambios en la atención de salud y medicina, las expectativas de la población y de las propias decisiones respecto del diseño y funcionamiento de los seguros de salud (Kutzin, 2008; Gottret et al., 2008; Kwon, 2009a; Boxall, 2010; Schoen et al., 2010; Joumard et al., 2010); en muchos casos, los temas pendientes son parte de problemas de larga data que aun no han sido solucionados del todo, mientras que también surgen nuevos desafíos como producto de las reformas al sistema de financiamiento de salud.

■ **Australia:**

- ✓ Subsidios a privados ponen presión sobre los fondos públicos (Colombo & Tapay, 2003). En lugar de atraer más recursos hacia el sector salud, el crecimiento de los privados ha consumido recursos públicos (Segal, 2004)
- ✓ El rol de las aseguradoras privadas desde la introducción de *Medicare* (seguro público universal) es ambiguo (Hall et al., 1999; Segal, 2004; Boxall, 2010; Hall, 2015). ¿Se debe financiar con fondos del seguro público a quienes pueden financiar sus seguros de salud de manera privada?

- ✓ ¿Por qué preocupa la baja cobertura de los seguros privados si es una consecuencia lógica de la cobertura universal? (Segal, 2004)
- ✓ Inequidad en el sistema: seguros privados (tomados principalmente por personas con mayores recursos) financiados en parte con dineros públicos y pacientes privados con acceso a proveedores públicos y privados genera incrementos de inequidad en términos de financiamiento y acceso a servicios de salud (Hall et al., 1999; Segal, 2004)
- ✓ Ineficiencia de las reformas: si bien han logrado producir beneficios, los costos de las políticas para lograr estos cambios han sido demasiado altos: las políticas de apoyo a los seguros privados representan un enorme subsidio a la industria (Butler, 2002; Segal, 2004)
- ✓ Segmentación: seguros privados como el lugar para los ricos, sanos y jóvenes (Hall et al., 1999)
- ✓ Aumento de costos en el sector privado (riesgo moral e inducción de demanda) y de las primas de los seguros privados. Proveedores públicos se pueden enfocar en intervenciones y servicios más rentables (Hall et al., 1999; Segal, 2004)
- ✓ Sistema fragmentado y con sobre posición de funciones y responsabilidades: Medicare financia algunos servicios específicos para pacientes privados, pero en otros servicios hay otras instituciones públicas que también participan del esquema de financiamiento (Hall, 2015)
- ✓ Atención primaria debiera funcionar como el principal coordinador del sistema, pero dado que la mayoría de los GPs ejercen como practicantes privados y son pagados en base a cantidad (*fee-for-service*), sus incentivos están en maximizar volumen más que coordinar (Hall, 2015; OECD, 2015b)
- ✓ Incrementos en la demanda por hospitales privados puede producir aumento en la competencia por profesionales de salud que podría reducir la capacidad del sector público (Segal, 2004)²²

■ **Alemania**

- ✓ Cobertura y universalidad: A pesar de la expansión del sistema, este aun está basado en ingresos laborales y deja fuera a una parte de la población. Con una población que envejece, la población trabajadora (que contribuye al sistema) será cada vez menor, mientras que los costos irán en aumento (Obermann et al., 2013; Göpfart & Henke, 2013)
- ✓ Competencia: ¿es posible que el seguro obligatorio y los seguros privados compitan? ¿En qué dimensiones? (Obermann et al., 2013)
- ✓ ¿Necesita generar excedentes el Fondo? Bajo el esquema de contribución fija, los fondos de enfermedad han ido acumulando reservas, con el fin de evitar tener que cobrar primas adicionales, en lugar de usar estos excedentes en

²² En esta misma línea, cabe destacar que en Chile también se observa esta concentración de profesionales en el sector privado: 52% de los médicos trabajan exclusivamente en el sector privado, representando el 62% del total de horas médicas (Cid et al., 2014).

mejorar la provisión de servicios o devolverlos a sus afiliados (Göpffarth & Henke, 2013; Obermann et al., 2013).

- ✓ ¿Función redistributiva del seguro? ¿Por que no cobrar una prima fija (independiente del ingreso) para financiar los gastos en salud y dejar redistribución al sistema tributario? El sistema de financiamiento de salud no debiera ser sobrecargado con funciones redistributivas. Como contraargumento, se esgrime que el cargo fijo reduce la solidaridad del sistema y aumenta su inestabilidad financiera, en un contexto de costos crecientes en salud (Obermann et al., 2013)
- ✓ Cobertura universal en salud: ¿Por qué no incluir a todos en un seguro único? Esto reforzaría el concepto de solidaridad en el sistema. Como crítica a esta propuesta, se argumenta que la existencia de un único seguro interferiría con el concepto de mercado competitivo en el mercado de seguros de salud (Obermann et al., 2013)
- ✓ El cambio de un sistema puramente bismarckiano a uno con contribución del gobierno (mediante impuestos generales) ha aumentado la solvencia financiera del sistema, pero significa que ahora el presupuesto de salud está cada vez más ligado al presupuesto federal (Göpffarth & Henke, 2013)

■ **Holanda**

- ✓ Composición del paquete básico de beneficios: La existencia de un paquete único hace más relevante su pertinencia en cubrir las necesidades de salud de la población. Servicios como cuidados maternos y salud oral están excluidos del paquete.
- ✓ Capacidad de los individuos para elegir: El sistema se basa en la capacidad de los individuos para hacer elecciones independientes, racionales y óptimas, haciendo del paciente el centro del sistema de salud (*patient empowerment*), como una pre-condición para la competencia (Schäfer et al., 2010; Victoor et al., 2012). Es necesario cuestionar si los supuestos tras este enfoque son válidos, es decir, si las personas están capacitadas para escoger su plan óptimo y/o si cuentan con la información para hacerlo (Cohu et al., 2006). Estudios han mostrado que en el caso del seguro holandés, los consumidores basan sus decisiones principalmente en servicio y primas, y no en la calidad de la atención de salud (Delnoij et al., 2006; Vaillancourt Rosenau & Lako, 2008; Victoor et al., 2014) y que muestran bajos niveles de satisfacción y percepción de calidad (Vaillancourt Rosenau & Lako, 2008). La complejidad de las decisiones, así como la disponibilidad de información puede hacer que las personas tomen decisiones que no son óptimas, tal como ha mostrado en los últimos años la economía del comportamiento (Ivengar et al., 2004; Frank, 2007; Barr et al., 2009; Handel & Kolstad, 2015)
- ✓ Concentración de aseguradores y proveedores: El número de aseguradoras se ha ido reduciendo con el tiempo (118 en 1990, 32 en 2008, 24 en 2010), las que a su vez pertenecen a un número reducido de conglomerados (Cohu et al., 2006; Westert et al., 2009; Schäfer et al., 2010; Schut et al., 2013). Por una parte, menos oferentes permite acceder a economías de escala en la

provisión del servicio y reduce la complejidad para los consumidores (en términos de información y alternativas para elegir); por otro lado, un número reducido de oferentes puede reducir el grado de competencia en el mercado, factor clave de la reforma. Tanto costo de los hospitales como remuneraciones de los médicos se han incrementado luego de la reforma (Schut et al., 2013)

- ✓ Competencia: Incrementar la eficiencia mediante la competencia en el sistema es la principal justificación de la reforma (Cohu et al., 2006; van de Ven & Schut, 2007). Los puntos anteriores (capacidad de elección óptima y concentración del mercado) levantan dudas respecto del grado de competencia en este mercado. En parte, la libre elección de los consumidores (más la posibilidad de cambiar de aseguradora anualmente) incentivarían la competencia entre aseguradoras. Los datos muestran que al comienzo del sistema, un 18% de los asegurados decidieron cambiar de compañía al cabo de un año, cifra que ha ido disminuyendo en el tiempo (Schäfer et al., 2010; Daley et al., 2013). Esto puede interpretarse como parte de un proceso de ajuste normal o como signo de inactividad por parte de las personas, lo que cuestionaría el supuesto de una mayor competencia vía libre elección de los proveedores (Victoor et al., 2014). Por otra parte, integración vertical entre aseguradoras y proveedores ha sido rechazada, ya que atentaría contra el principio fundamental de competencia en el mercado (Westert et al., 2009).
- ✓ Solvencia financiera de aseguradoras y proveedores: Debido a la competencia, proveedores de seguros y servicios de salud enfrentan un mayor riesgo financiero, derivado de menores márgenes de ganancia (Schäfer et al., 2010; Schut et al., 2013; van Rooijen et al., 2013)
- ✓ Personas no aseguradas: El sistema basa su solidaridad en el hecho que todas las personas contribuyen y participan de él. Sin embargo, algunas personas siguen estando al margen del sistema. De acuerdo a la Oficina de Estadísticas, el número de personas que no registraban pago de contribuciones en 2009 (principalmente extranjeros) habría aumentado en un 60% desde la creación del sistema (Statistics Netherlands, 2009). Existe preocupación sobre la capacidad de personas de bajos ingresos y con enfermedades crónicas para pagar el seguro de salud (obligatorio para todos, no sólo trabajadores) y lo que esto significaría en términos de carga financiera tanto para las personas como para el Estado (Muiser, 2007; Schäfer et al., 2010; Daley et al., 2013).
- ✓ Posible incrementos en costos administrativos del sistema, debido a sus complejidades (por ejemplo, existencia de un fondo de compensación de riesgos o cambios en mecanismos de pago a proveedores) (Vaillancourt Rosenau & Lako, 2008; Westert et al., 2009; Daley et al., 2013; Schut et al., 2013).
- ✓ Heterogeneidad en la calidad de las prestaciones / prestadores, incluidos altos tiempos de espera para ciertos servicios. Esto es particularmente importante en un sistema donde los pacientes deben tener información para tomar sus decisiones (van der Berg, 2010).

■ **Corea del Sur**

- ✓ Acceso e inequidades regionales y sociales / concentración geográfica de proveedores (Chun et al., 2009; Song, 2009; Mathauer et al., 2009)
- ✓ Contención de costos del sistema: Existen problemas estructurales que explican la dificultad para poder reducir los costos, como el rápido cambio demográfico experimentado en el país (OECD, 2012), una sobre-oferta de médicos especialistas, un sector privado que consume el 90% de los recursos de salud, y un alto gasto en medicamentos. Lo anterior resalta la necesidad de una mayor regulación, especialmente de los proveedores de salud (Lee, 2003; Song, 2009).
- ✓ Necesidad de mayor regulación a proveedores: costos son regulados para servicios cubiertos (pago por servicio), lo que incentiva a proveedores a ofrecer más servicios no cubiertos. Lo anterior implica un aumento de aumento del gasto de bolsillo para las personas (Lee, 2003; Kwon, 2003; Kwon, 2009a; Mathauer et al., 2009; OECD, 2012)
- ✓ Beneficios son muy limitados y gasto de bolsillo es aun alto (Kwon, 2003; Kwon, 2009a; Jeong, 2011)
- ✓ Competencia entre proveedores privados ha incrementado costos sin aumentar calidad: sistema de pago y regulación para balancear costos y calidad (Kwon, 2009a; Mathauer et al., 2009; OECD, 2012)
- ✓ ¿Permitir el ingreso de aseguradores privados para reducir la carga financiera sobre el Estado?: eficiencia versus solidaridad (Kwon, 2009a; Mathauer et al., 2009; Jeong, 2011)
- ✓ Débil sistema de atención primaria y baja integración y cooperación entre atención primaria y secundaria (Chun et al., 2009; OECD, 2012)

■ **Reino Unido**

- ✓ Cambio demográfico y alza en costos: No sólo la población requiere más cuidados, sino además las expectativas respecto de los servicios del NHS también se han incrementado. Dado que el sector salud es intensivo en mano de obra y los salarios van subiendo, los costos aumentan cada vez más (Emmerson et al., 2000).
- ✓ A pesar de su buen desempeño el sistema de salud muestra algunos malos resultados, comparado con otros países de la región: si bien el país lo hace bien en indicadores básicos como esperanza de vida y mortalidad infantil (considerando que tiene el menor gasto en salud entre los países G7), lo hace peor en otros indicadores, como tasas de sobrevivencia promedio de cáncer o tiempos de espera (Emmerson et al., 2000).
- ✓ Intervención de gobierno como forma de mejorar la equidad: Se observan importantes inequidades regionales y socioeconómicas, tanto en el uso de servicio como en resultados de salud (Emmerson et al., 2000)
- ✓ Intervención de gobierno como forma de mejorar la eficiencia: Dado que los pacientes van a un proveedor y enfrentan un costo cero, existen incentivos para el sobre-consumo, el cual es racionado mediante listas de espera. Las

listas de espera han ido en incremento desde finales de los 80s (Emmerson et al., 2000).

- ✓ Participación del sector privado: El número de personas con seguros privados ha aumentado, lo que levanta la duda sobre si es necesario incentivar una mayor participación de privados en el financiamiento y provisión de salud. Por una parte, esto sacaría presión al NHS, aumentando su desempeño (por ejemplo, disminuyendo las listas de espera). Por otro lado, en general el sector privado invierte menos en salud pública y tiene costos más altos; junto con esto, subsidiar al sector privado podría no ser ni costo efectivo ni justo, ya que quienes compran seguros privados son en general personas de mayores ingresos (Emmerson et al., 2000).

5. Otros Temas Relevantes para el Debate de la Reforma en Chile

5.1 Cuidados de Largo Plazo

Tal como ha sido recalcado a lo largo del documento, el envejecimiento de la población, así como el cambio del perfil epidemiológico y la carga de enfermedades en el mundo es una de las principales preocupaciones de los sistemas de salud en la actualidad. Esto tanto por el cambio en la manera de enfrentar el desafío de mantener y mejorar la salud de la población, como por el incremento en costos que muchas veces trae consigo.

En todos los ejemplos mostrados, se aprecia una creciente preocupación por el tema, tanto así que dos países incluyeron explícitamente en sus reformas elementos para asegurar el financiamiento de los cuidados de largo plazo: Corea del Sur y Holanda tienen esquemas que consideran recursos especiales para este ítem dentro de sus sistemas de financiamiento de salud, mientras que Alemania tiene un sistema especial de seguros para cuidados de largo plazo, pero como parte de su sistema de seguridad social²³. El resto de los países, si bien no incluyen mecanismos explícitos para financiar los cuidados de largo plazo, sí reconocen su importancia y cuentan con políticas en el tema.

La Tabla 9 presenta estadísticas de cuidados de largo plazo para los países seleccionados. Se observa que, más allá del discurso, países como Holanda han identificado la necesidad de invertir en esta área, que en la actualidad representa casi el 30% del gasto total en salud en el país. Similar situación ocurre en otros países de la OECD donde, en 2014, el gasto de salud en cuidados de largo plazo supera el 20% del gasto total en salud: Dinamarca (22,1%), Islandia (20,4%), Noruega (25,8%) y Suecia (24,2%) (OECD, 2016c).

Tabla 9: Estadísticas cuidados de largo plazo (salud), países seleccionados

²³ De acuerdo a Herbermann & Miranda (2012), al año 2012 sólo cuatro países en el mundo tenían sistemas de aseguramiento especiales (excluyendo sistemas financiados por impuestos generales) para cuidados de largo plazo. Colombo et al. (2011) señalan que los países con cobertura universal para cuidados de largo plazo y un esquema especial de aseguramiento son cinco: Japón, Corea del Sur, Holanda, Alemania y Luxemburgo. Israel también se suma a esta lista de países con seguro obligatorio.

País	Gasto total (% del PIB)	Gasto total (% del gasto en salud)	Gasto per cápita (dólares PPP 2010)	Profesionales de salud (densidad por 1.000 personas) ^b	Camas en instituciones de cuidados de largo plazo (por 1.000 personas) ^c	Camas en instituciones de cuidados de largo plazo (por 1.000 personas mayores de 65 años) ^c
Chile	...	...	...	...	...	...
Australia ^a	0,2	2,3	89,3	10	7,8	52,1
Alemania	1,5	13,8	648,2	9,8	11,2	53,1
Corea del Sur	1,1	14,9	355,3	4	3,0	23,7
Holanda	3,0	27,2	1.328,2	14,9	10,6	65,5
Reino Unido	1,8	18,0	670,4	...	8,5	47,6

Fuente: OECD (2016c). Último año disponible: Australia (2013), Alemania (2014), Corea del Sur (2014), Holanda (2014), Reino Unido (2014).

^a Diferencias en la metodología de cálculo.

^b Último año disponible: Australia (2012), Alemania (2013), Corea del Sur (2014), Holanda (2012), Reino Unido (2015).

^c Último año disponible: Australia (2015), Alemania (2013), Corea del Sur (2014), Holanda (2015).

A pesar de la creciente importancia del tema, se observa una alta heterogeneidad en el gasto en cuidados de largo plazo, incluso al interior de los países OECD. El gasto es un reflejo de la prioridad otorgada al tema al interior del sistema; lamentablemente, en el caso de Chile, ni siquiera existen estadísticas al respecto, lo que, también refleja la baja relevancia de los cuidados de largo plazo dentro del sistema de salud chileno²⁴.

Si bien existe un reconocimiento respecto de la importancia del envejecimiento de la población y sus desafíos asociados, éstos se relacionan, por parte del Ministerio de Salud (MINSAL), al aumento de la carga de enfermedad: incremento de enfermedades crónicas, enfermedades mentales y discapacidad (MINSAL, 2010, 2014), mientras que el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) tiene una mirada relacionada con la vulnerabilidad socioeconómica.

Desde el MINSAL los programas dirigidos al adulto mayor se canalizan principalmente a través de las garantías GES: acceso al Examen de Medicina Preventiva en el Adulto Mayor (EMPAM) y una atención basada en sus resultados, detección de vicios de refracción y entrega de lentes ópticos, la evaluación de necesidad y ayuda técnica y educación de su uso, hipoacusia bilateral, neumonía de manejo ambulatorio y endoprótesis total de cadera con artrosis de cadera y limitación funcional severa. Adicionalmente, el Ministerio contempla otras iniciativas, como programas de vacunación, el Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM) y la entrega de lentes, audífonos, bastones y sillas de ruedas (MINSAL, 2014, 2016a). Durante la actual administración se implementó un programa acotado llamado Más Adultos Mayores Autovalentes, siendo este uno de los compromisos presidenciales.

²⁴ Desde el Estado, el tema es tratado principalmente a través del Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA), dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, aunque la institución viene desarrollando hace algún tiempo un trabajo conjunto con el Ministerio de Salud (http://www.minsal.cl/intersectorial_senama/).

Desde el SENAMA, las acciones se llevan a cabo a través de diversas iniciativas (ver Tabla 10). A pesar que el objetivo de estos programas, al igual que los esfuerzos del Ministerio de Salud apuntan en la dirección correcta (pérdida de la funcionalidad y problemas de salud asociados, principalmente con el envejecimiento), éstas buscan a solucionar problemas puntuales, en su mayoría a través del financiamiento de instituciones de estadía para adultos mayores.

Tabla 10: Programas y beneficios sociales del SENAMA

Programa	Objetivo	Población objetivo	Acciones	Presupuesto 2016 (miles de \$ 2015)	% total gasto programas
Turismo Social	Acceso a espacios de recreación y esparcimiento	* Mayores de 60 años, residentes de establecimientos de larga estadía * Participantes del programa Vínculos o habitantes de condominios sociales * Adultos mayores vulnerables (quintiles I, II y III)	Financiamiento de viajes por el día a lugares de interés turístico	320.279	1,7%
Fondo Nacional del Adulto Mayor	Favorecer autonomía, autogestión e independencia y entregar servicios de calidad	* Organizaciones de adultos mayores * Instituciones sin fines de lucro que trabajen con adultos mayores	Financiamiento de iniciativas presentadas por organizaciones de adultos mayores o instituciones que trabajan con ellos	4.534.173	23,5%
Participación y formación	Promover la información, participación y formación de dirigentes e integrantes de organizaciones de personas mayores	Dirigentes e integrantes de clubes de adultos mayores	Jornadas y actividades de formación	151.947	0,8%
Voluntariado de país de mayores	Contribuir a la integración social y fortalecimiento de una imagen positiva de los adultos mayores	Mayores de 60 años (incluye proceso de selección)	Apoyo socio-educativo brindado por adultos mayores a niños y niñas en situación de vulnerabilidad	162.192	0,8%
Buen trato al adulto mayor	Reconocimiento, promoción y ejercicio de los derechos de las personas mayores, a través de la prevención y del maltrato que los afecta	Adultos mayores en situación de maltrato	Asesoría y coordinación con redes regionales y locales.	215.789	1,1%
Vínculos	Vincular adultos mayores con la comunidad y sus pares	Mayores de 65 años, que ingresan al Subsistema de Seguridades y Oportunidades del Ingreso Ético Familiar	Apoyo psicosocial, y entrega bonos de protección y prestaciones monetarias	s.i.	s.i.
Envejecimiento activo	Mejoramiento de la calidad de vida de los adultos	Mayores de 60 años, preferentemente no organizados	Potenciar la oferta gratuita de servicios a las personas	383.780	2,0%

	mayores con acciones que fomenten el envejecimiento activo		mayores (desarrollo de talleres, encuentros y charlas)		
Escuela para funcionarios públicos	Entregar habilidades y competencias técnicas, teóricas y metodológicas.	Cuidadores de trato directo, profesionales y/o técnicos que desarrollen funciones en servicios de atención socio-sanitarios o administración de servicios sociales para adultos mayores	Capacitación para personas que trabajan con adultos mayores	55.309	0,3%
Centros diurnos del adulto mayor	Promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad	Mayores de 60 años en condición de vulnerabilidad (quintiles I, II y III) y que presenten algún nivel de dependencia (preferentemente residentes de la comuna donde se ubica el centro)	Prestaciones socio-sanitarias de apoyo a las personas mayores con dependencia leve y situación de vulnerabilidad	809.525	4,2%
Fondo de Servicios de atención al adulto mayor	Proveer servicios integrales de vivienda y cuidados socio-sanitarios	Mayores de 60 años, preferentemente con dependencia moderada a severa, con vulnerabilidad social y que no cuenten con redes socio familiares efectivas/ vivienda	Establecimientos de Larga Estadía (ELEAM) y Condominios de Viviendas Tuteladas (CVT).	5.482.833	28,4%
Fondo de subsidio para establecimientos de larga estadía	Mejorar las condiciones de vida de los adultos mayores dependientes y vulnerables que residen en Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores (ELEAM) sin fines de lucro	Instituciones públicas y privadas, sin fines de lucro que trabajen con personas mayores residentes en un ELEAM, que se encuentren en situación de dependencia, leve, moderada o severa y en situación de vulnerabilidad	Financiamiento de iniciativas de satisfacción de necesidades básicas, entrega de atención médica especializada, implementación de estrategias de integración a la comunidad, protección de derechos y promoción del envejecimiento activo	6.755.721	35,1%
Cuidados domiciliarios	Respiro al cuidador	Mayores de 60 años con dependencia moderada o severa, y que cuenten con un cuidador principal, y residan en la comuna donde se efectúa la iniciativa de cuidado domiciliarios	Financiamiento de proyectos de cuidados domiciliarios, a instituciones públicas y privadas sin fines de lucro (servicios domiciliarios entregados por un asistente domiciliario)	418.002	2,2%

Fuente: Elaboración propia en base a SENAMA (2016) y DIPRES (2015).

El enfoque de cuidados de largo plazo es más integral y no exclusivamente centrado en sus aspectos médicos; de hecho, como muestran los ejemplos de los países seleccionados, los sistemas de cuidados de largo plazo han ido evolucionando hacia un

enfoque más centrado en el apoyo a la autosuficiencia y el apoyo al desarrollo de actividades diarias con normalidad, que a hacerse cargo de las necesidades de salud (enfermedad), con ejemplos como el sistema coreano, en donde ambas tareas se encuentran claramente separadas.

■ *Australia*²⁵:

Si bien el país no cuenta con un esquema de financiamiento especial para los cuidados de largo plazo, el tema es claramente relevante para su sistema y financiamiento de salud: la población está viviendo más lo que implica que cada año hay más personas que requieren cuidados de largo plazo, mientras que las generaciones más jóvenes tienen cada vez menos hijos, lo que implica que, conforme pasa el tiempo, habrán menos cuidadores voluntarios (Ergas & Paolucci, 2011). De acuerdo a estimaciones, se espera que el gasto en cuidados de largo plazo se duplique o incluso se triplique al 2050. El tema no es sólo una preocupación a futuro; en 2009, 680.000 personas menores de 65 registraban importantes limitaciones en su actividad, mientras que en 2013-2014, el 10,2% de la población sobre 65 años recibía cuidados de largo plazo en instituciones o centros de salud, con 8,6% de éstos recibiendo cuidados en el hogar.

En el sistema australiano, el gobierno federal tiene la responsabilidad en el diseño y financiamiento de cuidados de largo plazo para personas sobre 65 años, mientras que los estados y territorios asumen la responsabilidad para personas menores de 65 años, financiado principalmente a través del Acuerdo Nacional sobre Discapacidad.

Respecto de los mayores de 65 años, Australia ha implementado varios programas, a cargo del Departamento de Salud, que buscan “incentivar a las personas de la tercera edad a vivir vidas activas e independientes” (Department of Health, 2016d). La puerta de entrada al sistema de cuidados de la tercera edad es la plataforma *My Aged Care* (<http://www.myagedcare.gov.au>), que entrega información, realiza evaluaciones y ayuda a las personas de la tercera edad y sus familias a acceder a ayuda y servicios.

El sistema australiano ofrece dos grandes opciones para el cuidado: en instituciones de cuidados de largo plazo o en el hogar (cuidados comunitarios). En el caso del cuidado en instituciones especializadas, existen dos tipos de centros: cuidado permanente y cuidado transitorio (estadias de corto plazo para apoyar a personas que requieren cuidados y sus cuidadores). En cuanto a los cuidados en el hogar, el principal programa de apoyo es el *Commonwealth Home Support Programme (CHSP)*, iniciado en 2015, y con un presupuesto de \$1.3 billones de dólares, que beneficia tanto a personas que requieren cuidados como a cuidadores; también existen paquetes de apoyo que proveen servicios más complejos y personalizados.

El gobierno subsidia una serie de servicios, aunque se espera que los beneficiarios contribuyan a financiar parte de su costo, dependiendo de sus circunstancias particulares. A través de estos programas, las personas pueden acceder a servicios y financiamiento, incluyendo:

²⁵ Basado en Colombo et al. (2011), Department of Health (2016d) y AIHW (2016).

- i. Cuidados en el hogar: dentro de este esquema de cuidados se incluyen: ayudas con las tareas de la casa, cuidados personales (baño y vestido), comidas y su preparación, realización de actividades físicas y sociales, transporte, cuidados de enfermería y otros profesionales (nutricionistas, podólogos, fisioterapeutas), mantención y arreglos del hogar, bienes y equipos, y servicios de consejería.
- ii. Cuidados en una institución especializada: permite a los beneficiarios vivir en este tipo de instituciones y tener acceso a sus servicios e instalaciones.
- iii. Cuidados de transición (post atención hospitalaria): incluye terapias de baja intensidad (fisioterapeutas, nutricionistas, podólogos), acceso a trabajadores sociales, servicios de enfermería y cuidados personales una vez abandonado el hospital.
- iv. Descansos para cuidadores: servicio de "respiro" para cuidadores incluye: reemplazo del cuidador, actividades fuera de casa, cuidados nocturnos, estadías cortas en instituciones especializadas, ayuda en caso de emergencias.

Los beneficiarios tienen la posibilidad de elegir el proveedor de servicios que más le acomode, con la ayuda e información brindada por *My Aged Care*. La distribución de recursos se realiza de acuerdo a las necesidades de cada persona. Para esto, desde 2008 existe el *Aged Care Funding Instrument (ACFI)*, un test de 12 preguntas que clasifica a las personas en cuatro grupos, dependiendo del nivel de cuidados requerido.

■ Alemania²⁶:

Alemania posee un esquema de seguros para cuidados de largo plazo (*Pflegeversicherung*) que se enmarca dentro del sistema de seguridad social del país. El esquema fue establecido en 1995 (*Long Term-Care Act*) y establece un seguro obligatorio para los residentes del país, con el fin de cubrir las necesidades de cuidado de personas que no pueden vivir independientemente por un periodo de al menos 6 meses. Previo a este esquema, los cuidados de largo plazo eran básicamente financiados directamente por los beneficiarios mediante copagos. Si bien el seguro de cuidados de largo plazo, formalmente, no es parte del sistema de financiamiento de salud (es una rama independiente del sistema de seguridad social), sí se encuentran íntimamente relacionados: la participación en este esquema es obligatoria para todos aquellos que se encuentran cubiertos por el seguro obligatorio de salud. Al igual como en el caso del seguro de salud, el hecho que algunas personas puedan optar por salir del sistema implica que este seguro también tiene una limitada capacidad para mancomunar fondos y riesgos: el seguro de cuidados de largo plazo sigue al seguro de salud.

El sistema es financiado a través de contribuciones obligatorias, correspondientes al 2,35% del salario; pagada por partes iguales entre empleado y empleador (personas sin hijos pagan una prima extra de 0,25% y regulaciones específicas aplican al estado de Sajonia), y es administrado por fondos de largo plazo, que se encuentran vinculados

²⁶ Basado en Colombo et al. (2011) y Federal Ministry of Health (2016).

a los aseguradores de salud. El sistema funciona como uno de reparto (*pay-as-you-go*), en donde las contribuciones de hoy son usadas para los gastos del mismo periodo. Al igual que en el caso de prestaciones de salud, los fondos negocian con los proveedores de servicios respecto de las condiciones (calidad) y precios; el Ministerio de Salud es el responsable legal y regulador del sistema.

Los beneficios se otorgan de acuerdo al grado de necesidad, definido en 5 niveles (*Pflegegrade*), a partir de 2015. El sistema provee beneficios en dinero, así como en especies (bienes y servicios), entre los que se encuentran: cursos de enfermería para cuidadores voluntarios y familiares, subsidio para cuidadores, servicios de cuidado diurno y nocturno, materiales y equipos. Los servicios son entregados en dos modalidades:

- i. Cuidados en el hogar: más de un 70% del total de beneficiarios opta por esta modalidad, tanto en el seguro público como en el privado. En esta modalidad, pueden optar a recibir un pago en dinero entre 120 y 700 euros, dependiendo del nivel de cuidado (cifras 2014).
- ii. Cuidados en instituciones especializadas

También incluye beneficios para los cuidadores, entre los que se cuentan un pago por los servicios, así como una pensión y seguro de accidente por la duración de sus actividades de cuidado (sujeto a que cumplan con un mínimo de horas prestando servicios).

Desde su implementación, Alemania a priorizado reformas que buscan fortalecer el sistema de cuidados de largo plazo, a través de las actas de fortalecimiento del sistema (*Pflegestärkungsgesetze, PSG*), que han significado un importante incremento de recursos (más de 5 billones de euros) cada año. La Primera Acta de Fortalecimiento de los Cuidados de Largo Plazo (PSG I) amplió los beneficios para los casi 2,7 millones de beneficiarios -a partir de 2015- incrementando los recursos tanto para personas que reciben cuidados en instituciones especializadas, como para aquellos que son cuidados en sus casas. Una segunda acta (PSG II) fue aprobada en diciembre de 2015, y comenzará a regir a partir de 2017. El fin de este cuerpo legal es cambiar el foco de los cuidados de largo plazo desde uno centrado en la evaluación de atención médica (enfermeros) a uno basado en la evaluación y el apoyo a la autosuficiencia.

■ *Holanda*²⁷

Como fue descrito anteriormente, en Holanda, el financiamiento de los cuidados de largo plazo forma parte del sistema de financiamiento de salud. El nuevo seguro de cuidados de largo plazo fue establecido mediante el Acta de Cuidados de Largo Plazo (*Long-Term Care Act*), que entró en vigencia a partir de 2015, reemplazando al Acta General de Gastos Médicos Excepcionales (*General Exceptional Medical Expenses Act*), vigente desde 1968. Su objetivo principal era asegurar la sustentabilidad financiera de los cuidados de largo plazo, así como incrementar su calidad y poner al paciente como el

²⁷ Basado en MHWS (2016).

foco (Maarse & Jeurissen, 2016). El seguro está basado en el principio de solidaridad: es un seguro obligatorio pagado por todos quienes pagan impuestos.

Los beneficios son entregados a un subgrupo de la población: aquellos más vulnerables, como ancianos en estados avanzados de demencia, personas con importantes discapacidades físicas o mentales, y personas con trastornos psiquiátricos de largo plazo. Cada caso es evaluado por la Agencia de Evaluación del Cuidado (*Centrum Indicatiestelling Zorg, CIZ*), basado en un formato estandarizado. Los individuos, en conjunto con agencias de gobierno y administradores son quienes componen el sistema, y ellos son quienes deciden cómo dar respuesta a sus necesidades (seleccionan proveedores y calidad de los servicios contratados). Entre los servicios que pueden ser financiados mediante este seguro se encuentran:

- i. Estadía en instituciones de cuidados de largo plazo
- ii. Cuidados personales (asistencia para bañarse, vestirse, ir al baño y alimentarse)
- iii. Cuidados que incrementan la auto-valencia, como organización de las actividades del día o aprender a desarrollar ciertas tareas en el hogar
- iv. Cuidados de enfermería, por ejemplo, manejo de lesiones o inyecciones
- v. Tratamiento médico
- vi. Transporte para tratamiento

Tal como se indicó anteriormente, parte importante de la reforma consistió en poner al paciente en el centro de los cuidados. Para esto, la reforma incentiva el uso de cuidados en el hogar por sobre cuidados en instituciones especializadas, así como la transferencia de recursos monetarios (*cash benefit*) a los beneficiarios en lugar del pago por servicios (*in-kind benefit*).

■ Corea del Sur²⁸

Al igual que en el caso holandés, a partir de 2008, Corea del Sur ha incluido un seguro específico para cuidados de largo plazo, dentro de su sistema de financiamiento de salud (*Long Term Care Insurance Act*). Su objetivo es preservar y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y sus cuidadores, promover vidas mejores y más saludables, y reducir la carga del cuidado en las familias (Kang et al., 2012).

Los importantes cambios demográficos enfrentados por el país fueron el principal motor de la reforma: se espera que la población mayor de 65 años, que representaba un 10% del total en 2007, sea 15% en 2020 y 37% en 2050, incrementando fuertemente las tasas de dependencia en el país; de manera similar, los costos de salud relacionados a una población de mayor edad han aumentado considerablemente, pasando de un 9,3% de los gastos del seguro de salud en 1990 a 35,4% en 2013. Se estima que el 86,7% de las personas de la tercera edad tienen alguna enfermedad crónica y que el número de casos de demencia se multiplique por 5 en los próximos 40 años.

La entrega de beneficios, al igual que en los casos presentados anteriormente, se basa en una evaluación de la situación de cada paciente (sólo para mayores de 65 años); en

²⁸ Basado en NHIS (2014) y Won (2013).

el sistema coreano, este es realizado mediante un cuestionario de 52 preguntas que evalúa 5 dimensiones: desarrollo de actividades diarias, función cognitiva, problemas conductuales, necesidad de cuidados de enfermería y necesidad de rehabilitación, a partir de los que se obtiene un puntaje estandarizado para cada postulante al beneficio. Con estos puntajes, los individuos son clasificados en tres niveles, de acuerdo a la severidad de la discapacidad. En el año 2013 5,7% de los mayores de 65 años postularon al beneficio y de éstos, 52% fueron aceptados como beneficiarios.

El sistema está basado principalmente en la entrega de servicios, no subsidios en dinero, aunque existen excepciones. Tal como en otros países, el tipo de cuidados se pueden dividir entre cuidados en instituciones especializadas y cuidados en el hogar, que incluye ayuda en las tareas del hogar y tareas del diario vivir, servicios de enfermería, y cuidados diurnos y nocturnos. En 2013, los gastos se distribuían de manera similar entre cuidados en instituciones (49%) y cuidados en el hogar (46%) (el restante 5% corresponde a gastos administrativos).

El financiamiento es compartido entre los beneficiarios a través de un copago (20% del costo), aportes del gobierno y las municipalidades (12%) y la prima del seguro (68%) (cifras 2013).

■ Reino Unido²⁹

Los cuidados de largo plazo o cuidado continuo en Reino Unido (*NHS continuing care*) son provistos y financiados por el NHS, para personas con necesidades de salud complejas y de largo plazo. Consistente en un paquete de beneficios para ser usados fuera de un hospital por personas evaluadas con una “necesidad primaria de salud”, estos beneficios están diseñados para ser usados en una variedad de ambientes:

- i. Cuidados en el hogar: incluye servicios de profesionales como enfermeros o terapeutas, así como cuidados personales (bañarse, vestirse, aseo).
- ii. Cuidados en instituciones especializadas: pago por los costos del hogar, incluyendo comida y alojamiento.

El servicio de cuidado continuo del NHS es completamente gratuito, pero no todas las personas que requieren cuidados califican para el beneficio. En caso de no ser elegible, existen otras alternativas. Primero, acceso a servicios de cuidados comunitarios provistos por autoridades locales, los que pueden tener un copago, dependiendo de los recursos financieros de cada persona. Segundo, aun sin ser elegible para el beneficio de cuidados continuos, el NHS puede financiar parte de los cuidados en caso que éstos se requieran. Una alternativa es el financiamiento conjunto (*joint package of care*), donde el NHS financia parte de los cuidados. Una segunda opción son los cuidados de enfermería (*NHS-funded nursing care*); en estos casos, el NHS coordina y financia los servicios de enfermeros registrados, pagando un monto de 112 libras a la semana. Finalmente, está la posibilidad de simplemente usar los servicios normales entregados por el NHS a todos sus pacientes.

²⁹ Basado en NHS (2016c) y Department of Health (2012).

Los criterios de selección para calificar al beneficio estatal son ser mayor de 18 años y ser evaluado con una “necesidad primaria de salud”. Las evaluaciones para calificar a los distintos esquemas comienzan con un diagnóstico inicial, realizado a través de un cuestionario estandarizado (*checklist tool*), aplicado por un médico, enfermero u otro profesional médico calificado; luego de este chequeo inicial, son las comisiones clínicas (CCGs) locales, las que realizan una evaluación más detallada para determinar quienes pueden o no recibir el beneficio. Quienes acceden al beneficio, deben discutir con el CCG sobre cómo sus necesidades serán manejadas, dónde se llevará a cabo el servicio (casa o institución) y quién será el proveedor.

Además, el país entrega un subsidio por discapacidad (*Disability Living Allowance, DLA*) para menores de 65 años, determinado por el nivel de necesidad de cada persona (y que requiera al menos 3 meses de cuidados). En el caso de los mayores de 65 años, un beneficio distinto (*Attendance Allowance*) es entregado; los beneficios también dependen del nivel de necesidad de cada persona, sujeto a que ésta requiera cuidados por al menos 6 meses (Colombo et al., 2011).

Tabla 11: Sistemas de cuidados de largo plazo, países seleccionados

País	Marco legal/guía	Financiamiento	Elegibilidad/evaluación de necesidades	Modalidad	Beneficios para cuidadores ^a
Australia	National Disability Agreement (2009)	Impuestos	Aged Care Funding Instrument (ACFI)	* Hogar (cuidado comunitario) * Institución	* Pago * Licencia pagada * Educación/entrenamiento * Relevos (respite care) * Consejería
Alemania	Long Term-Care Act (1998) Pflegestärkungsgesetze, PSG (2015)	Contribuciones (seguro)	Pflegegrade (5 niveles)	* Hogar (cuidado comunitario) * Institución	* Pago por persona cuidada * Crédito tributario * Licencia no pagada * Flexibilidad laboral * Relevos (respite care)
Holanda	Long-Term Care Act (Wet Langdurige Zorg, WLZ) (2015)	Contribuciones (seguro)	Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)	* Hogar (cuidado comunitario) * Institución	* Pago * Pago por persona cuidada * Licencia pagada y no pagada * Flexibilidad laboral * Educación/entrenamiento * Relevos (respite care) * Consejería
Corea del Sur	Long Term Care Insurance Act (2008)	Contribuciones (seguro)	Cuestionario de evaluación de necesidades (52 ítems/ 5 dimensiones)	* Hogar (cuidado comunitario) * Institución	* Educación/entrenamiento
Reino Unido	National Service Framework for Long Term Conditions (2005)	Impuestos	Checklist tool + CCGs	* Hogar (cuidado comunitario) * Institución	* Pago * Pago por persona cuidada * Licencia no pagada * Educación/entrenamiento * Relevos (respite care) * Consejería

Fuente: Elaboración propia

^a Basado en Colombo et al. (2011).

5.2 Licencias Médicas

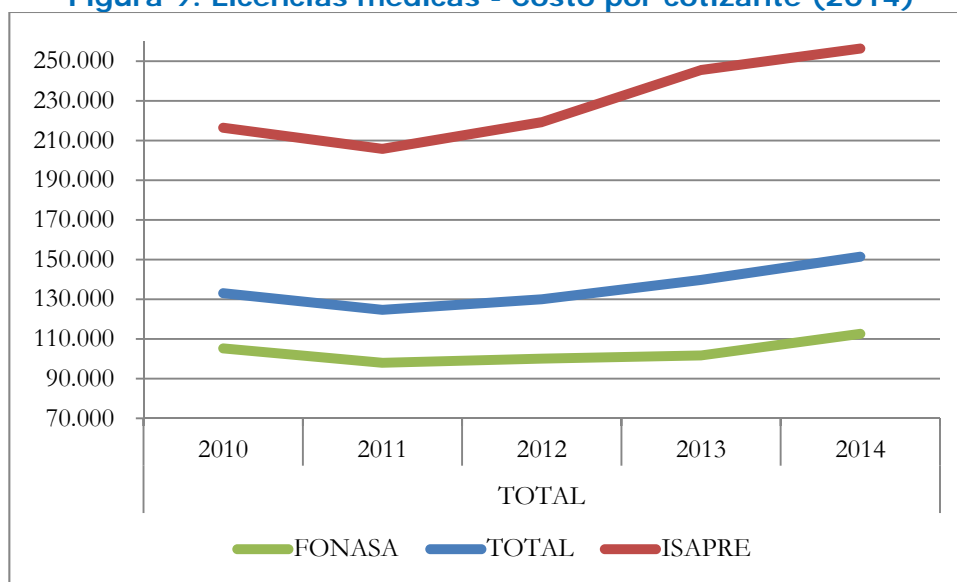
El informe de la Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema Privado de Salud (Cid et al., 2014) contiene una serie de análisis y propuestas para el seguro, pero también presenta alternativas para reformar el Subsidio de Incapacidad Laboral (SIL), con el fin de "... terminar con los problemas para los trabajadores para obtener licencias médicas y su subsidio" (pp. xiii). Entre los problemas detectados se encuentran: falta de continuidad en los ingresos debido a la falta de oportunidad en el pago de licencias médicas, la desconfianza en el sistema (privado) al ser las ISAPRES quienes pagan y autorizan las licencias (situación que no ocurre en el caso público, donde la autorización y cálculo del subsidio es realizado

por la COMPIN, y el pago está a cargo la Subsecretaría de Salud Pública³⁰ o las cajas de compensación, según corresponda, siendo FONASA el financiador en ambos casos), y un creciente gasto del sistema que es financiado a partir de las cotizaciones para salud.

La principal propuesta en esta línea consiste en la creación de un Fondo Común de Incapacidad Laboral, separado del financiamiento del Plan de Seguridad Social en Salud destinado al financiamiento de prestaciones de salud, en donde se agruparían el financiamiento para licencias médicas proveniente de usuarios de FONASA e ISAPRE, más las licencias por accidentes y enfermedades profesionales, con un financiamiento tripartito (Estado, empleadores y trabajadores).

En general, se observa que el gasto en SIL ha ido aumentando, explicado principalmente por el aumento en las remuneraciones (que incrementan el costo por día pagado) y el aumento de cotizantes.

Figura 9: Licencias médicas - Costo por cotizante (2014)



Fuente: Elaboración propia en base a FONASA, Superintendencia de Salud & SUSESO (2015).
Nota: Cifras en pesos 2014.

De acuerdo a cifras de la Superintendencia de Salud (Superintendencia de Salud, 2016b), para el periodo enero-marzo de 2016, un monto equivalente al 23,9% de las cotizaciones legales recaudadas (7%) fue gastado en el SIL, lo que implica que 1,7 puntos porcentuales del 7% de las cotizaciones de salud van a pagar licencias médicas, o alternativamente, que la cotización efectiva para financiar salud fue de 5,3%³¹. Por su parte, los aportes de cotizaciones adicionales que realizan los afiliados representan un 36% de la cotización legal, lo que significa un aporte extra de 2,5% por sobre el 7% obligatorio; esto implica que, en la práctica, buena parte de estos aportes extra se dedican a “cubrir” la brecha de recursos que deja el pago de licencias médicas.

³⁰ Mediante convenio con el Banco del Estado.

³¹ La cifra para el mismo periodo en 2015 alcanzó al 22,2%, lo que representa el 1,6 puntos porcentuales del 7% de cotizaciones.

En el caso del sistema público, los datos de licencias médicas muestran que estas son ligeramente superiores, en términos de días pagados, que las registradas en el sistema privado: 7,9 días versus 7,7 para 2014. Dado que tanto el gasto en licencias como la cotización total están directamente relacionadas a la remuneración, el porcentaje de cotizaciones obligatorias de salud que se destina a licencias médicas en el sistema público también debiera ser similar al del sistema privado. Usando los datos de FONASA, Superintendencia de Salud & SUSESO (2015) y FONASA (2016), es posible hacer un cálculo similar al realizado para el sistema privado³². En este caso, el gasto en licencias médicas en 2014 representaría un 28,2% del total de recaudación vía cotizaciones, es decir 2 puntos porcentuales del 7%.

■ *Australia*³³

Las licencias médicas en Australia permiten a los empleados tomarse un tiempo sin trabajar en caso de enfermedad, cuidados de un familiar/ miembro del hogar o emergencias familiares (*sick and carer's leave*). El beneficio, uno de los 10 derechos labores reconocido por los Estándares Nacionales de Empleo, está a cargo de la institución que vela por los derechos laborales en el país (*Fair Work Ombudsman*) e incluye:

- i. Ausencia pagada: disponible para cuando el empleado no puede trabajar por estar enfermo o lesionado, para cuidar a un familiar enfermo o para atender una emergencia familiar.
Los días de licencia se acumulan con las horas trabajadas, excepto cuando el trabajador se encuentra con licencia sin goce de sueldo (maternal, ausencia anual o médica). Los empleados a tiempo completo acumulan 10 días al año, mientras que los trabajadores con jornada parcial acumulan el proporcional a sus horas trabajadas.
No existe un límite mínimo o máximo de días que un empleado se puede tomar cada vez que hace uso de sus días acumulados. En caso de periodos largos de enfermedad, si el empleado ya no cuenta con más días pagados, puede tomar licencia por enfermedad sin goce de sueldo. En estas circunstancias, los trabajadores no pueden ser despedidos si han estado fuera por menos de tres meses y pueden acreditar su enfermedad.
Los pagos por licencia médica son realizados por el empleador en base a su salario normal durante el periodo trabajado.
- ii. Ausencia no pagada: puede usarse en las mismas circunstancias que el beneficio anterior, siempre y cuando el empleado no tenga días de licencia pagada acumulados.

³² En este caso, los datos usados para el cálculo del gasto SIL fueron el costo por cotizante y número de cotizantes (a partir de los datos de FONASA, Superintendencia de Salud & SUSESO, 2015) y los ingresos por imposiciones previsionales (a partir de los datos de FONASA, 2016).

³³ Basado en Fair Work Ombudsman (2016) y Australian Government (2016).

■ Alemania³⁴

Las ausencias por razones médicas en Alemania están reguladas por el *Act on Payment of Wages and Salaries on Public Holidays and in Case of Sickness*, que estipula que un empleado tiene derecho al 100% de su salario en caso de ausencia por enfermedad, por un periodo de hasta 6 semanas. Este periodo es pagado por el empleador.

Si la ausencia se extiende por más de 6 semanas, el empleado tiene derecho a recibir una parte de su salario (normalmente 70% y no mayor al 90% del salario neto), el cuál es pagado por el seguro de salud (*Krankengeld*). El trabajador tiene derecho a recibir este pago por 78 semanas en un periodo de hasta 3 años. El beneficio también permite a los padres ausencias en caso de enfermedad de los hijos.

■ Corea

La legislación laboral del país no considera ausencias por enfermedad (ILO, 1997; MOEL, 2015), aun cuando sí incluye ausencias por maternidad (entre 90 y 120 días) y hasta 3 meses de permiso no pagado para cuidar un familiar enfermo (OECD, 2016b).

■ Holanda³⁵

La legislación holandesa (*Work and Income (Capacity for Work) Act, Wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen, WIA*) contempla ausencias por enfermedad de hasta dos años, en los que el trabajador puede continuar recibiendo entre 70 y 100% de su sueldo (no menos que el salario mínimo), dependiendo de su contrato o acuerdo colectivo. También dependiendo de su contrato, los primeros días de licencia pueden ser sin pago (dos días como máximo). El salario durante los días de ausencia es pagado por el empleador, mientras que empleador y empleado son responsables del proceso de reintegración de éste último a su trabajo.

Adicionalmente, se estipulan ausencias de corto plazo (la mitad de las horas trabajadas en una semana) y largo plazo (la mitad de las horas trabajadas en 12 semanas) para cuidar familiares enfermos.

En el caso de las personas sin empleador, estos pueden acceder, bajo ciertas condiciones, a un beneficio en el que el gobierno les paga al menos 70% de su salario diario (salario promedio durante el año previo a enfermarse) a través del Acta de Beneficios por Enfermedad (*Ziektewet, ZW*), a cargo de la Agencia de Seguridad Social (*Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekeringen, UWV*), con un máximo de 197 euros brutos (datos 2014).

■ Reino Unido³⁶

³⁴ Basado en ILO (2001) y European Commission (2016).

³⁵ Basado en MSAE (2011a, 2011b, 2011c, 2011d, 2011e, 2014).

³⁶ Basado en UK Government (2016).

En el caso inglés, los empleados reciben un pago de 88.45 libras (mínimo) por semana de acuerdo al Pago Obligatorio por Enfermedad (*Statutory Sick Pay, SSP*), pagado por el empleador por hasta 28 semanas. El pago puede ser mayor, dependiendo del contrato de trabajo. El SSP es válido para empleados que se ausentan por 4 días seguidos o más, lo que significa que los primeros 3 días de ausencia no son pagados.

Para acceder al beneficio, los trabajadores deben entregar a su empleador una nota (*sick note*), firmada por un doctor, que certifique la enfermedad si han estado enfermos por más de 7 días, dentro del plazo fijado por la empresa. Si la enfermedad se extiende por más de 4 semanas, es considerada como de largo plazo.

En el caso que la enfermedad se extiende más allá del periodo máximo o de no ser elegible para el SSP, los trabajadores pueden postular a otro beneficio –Subsidio de Empleo y Apoyo (*Employment and Support Allowance, ESA*)- que ofrece apoyo financiero y ayuda personalizada.

Tabla 12: Sistemas de licencias por enfermedad, países seleccionados

País	Marco Legal	Número máximo de días de licencia	Salario pagado	Salario pagado por	Causales
Australia	Fair Work Act 2009	Sin límite*. Hasta 3 meses de ausencia total en 12 meses	100%	Empleador	Enfermedad, cuidado de familiares o emergencias familiares
Alemania	Act on Payment of Wages and Salaries on Public Holidays and in Case of Sickness	6 semanas	100%	Empleador	Enfermedad
		Entre 6 y 78 semanas	70%	Seguro de salud	
Corea del Sur	Labor Standards Act	0	0%	N/A	N/A
Holanda	Labour Capacity Act (WIA)	104 semanas (2 años)	70-100%	Empleador	Enfermedad
	Sickness Benefit Scheme (UWV)		70%-100%	Gobierno	
Reino Unido	Statutory Sick Pay (SSP)	28 semanas	Desde 88.45 libras/ semana	Empleador	Enfermedad
	Employment and Support Allowance (ESA)	13 semanas	57.90-109.30 libras/ semana	Gobierno	

Fuente: Elaboración propia.

* Días se acumulan de acuerdo a horas trabajadas.

6. Conclusiones

6.1 Lecciones Generales

El análisis de los países seleccionados sirve para entender el alcance, uso e importancia de los seguros de salud y la forma en las que éstos pueden ser diseñados. También muestra la existencia de una amplia gama de alternativas de aseguramiento y mecanismos de financiamiento, así como ejemplos de procesos concretos de reforma en los últimos años.

Una primera lección que se desprende a partir de la información presentada es que no existe un único sistema de financiamiento y aseguramiento de salud que sea sistemáticamente mejor que el resto (Kutzin, 2008; Gottret et al., 2008; Kwon, 2009a; Kutzin et al., 2016). Los ejemplos presentados muestran países con sólidos sistemas de salud, ubicados entre los de mejor desempeño a nivel mundial, que presentan características diametralmente opuestas: sistemas puramente públicos y otros con un preponderante rol de los privados; multi-seguros, seguros únicos y sistemas sin una institución tradicional de seguro; distintas tasas de contribución y aportes de los actores al sistema, incluyendo sistemas financiados por impuestos generales, sin aporte contributivo, etc. A su vez, no existe un sistema que resuelva de manera integral y eficaz todos los problemas de salud en la población: a pesar de su buen desempeño, todos los países identifican espacios de mejora y se encuentran en un constante proceso de cambio.

Lo anterior, sin embargo, no significa que el diseño del sistema de financiamiento sea irrelevante, tal como muestran diversos estudios (Boxall, 2010; Schoen et al., 2010; Joumard et al., 2010), y los propios ejemplos expuestos en el documento: las decisiones respecto de la forma de financiamiento del sistema de salud sí tienen consecuencias en su desempeño. Por otro lado, el diseño de los seguros y el sistema de financiamiento de salud no sólo influye en sus resultados, también es importante ya que es un reflejo de los principios que guían al sistema de salud y cómo ésta es entendida en cada país.

Segundo, si bien la discusión está llena de elementos teóricos y técnicos, muchas de las decisiones requieren y se deben basar en componentes ideológicos y valóricos. Los ejemplos propuestos en el documento muestran cómo una decisión valórica (respecto de los principios o fundamentos del sistema) puede ser abordada, técnicamente, desde distintas perspectivas. Tal como muestra la Figura 6, países que han optado por otorgar cobertura universal de salud lo han logrado bajo diferentes esquemas; de igual modo, ciertos principios del sistema han sido relevados usando mecanismos que podrían parecer, a simple vista, como opuestos (seguros privados, públicos y mixtos; aseguradores únicos y múltiples, o simplemente la inexistencia de un seguro tradicional).

Finalmente, es importante destacar que las reformas presentadas han sido implementadas luego de largos periodos de discusión, que incluyen, en la mayoría de los casos, intentos previos fallidos de reforma, y un largo proceso de búsqueda de consensos y definiciones. Es necesario tomar conciencia de este hecho y que, mayores cambios también requieren más tiempo. Lo anterior resalta la importancia de cambiar el foco de la discusión desde tener una reforma a la brevedad hacia iniciar una discusión

a la brevedad: hay que poner urgencia a iniciar la discusión y disminuir la ansiedad de realizar cambios rápidos.

6.2 Elementos a Considerar en el Caso Chileno

Tomando en cuenta los aspectos discutidos a lo largo del documento, un primer conjunto de lecciones puede ser extraído para el caso chileno. En primer lugar, queda patente la necesidad de preguntarse cuál es el problema que una eventual reforma busca solucionar. Inevitablemente, para contestar esta pregunta se requiere que el país decida cuáles son los principios sobre los que desea basar su sistema, para luego buscar los mecanismos para implementarlo. Cualquier modelo de reforma o implementación de programas o políticas se inicia con un diagnóstico y la definición del problema a abordar (Roberts et al., 2008; Bardach 2012; Taylor et al., 2014). En el caso de la reforma de salud del sistema chileno, es necesario ahondar en estas discusiones. De acuerdo al informe de la Comisión Asesora Presidencial (Cid et al., 2014), la principal justificación de la reforma es la necesidad de avanzar hacia un sistema más solidario y cercano a los principios de la seguridad social. Para operacionalizar la posible reforma se requiere definir claramente los principios guía del sistema (solidaridad/ equidad, eficiencia/ calidad, sustentabilidad, libertad de elección) y la relevancia de cada uno en el futuro sistema de salud.

Una vez definido el problema y los principios del sistema (hacia dónde queremos ir), es posible avanzar hacia una etapa de diseño del sistema, en donde se definan los mecanismos para operacionalizar estos principios (cómo hacerlo). La mayor parte de la discusión sobre una posible reforma ha sido llevada a cabo en este ámbito. Si bien esta es una etapa necesaria, es necesario también, ya precisados los principios y mecanismos del sistema, tomar en cuenta la manera en la que la reforma será implementada, en particular cómo realizar la transición desde un esquema a otro considerando tanto los requerimientos del nuevo sistema, como las condiciones del país. Los ejemplos presentados, así como otros ejemplos de reforma a lo largo del mundo muestran la importancia de un proceso bien planificado, así como la necesidad de considerar múltiples elementos que pueden influir en el proceso y el diseño final de la reforma (González-Rossetti & Bossert, 2000; Hsiao, 2007; Roberts et al., 2008, Atun et al., 2015; Fox & Reich, 2013, 2015).

Como conclusión final, es posible esbozar algunas alternativas que podrían ser interesantes ante una eventual reforma en el futuro. Insistiendo en el hecho que no existe un modelo ideal, sí existen elementos que han sido identificados como importantes a considerar al momento de diseñar un sistema de financiamiento de salud, particularmente en países que buscan alcanzar o mantener una cobertura de salud universal, como Chile (Kutzin et al., 2016):

- i. Sistema basado predominantemente en contribuciones obligatorias y/o aportes de impuestos generales; ningún país ha alcanzado cobertura universal en salud en base a contribuciones voluntarias
- ii. Fuerte compromiso político con la cobertura universal, reflejada en una priorización de la salud en el presupuesto nacional

- iii. Creciente tendencia hacia la diversificación de las fuentes de recursos; en muchos casos, cobertura universal requiere desligar el derecho a salud de la situación laboral (contribuciones basadas en salarios, implica cobertura sólo para trabajadores formales dependientes)
- iv. Eliminar la segmentación, maximizando la mancomunación de los fondos
- v. Poner atención a como se usan los recursos recolectados (mecanismos de pago a proveedores)
- vi. Alineamiento entre el sistema de financiamiento y el resto del sistema de salud, en lugar de simplemente promover la búsqueda de “pastillas mágicas”. Enfocarse en un único instrumento (seguros sociales de salud, GRDs, competencia entre proveedores, etc.) como solución a los problemas del sistema de salud puede ser más dañino que beneficioso.

En base a la información presentada, se propone considerar las siguientes áreas para una futura reforma:

a. Recolección

Tal como lo estipulan Kutzin et al. (2016), un punto de partida para mejorar el desempeño de un sistema de salud bajo un supuesto de cobertura universal es avanzar hacia una contribución obligatoria. En la actualidad, la cobertura de salud en Chile es de 98% (Aguilera et al., 2014; OECD 2016a), y la legislación contempla que a partir del año 2018 los trabajadores independientes que emiten boletas de honorarios también coticen de manera obligatoria (Subsecretaría de Previsión Social, 2016). Esto representa un importante paso para alcanzar la cobertura universal y ampliar la base de contribuyentes, desligando la cotización de la condición de empleado. Una discusión en esta línea es la que realizan los alemanes, que buscan mecanismos para ampliar la base contributiva y desligar la contribución del salario: hoy en día sus contribuciones están basadas exclusivamente en los ingresos provenientes del empleo, las pensiones y los beneficios de desempleo, pero no consideran ahorros, ganancias de capital u otras formas de ingresos no laborales. En el caso chileno, si bien los impuestos se calculan en base a la renta imponible (que incluye tanto remuneraciones como rentas de capital, y otras rentas), la cotización obligatoria de salud, tal como en el caso alemán, se calcula en base a la remuneración imponible (rentas del trabajo), lo que podría generar problemas similares a los detectados en el país europeo. Es necesario, entonces, pensar en estrategias para asegurar un nivel de contribuciones que permita entender la salud como un derecho y un deber de todos, independiente de la situación contractual (empleado o no empleado) y el origen de los ingresos (salariales o no salariales). Una posición extrema es la adoptada por el sistema holandés, en donde la contribución a la salud es un deber y un derecho de todos los ciudadanos, independiente de su edad, ingreso y condición laboral: la obligatoriedad de contribuir, así como el acceso a salud se adquieren por el mero hecho de ser ciudadano/ residente y son operacionalizados mediante el pago de una contribución fija independiente del ingreso y un paquete de beneficios uniforme. Si bien un sistema como el holandés parece impracticable en Chile -con un menor nivel de ingreso y una desigualdad mucho mayor (ver Tabla 2)- es relevante reflexionar sobre su espíritu, y respecto de cómo avanzar hacia una definición más clara de qué entendemos por “cobertura de salud”, así como transparentar su

mecanismo de financiamiento; en un país en donde se declara que todos los ciudadanos tienen asegurada su atención de salud, es necesario entender qué es lo que estamos asegurando (cuál es el derecho que ofrece el sistema) y cómo se relaciona esto con la contribución al sistema (deberes). La existencia de un piso de cobertura (aranceles FONASA) y de las Garantías Explícitas en Salud (GES) son un avance en esta dirección, pero una mayor claridad y transparencia tanto en los deberes como derechos del sistema de salud son necesarias.

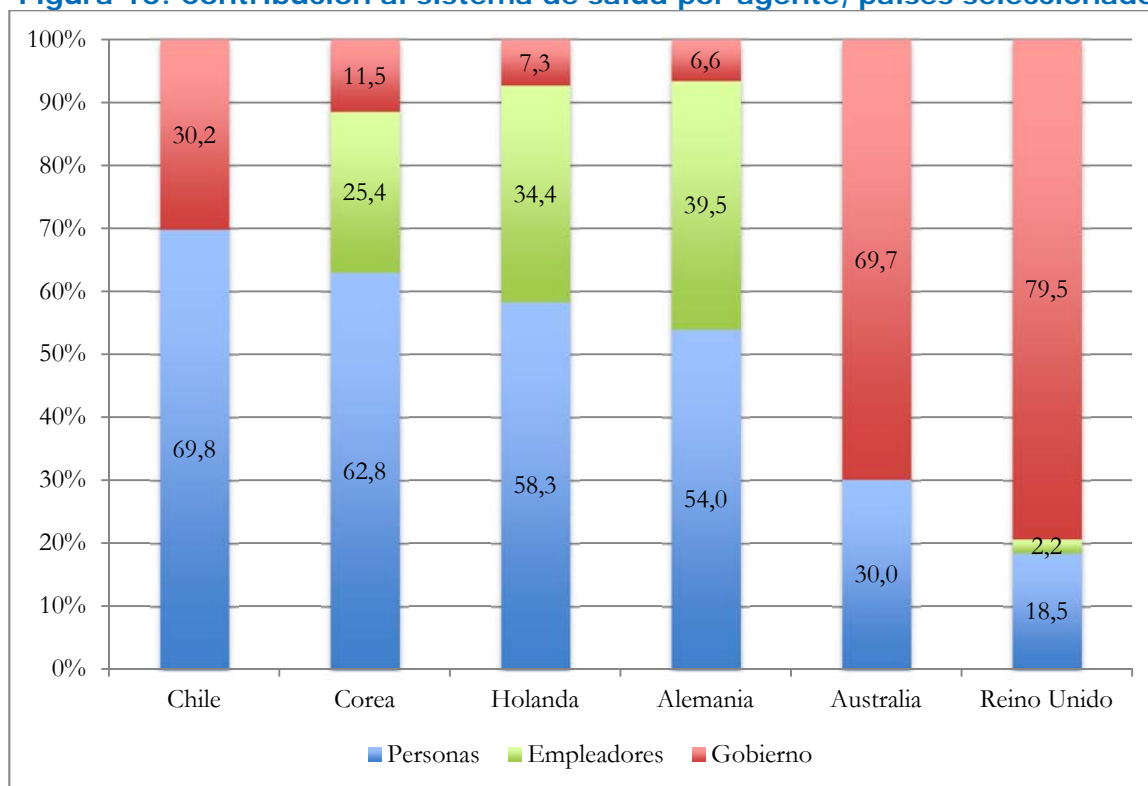
En términos de compromiso político, se observa que, comparado con el resto de los países analizados, Chile tiene un bajo gasto per cápita en salud, al igual que una baja participación pública en el gasto total. Dentro del grupo de países analizados se pueden distinguir dos grupos (Tabla 4, Figura 10): un primer grupo (Alemania, Holanda) con sistemas bismarckianos, con altas tasas de contribución, que representan un alto porcentaje del gasto en salud, y un bajo aporte del gobierno al sistema de salud, y un grupo con sistemas beveridgeanos (Australia y Reino Unido), con bajas tasas de contribución y una alta participación del gobierno en el gasto público. En ambos grupos, el "gasto público" es alto, ya que incluye tanto aportes del gobierno como cotizaciones obligatorias. Chile y Corea del Sur parecen estar a medio camino de ambos sistemas: contribuciones obligatorias bajas comparadas con los sistemas bismarckianos (cercas al 7% versus el 15% de contribución en Alemania) y gastos de gobierno bajos en comparación a los sistemas beveridgeanos (30% en Chile y 11% en Corea del Sur, versus cerca de 70% en Australia y cerca de 80% en Reino Unido). Como resultado, ambos son los países con mayor gasto de bolsillo de la muestra (mayor a 30%).

Existe un espacio entonces, para aumentar las contribuciones y/o el gasto público, con el fin de reducir la importancia del gasto de bolsillo en el financiamiento de salud y avanzar hacia un esquema con mayores gastos pre-pagados (a través del seguro de salud o a través de impuestos generales). Sin embargo, ambas propuestas son difíciles de implementar sin una clara justificación del por qué se requieren más fondos y cómo serán usados; dada la estructura actual del sistema de financiamiento de salud en Chile (esquemas independientes y que incluyen financiamiento de licencias médicas), un aumento de las contribuciones, aun cuando ayudaría a reducir el riesgo financiero enfrentado por las familias chilenas, es poco justificable en términos de eficiencia y solidaridad. Tal como fue planteado anteriormente, es difícil justificar un aumento de contribuciones en el sistema si el beneficio ofrecido no es claro: una mayor transparencia y un conjunto de beneficios claramente definidos permitirían entender y justificar la necesidad de más ingresos en el sistema.

Relacionado a lo anterior es importante notar la presencia de tres actores en el sistema: Estado, trabajadores y empleadores. Tal como se observa en la Figura 10, en países con altas tasas de contribución y una importante participación de las contribuciones en el financiamiento del sistema, como Alemania y Holanda, la carga contributiva, si bien alta, es repartida entre trabajadores y empleadores. En el caso alemán, a pesar que la tasa de contribución es más del doble que en Chile, el aporte de los trabajadores es muy similar (7,3%): el resto es aportado por los empleadores. En el caso holandés, el sistema es financiado a través de una combinación de cargos fijos (pagado por cada persona) y una contribución dependiente del ingreso (6,9% del salario), pagada por el empleador. Sumado a esto, es necesario considerar que en la mayoría de los países, las

licencias médicas, que en Chile son financiadas a través de las cotizaciones obligatorias de salud, son financiadas por los empleadores. Incluso en países con una tasa de contribución similar a la existente en Chile, como Corea del Sur, la contribución es pagada en partes iguales por empleado y empleador. Lo anterior deja en evidencia la baja participación de los empleadores en el financiamiento de la salud del país: por una parte, tienen una escaso aporte a las contribuciones y, por otra “usan” parte de los fondos destinados a salud para el pago de licencias (que en otros países son entendidas como un derecho laboral y financiadas exclusivamente por el empleador).

Figura 10: Contribución al sistema de salud por agente, países seleccionados



Fuente: Elaboración propia.

Nota: Los datos fueron calculados usando la información de la Tabla 4 y representan una estimación gruesa de la distribución de los aportes de cada agente. La participación del gobierno está claramente identificada en todos los casos; la participación de las personas incluye el porcentaje aportado a los seguros obligatorios, gasto de bolsillo, seguros privados voluntarios y otros; el aporte de empleadores corresponde a su porcentaje dentro de las contribuciones obligatorias más aportes directos de empresas. Para Chile, la contribución obligatoria (7% al seguro privado y público) es aporte exclusivo de las personas; en Corea del Sur y Alemania, las contribuciones obligatorias fueron repartidas en partes iguales entre individuos y empleadores. El caso holandés es el que presenta mayores problemas, ya que las contribuciones obligatorias incluyen una prima fija, más contribuciones que dependen del salario; para el cálculo se asumió que el porcentaje de las contribuciones obligatorias aportadas por los individuos era 58% (9,65% del salario aportado a cuidados de largo plazo versus 6,9% del salario que es pagado por el empleador para el seguro de salud), ignorando la prima nominal fija, por lo que las cifras subestiman la contribución de los individuos al sistema.

La propuesta de la Comisión en esta línea apunta a la creación de un Plan de Seguridad Social único y universal, que establece la cobertura de salud ofrecida por el país a todos sus residentes, independiente del mecanismo de recaudación de las contribuciones. Respecto del tema de licencias médicas, la propuesta de la Comisión apunta a la

creación de un fondo especial (Fondo SIL), que formaría parte del Fondo Mancomunado Universal, financiado con una parte de las contribuciones obligatorias. Esta propuesta representa un avance respecto de la situación actual, en el sentido que permite transparentar el hecho que parte de las contribuciones destinadas a salud son usadas con otros fines, aunque mantiene el actual esquema y algunos de sus problemas. La propuesta busca “ordenar las cuentas”: transparenta el hecho que los recursos destinados a salud son menos que el 7% de la remuneración que va a contribuciones, pero no se cuestiona si esta cotización es suficiente, por ejemplo, para financiar el plan de salud universal propuesto.

b. Mancomunación

Como muestran las experiencias de los cinco países seleccionados, todos han tendido a incrementar la mancomunación al interior de sus sistemas de salud. De hecho, a excepción de Alemania, todos los países cuentan con un seguro obligatorio universal, que recauda contribuciones y protege a toda la población. Alemania, a pesar de presentar un sistema fragmentado, ha dado importantes pasos en esta dirección, al decretar la obligatoriedad del seguro de salud para todos los residentes y la creación de un fondo de salud central (en el seguro obligatorio) que junta los recursos de todos los contribuyentes, en lugar de tener múltiples fondos y grupos de asegurados.

Como se muestra en la Figura 6, Chile también tiene un sistema segmentado que no permite incrementar el nivel de mancomunación. Por una parte, la población está separada entre los beneficiarios del seguro público y el privado (Figuras 7 y 8), lo que impide la existencia de un *pool* nacional de asegurados; la mancomunación es aun menor al interior del sistema privado, donde el subgrupo de asegurados está separado de acuerdo a cada ISAPRE.

Kutzin et al. (2016) identifican la mancomunación y la eliminación de la fragmentación de los sistemas como clave para mejorar el desempeño del sistema de financiamiento, independiente del nivel de contribuciones. Tal como lo revelan las experiencias presentadas, los países seleccionados muestran que la búsqueda de sistemas más integrados no es sólo independiente del nivel de contribuciones, sino además sus principios rectores: la mancomunación de fondos y riesgos es señalada como un componente crucial de los sistemas y como un elemento que permite aumentar su solidaridad, eficiencia y sustentabilidad.

En todos los ejemplos, el principio de solidaridad y equidad se basa en el hecho que todos contribuyen al sistema y que los beneficios son asignados independientes de la contribución. La solidaridad y equidad se ejercen a través de un mecanismo que recibe aportes de personas con distintos ingresos y entrega beneficios a personas con distintas necesidades, generando subsidios cruzados entre personas de distintos ingresos, condiciones laborales, sexo, edad, nivel de salud, etc.

Por otro lado, la relación entre eficiencia, calidad y mancomunación es resaltada también en todos los países, aunque entendida de distinta manera. En países como Alemania y Holanda, donde el sistema está basado en la competencia entre aseguradores privados, la existencia de un *pool* nacional garantiza mejores condiciones de competencia mediante la creación de un mercado más grande y heterogéneo. En

países con un sistema de asegurador único, como Australia y Corea del Sur, la mancomunación permite centralizar su administración, reduciendo costos y garantizando un determinado nivel de calidad.

En términos de sustentabilidad, las reformas de Corea del Sur y Alemania han apuntado directamente a la mancomunación como respuesta a la inestabilidad financiera del sistema; un fondo único permite manejar de mejor manera los riesgos y evitar que las aseguradoras terminen con un grupo muy acotado de beneficiarios y con un *mix* desfavorable de ingresos (contribuciones) y gastos.

Finalmente, la libertad de elección, si bien no es incentivada a través de la mancomunación, tampoco es amenazada por ésta. Aunque a primera vista ambos conceptos podrían parecer antagonistas, los países han implementado diversas fórmulas para incrementar mancomunación, respetando la libertad de elección. En primer lugar, países con fondos únicos obligatorios proponen la libertad de elección en el terreno de los proveedores: si bien los beneficiarios no pueden elegir su seguro, sí pueden elegir dónde y cuándo atenderse. En el caso australiano, donde el seguro obligatorio restringe la libertad de elección, se ha incentivado el mecanismo de seguros privados complementarios, que permite mantener un *pool* nacional de beneficiarios en *Medicare*, ofreciendo libertad de elección a los pacientes privados. En países que basan sus sistemas en la competencia (Alemania y Holanda), la mancomunación se ha implementado a través del establecimiento de fondos centrales de salud y paquetes de beneficios independientes de las contribuciones, que permiten juntar los beneficios y repartir los riesgos, haciendo que las aseguradoras compitan en otros ámbitos. La clave en estos casos ha sido la creación de fondos de compensación de riesgo, que hacen que las aseguradoras sean indiferentes respecto a quién están asegurando, evitando la selección basada en ingresos y/o riesgos.

En esta línea apunta la propuesta de crear un fondo mancomunado de salud entre FONASA e ISAPRE planteado por la Comisión Asesora Presidencial, que permita romper la segmentación del sistema y aumentar la solidaridad, instaurando un “sistema de salud chileno”, en lugar de dos sistemas que, en la práctica, funcionan de manera independiente. La propuesta aun considera la existencia de ambos sistemas de financiamiento, sin embargo, es necesario reflexionar sobre el rol que debieran cumplir los aseguradores privados en un sistema con un fondo único de contribuciones y un paquete de beneficios único, en donde FONASA e ISAPRE conviven:

- ¿Es la opción generar un mercado de múltiples aseguradores que incluya a FONASA e ISAPRE para competir? ¿Competir sobre qué dimensiones? ¿Cómo pueden competir en igualdad de condiciones? ¿Es suficiente entonces un fondo inter-ISAPRE o debiera incluir este también a FONASA? ¿Múltiples aseguradores exclusivamente privados?
- ¿O se debiera avanzar hacia un seguro obligatorio único con seguros privados complementarios? En este caso, ¿cuál sería el rol de los privados en el sistema?

c. Compra

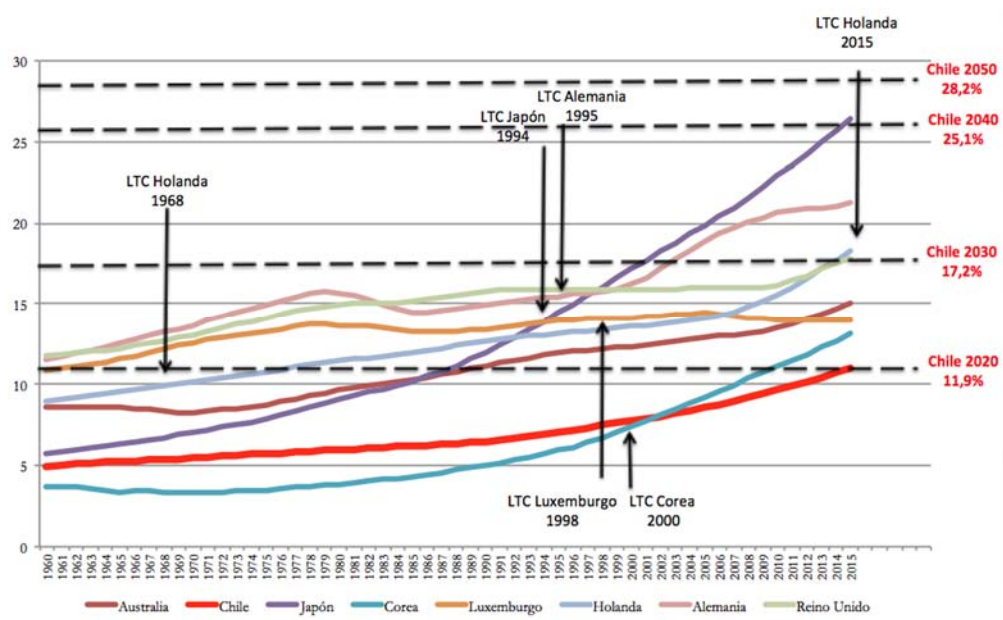
En términos de la función de compra, la experiencia de los países seleccionados muestra la importancia de usar los procesos de compra de servicios de manera estratégica, con

el fin de mejorar la eficiencia y resultados del sistema (OECD, 2016e). Tal como lo señalan Kutzin et al. (2016), el mecanismo de compra y pago de proveedores es el instrumento principal que tiene el sistema de financiamiento de salud para enfrentar sus ineficiencias y lograr sus objetivos.

La primera pregunta que debiera hacer el seguro es *para quién* comprar, esto es, dónde pondrá su foco el seguro. La pregunta parece poco relevante, pero ha probado ser crucial para definir el desempeño de los seguros. Los ejemplos analizados muestran que los distintos países han tomado distintas decisiones para lidiar con la heterogeneidad de su población y los cambios experimentados a lo largo de los años. Por una parte, todos los países, han optado por la definición de paquetes básicos garantizados; en todos los casos (a excepción del alemán), esta definición va muy en línea con la idea de un sistema mancomunado y solidario, donde los beneficios son independientes de las contribuciones. Así mismo, en todos los casos (excepto el coreano), los países han decidido que estos paquetes sean suficientemente generosos como para cubrir la mayor parte de las necesidades de la población, otorgando acceso a servicios y protección financiera a la población. Tal como fue señalado anteriormente, el establecimiento de un paquete básico único garantizado para toda la población tiene diversos beneficios: define claramente la cobertura del sistema (establece una definición operacional), transparenta y simplifica la información, y permite entender el sistema de seguros de salud en el marco de la discusión de la salud como un derecho.

Adicionalmente, países como Alemania, Holanda y Corea del Sur han reconocido la necesidad de dar un tratamiento especial a poblaciones especiales, en particular, aquellos individuos que requieren cuidados de largo plazo; este diagnóstico es importante, ya que permite atender las necesidades de una población bien definida, con requerimientos particulares y que genera un alto impacto financiero en el sistema de salud. Lo anterior no sólo permite manejar de mejor forma el aseguramiento de esta población específica, sino además simplifica y transparenta el paquete de beneficios ofrecido al resto de la población. Países como Japón y Alemania introdujeron sus sistemas de financiamiento de cuidados de largo plazo cuando su población mayor de 65 años estaba cercana al 16% (1994 y 1995, respectivamente) (Creighton Campbell et al, 2010). En 2014, la población sobre 65 años en Chile representa casi al 11% del total de los chilenos, lo que deja un espacio para actuar con tiempo al respecto; si bien en el país la población mayor de 65 años es mucho menor a la de los países de la OECD, Chile envejecerá rápidamente durante los próximos años (Figura 11).

Figura 11: Evolución de la población mayor de 65 años y establecimiento de seguros de cuidado de largo plazo, países seleccionados



Fuente: Elaboración propia en base a INE (2016) y World Bank (2016).

Como indican Colombo et al. (2011), todos los países OECD debieran tener un sistema formal de cuidados de largo plazo, independiente del tipo de esquema escogido: la dependencia en familiares para realizar estas tareas tiene consecuencias en términos económicos, sociales y sanitarios. Se requiere poner atención principalmente al financiamiento del sistema y la organización de una fuerza de trabajo que pueda proveer los servicios requeridos con una calidad adecuada.

Tanto el foco de los cuidados en instituciones de cuidados de largo plazo, como el financiamiento fundamentalmente estatal pueden ser revisados, a fin de evitar tener un sistema que no entregue servicios a quienes lo necesitan, de la calidad requerida o que no sea financieramente sustentable. Junto con el esquema de financiamiento, es necesario realizar una discusión sobre la calidad de servicios provistos y cómo ésta puede ser mejorada y asegurada (OECD/European Commission, 2013). Chile cuenta en la actualidad con recursos, instituciones e incluso un instrumento de evaluación de la funcionalidad en adultos mayores – la Evaluación Funcional del Adulto Mayor (EFAM-Chile), aplicado a través del Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM)- que pueden servir de punto de partida para pensar en una política coordinada, con un objetivo claro y un financiamiento adecuado, considerando la inversión que han hecho otros países en la materia³⁷.

³⁷ En el caso de Chile, estimaciones señalan que el costo de un modelo de atención domiciliaria para adultos mayores dependientes estaría en torno a los 1.600 millones de dólares en el 2020, equivalente al 0,45% del PIB (Mátus-López & Cid, 2014). La cifra es similar a la exhibida por Australia, que inyectó justamente 1,6 billones (1.600 millones) de dólares a su sistema de cuidados de largo plazo en 2015. Sin embargo, tal como señalan los autores, el monto es bajo comparado con otras experiencias internacionales: Alemania destina 5 billones de euros anuales para cuidados de largo plazo y actualmente gasta el 1,5% de su PIB en esta área, Corea del Sur el 1,1%, Reino Unido el 1,8% y Holanda el 3,0% (ver Tabla 9). En la actualidad, el presupuesto de los programas del SENAMA asciende a 19.300 millones de pesos (29,5 millones de dólares), mientras que

Una segunda pregunta que se debe contestar es *qué* comprar. La experiencia de los países seleccionados, así como otros sistemas de salud en el mundo muestra que la búsqueda de las “mejores” intervenciones debiera ser un objetivo del seguro³⁸. Para esto, se requiere información, principalmente relacionada a la evaluación de tecnologías sanitarias o en salud (ETES).

Como muestra la Tabla 13, los países seleccionados han recorrido largos caminos desde la discusión sobre el uso de ETES hasta su institucionalización; en la mayor parte de los casos esta ha sido reciente y los diseños escogidos, variados. En general, los sistemas de ETES comparten la existencia de una institución pública especializada que realiza las evaluaciones (de manera independiente o al interior de otra institución), las que son usadas como evidencia (no vinculante en la mayoría de los casos) en la toma de decisiones respecto de qué y cuánto financia el seguro (paquete de beneficios). En Chile, el camino hacia el uso de evaluación de tecnologías sanitarias comenzó en 1997 con el establecimiento de una unidad al interior del Ministerio de Salud; luego, la necesidad de información para priorizar e incorporar intervenciones a los paquetes GES llevó a dar un paso más, con la elaboración de guías metodológicas para evaluaciones en salud y la creación de la Comisión Nacional de Evaluación en Tecnologías Sanitarias (ETESA) en 2013 (Kunh-Barrientos, 2014; MINSAL, 2015). Es necesario, entonces, continuar con el avance en esta dirección y priorizar el establecimiento de una institución que pueda asegurar la incorporación de las “mejores” tecnologías disponibles como parte del paquete de beneficios financiados por el seguro de salud.

Tabla 13: Sistema de Evaluación de Tecnologías en Salud (ETES), países seleccionados

País	Institución	Responsabilidad	Tipo evaluación	Hitos
Australia	Therapeutic Goods Administration (TGA)	Regulación de mercado y decisión de reembolso		
	Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (PBAC)	ETES de medicamentos y vacunas (financiamiento público)		National Health Technology Advisory Panel (1982)
	Medical Services Advisory Committee (MSAC)	ETES de servicios médicos (financiamiento público)	Evaluación de medicamentos nuevos, en base a costo efectividad y seguridad.	Report of the Review of Health Technology Assessment in Australia (HTA Review) (2010)
	Prostheses List Advisory Committee (PLAC)	ETES de prótesis (financiamiento privado)	Basada en pedido del productor	
	Department of Health and Ageing - HTA Access Point (HTAAP)	ETES complejas (tecnologías co-dependientes o híbridas que requiere evaluación de dos o más programas de financiamiento)		

el presupuesto total de la institución llega a los 30.100 millones de pesos (46 millones de dólares) (DIPRES, 2015).

³⁸ De hecho algunos autores señalan que el uso de evidencia para seleccionar intervenciones debiera ser una obligación, especialmente cuando existen recursos públicos involucrados (Hall, 2015).

Alemania	Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA)	ETES + Decisión de reembolso y precio	Medicamentos nuevos, 3 meses luego de entrar al mercado, método de frontera eficiente	SHI Modernization Act, establecimiento o del IQWiG (2004)
	Institute for Quality and Efficiency in Health Care (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen, IQWiG)	ETES medicamentos, aparatos y procedimientos		
	German Agency for HTA (Deutsche Agentur für Health Technology Assessment, DAHTA@DIMDI)	ETES		
Corea del Sur	Health Insurance Review & Assessment Service (HIRA)	ETES	Evaluación sistemática de todas las nuevas tecnologías en base a seguridad y eficacia	National Health Insurance Law (2000)
	National Health Insurance Corporation (NHIC)	Decisión de reembolso y precio		Healthcare Act (2006)
Holanda	Committee on Pharmaceutical Care (Commissie Pharmaceutische Hulp, CFH)	ETES	Evaluación sistemática de todos los medicamentos nuevos en base a costo efectividad e impacto presupuestario	Limits to the expansion of the benefit package (1985)
	Health Care Insurance Board (College voor Zorgverzekeringen, CVZ)	ETES		Fund for Investigative Medicine (1988)
	Ministry of Health, Welfare and Sport	Decisión de reembolso y precio		
Reino Unido	National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	ETES medicamentos, aparatos, procedimientos y programas de salud pública. Veto al reembolso de ciertas medicinas	Evaluación de medicamentos nuevos, pedido del NHS (necesidad), en base costo efectividad	Creación del National Institute for Clinical Excellence (1999)
	National Coordinating Centre for Health Technology Assessment (NCCHTA)	ETES vacunas, servicios y programas de detección (<i>screening</i>)		Creación del National Institute for Health and Clinical Excellence (2005)
	National Health Service (NHS)	Financia medicamentos y tratamientos recomendados por NICE		Health and Social Care Act 2012

Fuente: Elaboración propia en base a: Velasco Garrido et al. (2008); Epstein (2014); ISPOR (2016); Australia (Department of Health, 2016e; PBAC, 2016); Alemania (Perleth et al., 2009; Fricke & Dauben, Kreis & Busse, 2012; Busse & Blümel, 2014); Corea del Sur (Park & Lee, 2008; Kim, 2009; Oortwijn et al., 2010; HIRA, 2016); Holanda (Banta & Oortwijn, 2009; Schäfer et al., 2010).

En la misma línea, el seguro también debe definir *a quién* comprar, esto es, con qué proveedores operar. Formalmente, la relación con los proveedores se establece a través de mecanismos estratégicos de compra, pero la eficacia de los seguros en el cumplimiento de los objetivos del sistema de salud (estado de salud y protección financiera) se ve limitado por las características de los proveedores de salud. Cabe preguntarse entonces, cuán eficiente puede ser una reforma al sistema de financiamiento de salud sin una reforma a la provisión; tal como muestran las experiencias de los países analizados, la integración y alineamiento de los proveedores al sistema de salud –mediante incentivos y regulación– es clave para explicar sus

resultados (Hall et al., 1999; Kwon, 2003; Segal, 2004; Kwon, 2009a; Mathauer et al., 2009; OECD, 2012, 2015a, 2015b, 2016e): el sistema no debe olvidar el objetivo de salud para el que fue creado (WHO, 2000). Es importante mencionar que, si bien la calidad de los servicios de salud es un aspecto que no ha sido explícitamente analizado en el documento y podría considerarse fuera del ámbito de acción de un seguro de salud, sí se relaciona estrechamente con la función de compra de los seguros: el esquema conceptual presentado en la Figura 1 muestra cómo los seguros de salud actúan como intermediarios de los distintos actores del sistema, en particular, vinculando la demanda (individuos) y oferta (proveedores) de servicios de salud; el seguro puede y debe ejercer acciones para incentivar la calidad de los proveedores y asegurar un estándar mínimo de servicio, que le permita cumplir sus objetivos y el de sus beneficiarios.

En este sentido, la creación del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud (Decreto Exento 18 de 2009), así como el registro de prestadores (individuales e institucionales acreditados) ayudan a establecer estándares a nivel nacional, con el fin de asegurar la calidad en los puntos de atención, en línea con lo realizado por otros países en materia de mejora de calidad. Algunos países han avanzado aun más, estableciendo la obligatoriedad de la acreditación, creación de instituciones especializadas y la publicación de estadísticas comparativas para el público general, lo que es de especial importancia en sistemas basados en la libre elección de proveedores como instrumento de aseguramiento de la calidad (Shaw, 2015). Es necesario continuar trabajando en políticas que garanticen la calidad de la atención y asegurar que el sistema de acreditación tenga un impacto sobre los pacientes y su experiencia (Legido-Quigley et al., 2008; Sack et al., 2010).

Tabla 14: Sistemas de aseguramiento de calidad de servicio, seguridad de pacientes y acreditación de proveedores, países seleccionados

Pais	Normativa	Año	Institución	Tipo	Información
Australia	National Safety and Quality Health Service Standards (NSQHS)	2012	Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC)	Acreditación obligatoria de instituciones	MyHospitals (indicadores de desempeño de hospitales) y MyHealthyCommunities (información de atención primaria)
	Health Practitioner Regulation National Law	2010/2012	Australian Health Practitioner Regulation Agency (AHPRA)	Acreditación obligatoria de profesionales	
Alemania	Social Code Book V (SGB V)	1988	Federal Joint Committee (Gemeinsamer Bundesausschuss, G-BA)	Acreditación y revalidación voluntaria	Reporta información de indicadores de todos los hospitales
	Health Care Modernization Act	2004			
	Competition Strengthening Act	2008	Federal Office for Quality Assurance (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung, BQS)	Medición de calidad en hospitales	
	Hospital Care Structure Reform Act	2015			
Holanda	Individual Healthcare Professions Act (Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, BIG)	1993	Health Care Inspectorate (IGZ)	Registro voluntario de profesionales	Publicación de todos los informes del IGZ
	Care Institutions (Quality) Act (Wet Kwaliteit Zorginstelling, WKZ)	1996	Netherlands Institute for Accreditation in Healthcare (NIAZ)	Evaluación obligatoria de instituciones	
Corea del Sur	Framework Act on Medical Services	2000	Korea Institute for Healthcare Accreditation (KOIHA)	Acreditación voluntaria de instituciones y profesionales	Resultados de las evaluaciones de acreditación son publicados
	Revised Medical Law	2010			
Reino Unido	Health and Social Care Act	2012	Healthwatch England	Representar intereses de los pacientes	NHS Choices (información de calidad de servicio) y reportes de CQC
	National Health Service Act	2006	Care Quality Commission (CQC)	Registro obligatorio de instituciones (incluye monitoreo)	
			General Medical Council (GMC)	Registro obligatorio de profesionales	

Fuente: Mossialos et al. (2016); Australia (OECD, 2015b; AHPRA, 2016; ACSQHC, 2016); Alemania (Busse et al., 2009); Holanda (Legido-Quigley et al., 2008; Van Gennip & Sillevs Smith, 2010; IGZ, 2016; BIG-Register, 2016); Corea del Sur (OECD, 2012; Chang & Lee, 2012); Reino Unido (OECD, 2016d; CQC, 2016).

Finalmente, es necesario avanzar una discusión respecto del *cómo* se realiza el proceso de compra, en particular sobre el pago a proveedores. Si bien los ejemplos muestran que no existe un único esquema que asegure la calidad y eficiencia del sistema y que

estos cambios son difíciles de implementar, sí reconocen la importancia del uso de fondos de aseguradores como incentivo para proveedores (públicos y privados) (Kutzin, 2008; Kwon, 2009a), así como el uso de compra de servicios y financiamiento de proveedores para promover integración y coordinación del sistema (Hall, 2015) y aumentar su calidad (OECD, 2012, 2016e). Las experiencias reciente de países de la OECD muestran que si bien la mayor parte de éstos aun usan métodos tradicionales de pago a sus proveedores, varios han experimentado durante los últimos años, con el fin de mejorar la eficiencia y calidad de sus sistemas de salud (OECD, 2016e).

Tabla 15: Métodos tradicionales de pago a proveedores

Método de pago	Definición	Base de cálculo	Pago prospectivo/ retrospectivo	Tipo de proveedor	Incentivos (ventajas)	Incentivos (desventajas)
Presupuesto global (<i>global budget</i>)	Pago fijo a proveedor para cubrir sus costos agregados	Insumo Producto	Prospectivo	Hospital	Simple Control de costos Mejora eficiencia en el mix de insumos (flexibilidad en asignación de recursos)	No vinculado a desempeño Baja competencia entre proveedores Subprovisión de servicios/ sobre-racionalización e incremento de insumos Selección de pacientes Bajo incentivo a inversión Poco transparente
Presupuesto por partida presupuestaria (<i>line-item budget</i>)	Pago fijo a proveedor para cubrir costos específicos	Insumo	Prospectivo	Atención primaria Hospital	Control de costos	Subprovisión de servicios/ sobre-racionalización No permite mejorar mix de insumos (baja flexibilidad en asignación de recursos) Incentivo a gastar todo el presupuesto al fin de cada año e incrementar insumos
Per capita (<i>capitation</i>)	Pago anticipado al proveedor: monto fijo por persona enrolada durante cierto periodo de tiempo	Producto	Prospectivo	Atención primaria	Control de costos: reduce uso de insumos y foco en estrategias menos costosas (promoción y prevención) Fortalecimiento de atención primaria	Selección de pacientes Subprovisión de servicios/ sobre-racionalización Incentivo a incrementar remisión a otros proveedores

					(atracción de pacientes)	Mejora eficiencia en el mix de insumos (flexibilidad en asignación de recursos)
Pago por caso (<i>case-based</i>)	Monto fijo por admisión dependiendo de características del paciente (diagnóstico, uso de recursos)	Producto	Prospectivo	Hospital	Flexibilidad moderada en asignación de recursos Incremento de eficiencia por caso Transparencia Equidad	Incentivo a reducir servicios (insumos, estadía) por caso e incrementar el número de casos Selección de pacientes Foco en actividades más rentables (posible incremento de costos)
Pago por servicio (<i>fee for service</i>)	Pago por servicios individuales provistos	Insumo Producto	Retrospectivo	Atención primaria Hospital	Incremento de productividad y calidad (mayor apego a protocolos) Incremento de competencia Baja selección de pacientes (mejor acceso) Transparente	Pocos incentivos a controlar costos Incrementar servicios y reducir insumos
Por día (<i>per diem</i>)	Pago fijo por día por cada paciente	Producto	Retrospectivo	Hospital	Simple Incentivos a mejorar eficiencia y uso de camas Foco en resultados	Baja capacidad para administrar recursos Pocos incentivos a controlar costos Incremento en el número de días cama (admisiones y estadía) Reducción de insumos por día cama (tratamiento menos efectivo)

Fuente: Elaboración propia en base a OECD (2016e), WHO (2016), Langenbrunner et al (2009), Park et al. (2007) y Maceira (1998).

En Chile –desde la perspectiva del seguro público–, la salud primaria es principalmente financiada a través del mecanismo de pago per cápita, definido en la Ley 19.378

(artículo 49) (per capita basal), con un componente menor de pago por servicio (prestación). Por otro lado, la atención secundaria y terciaria utiliza una mezcla de pago en base a presupuesto histórico y pago por servicio (OECD 2016e; MINSAL, 2016b; IAS, 2013). Por su parte, el seguro privado paga a sus proveedores principalmente de forma retrospectiva, mediante pagos por servicio.

Tabla 16: Mecanismos de pago a proveedores en Chile

Pagador/ Modalidad de pago	Tipo proveedor	Mecanismo de pago	Equivalente en FONASA	Presupuesto 2016
FONASA Modalidad Atención Institucional (MAI)	Atención primaria municipal (proveedores públicos)	Per cápita	Per cápita (Ley 19.378, artículo 49 y Decreto 150)	744. 648. 478
		Pago por servicio	Pago Prospectivo por Prestación (PPP) (programas de reforzamiento de atención primaria) (Ley 19.378, artículo 56 y Decreto 150) y otros	442.802.678
	Atención primaria dependiente de servicios de salud (proveedores públicos)	Pago por servicio	Pago Prospectivo (convenios DFL 36 de 1980)	183.125.846
		Presupuesto global y por partida presupuestari a	Presupuesto histórico + otros aportes fiscales (programas)	
	Atención secundaria y terciaria (proveedores públicos)	Presupuesto global y por partida presupuestari a	Programa de Prestaciones Institucionales (PPI)	1.642.849.34 3
		Pago por servicio	Programa de Prestaciones Valoradas (PPV)	1.324.760.73 8
	Atención secundaria y terciaria (proveedores privados)	Pago por servicio	Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): Pago por Prestación (PPP)	188.461.713
		Pago por caso	Programa de Prestaciones Valoradas (PPV): Bono Auge	3.262.816
FONASA Modalidad Libre Elección (MLE)	Atención secundaria y terciaria (proveedores privados)	Pago por servicio	Bonificaciones de salud: PPP + PAD	554.560.481
ISAPRE	Atención primaria Atención secundaria y terciaria	Pago por servicio	N/A	1.564.943.56 0

Fuente: Elaboración propia en base a DIPRES (2015), MINSAL (2016), BCN (2015) y Superintendencia de Salud (2016b).

Nota: Presupuesto 2016 para ISAPRE corresponde al acumulado enero-diciembre de gasto en prestaciones de salud del año 2015.

Al respecto, Chile ha intentado avanzar hacia mecanismos de pago que vinculen de mejor manera la transeferencia de recursos a proveedores con los servicios comprados, principalmente en la definición del mix entre presupuesto a través de PPI y PPV en atención secundaria y terciaria. Si bien el presupuesto PPV aumentó entre 2012 y 2014 (llegando a casi el 60% de los recursos), el gasto efectivo se ha mantenido en torno al 50% (DIPRES, 2015). Por otra parte, el sistema público también ha iniciado un programa para la implementación y uso de grupos relacionados por diagnóstico (GRD) en la red pública. Sin embargo, todos estos esfuerzos son incipientes y recientes. El ejemplo de varios países OECD muestra cómo éstos han logrado mejorar la calidad y entregar valor a sus ciudadanos mediante reformas de los mecanismo de pago a proveedores, mezclando distintos mecanismos y/o mejorando el uso de esquemas tradicionales (listados en la Tabla 15) e innovando en nuevos mecanismos de pago (Tabla 17).

Tabla 17: Reformas a mecanismos de pago en países OECD

Mecanismo	Contexto	Ejemplo
Pagos complementarios (<i>add-on payments</i>)	Usados como complemento a otros mecanismos de pago, y que están amarrados a objetivos específicos para los proveedores. Principalmente usados para mejorar calidad y premiar desempeño.	Alemania: coordinación (Cardio-Integral) Francia: coordinación (ENMR*) Portugal: desempeño (P4P) en atención primaria Noruega: desempeño (P4P) en hospitales
Pagos amarrados (<i>bundled payments</i>)	Para episodios de enfermedades crónicas, con el fin de mejorar calidad y reducir costos.	Estados Unidos: cuidados intensivos para episodios cardiacos o cuidado ortopédico (ACE) Reino Unido: tarifas por mejores prácticas en hospitales (BPT); cuidados maternales Suecia: episodios de cuidado (SVEUS) Portugal: condiciones crónicas seleccionadas Holanda: Enfermedad de Parkinson, diabetes, manejo de riesgo vascular
Pagos basados en cobertura (<i>population-based payments</i>)	Grupo de proveedores son pagados en base a la población cubierta, con el fin de proveer más servicios de salud a una determinada población, de acuerdo a ciertos requerimientos de calidad y costo.	Estados Unidos: Medicare ACO Alemania: Gesundes Kinzigtal (GK) España: Ribera Salud (Alzira)

Fuente: OECD (2016e).

* ENMR: Experimentación con nuevas formas de pago (*Expérimentations de nouveaux modes de rémunération*)

Tal como señala el informe, estos mecanismos han sido aceptados por los proveedores, pero es importante estudiarlos sin perder de vista que, tal como indican Kutzin et al. (2016), no existen “recetas mágicas” y que el mecanismo de pago debe estar asociado a los objetivos del sistema. Al igual que en el resto del documento, antes de discutir el

mecanismo (válido también para la implementación de otras iniciativas como GRD o fondos de compensación), es necesario responder hacia dónde queremos ir, incentivando lo que podríamos llamar, un proceso de innovación responsable, y considerar que todos los mecanismos han tenido distintos resultados en diversos contextos.

Finalmente, la Tabla 18 muestra un resumen de propuestas esbozadas a lo largo del documento, que pudieran ser tomadas en cuenta a la hora de discutir un eventual reforma al sistema de salud.

Tabla 18: Resumen de propuestas

Área del sistema	Objetivo/ medida	Propuesta	Iniciativas actuales	Ejemplos y alternativas
Recolección	Ampliar base contributiva/ alcanzar cobertura universal	Desligar contribución de la condición laboral	Cotización de independientes	Alemania (contribuciones basadas en ingreso y no en salario) Holanda (prima nominal)
	Aumentar ingresos para salud	Aumentar participación de empleadores (incluye financiamiento del SIL)	Creación Fondo SIL (propuesta de la Comisión)	Participación de empleadores en financiamiento de salud (Holanda, Corea del Sur, Alemania) Financiamiento de licencias médicas (Holanda, Australia, Alemania, Reino Unido)
	Ordenar cuentas y separar fondos	Crear fondos con administración y financiamiento independiente para salud, licencias y cuidados de largo plazo	Creación Fondo SIL (propuesta de la Comisión) Programas SENAMA Programa Nacional del Adulto Mayor	Financiamiento de licencias médicas (Holanda, Australia, Alemania, Reino Unido) Seguros de cuidado de largo plazo (Holanda, Corea del Sur, Alemania)
Mancomunación	Incrementar mancomunación/ eliminar segmentación	Juntar cotizaciones y repartir riesgo en un fondo único	Creación Fondo Mancomunado de Salud (propuesta de la Comisión)	Fondo único con múltiples aseguradores (Holanda, Alemania) Seguro universal obligatorio (Australia, Corea del Sur) Cobertura sin intermediario/ Seguro del proveedor (Reino Unido)
Compra	Ordenar el financiamiento y definir beneficios para personas que requieren cuidados de largo plazo	Diseñar sistema de cuidados de largo plazo (incluyendo mecanismo de financiamiento)	Programas SENAMA Propuesta Programa Nacional del Adulto Mayor	Seguros de cuidado de largo plazo (Holanda, Corea del Sur, Alemania) Sistemas de cuidados de largo plazo (Australia, Reino Unido)
	Definir cobertura de salud	Definir paquete de beneficios concreto, simple y transparente	Plan de Seguridad Social único (propuesta de la Comisión) Garantías GES Comisión ETESA	Paquete único garantizado (Holanda) Sistemas de evaluación de tecnologías en salud (todos los países)

Mejorar y asegurar la calidad en la provisión de servicios comprados por el seguro	Crear mecanismos de incentivos y regulación para proveedores	Garantías GES Sistema de acreditación	Sistemas de acreditación (todos los países) Mecanismos de pago a proveedores (compra estratégica)
--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia.

7. Referencias

Sitios web y bases de datos

ACSQHC (2016). Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (<http://www.safetyandquality.gov.au>) [último acceso: 20/07/2016].

AHPRA (2016). Australian Health Practitioner Regulation Agency (http://www.ahpra.gov.au/~/_/link.aspx?id=D4E5EF420D3C4EAB8B247FDB72CA6E0A&z=z) [último acceso: 20/07/2016].

AIHW (2016). Aged Care (<http://www.aihw.gov.au/aged-care/>) [último acceso: 13/07/2016].

ATO (2016). Medicare levy (<https://www.ato.gov.au/Individuals/Medicare-levy/>) [último acceso: 14/06/2016].

BCN (2015) Decreto 150 (<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=1086944&idVersion=2016-01-26>) [último acceso: 03/08/2016].

BIG-Register (2016). Home (<https://www.bigregister.nl/en/>) [último acceso: 20/07/2016].

Bundesärztekammer (2016). The healthcare system in Germany (<http://www.bundesaerztekammer.de/weitere-sprachen/english/healthcare-system/>) [último acceso: 06/06/2016].

CIA (2016). The World Factbook (<https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/fields/2172.html>) [último acceso: 20/06/2016].

CQC (2016). Care Quality Commission (<http://www.cqc.org.uk/content/about-us>) [último acceso: 20/07/2016].

Department of Health (2016a). Private health insurance - frequently asked questions (<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/Frequently+Asked+Questions-1#medicare>) [último acceso: 14/06/2016].

Department of Health (2016b). What is Private Health Insurance? (<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/health-privatehealth-whatishPHI>) [último acceso: 14/06/2016].

Department of Health (2016c). Pharmaceutical Benefits Scheme (PBS) (<http://www.pbs.gov.au/pbs/home>) [último acceso: 14/06/2016].

Department of Health (2016d). Ageing and Aged Care (<https://agedcare.health.gov.au>) [último acceso: 11/07/2016].

Department of Health (2016e). Health Technology Assessment (<http://www.health.gov.au/internet/hta/publishing.nsf/Content/home-1>) [último acceso: 18/07/2016].

European Commission (2016). Chapter III: Sickness - Cash Benefits (http://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/missoc99/english/03/d.htm) [último acceso: 04/07/2016].

Fair Work Ombudsman (2016). Sick & carer's leave (<https://www.fairwork.gov.au/leave/sick-and-carers-leave>) [último acceso: 04/07/2016].

Federal Health Reporting (2016). Expenditures, Costs and Financing: Expenditures: Health Expenditures Accounts (http://www.gbe-bund.de/gbe10/trecherche.prc_them_rech?tk=19200&tk2=19300&p_uid=gast&p_aid=1597557&p_sprache=E&cnt_ut=10&ut=19310) [último acceso: 02/06/2016].

Federal Ministry of Health (2016). Long-Term Care (<http://www.bmg.bund.de/en/long-term-care.html>) [último acceso: 13/07/2016].

FONASA (2016). Estadísticas Institucionales (https://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140607/pags/20140607230746.html) [último acceso: 02/06/2016].

FONASA, Superintendencia de Salud & SUSESO (2015). Análisis de las licencias médicas de origen común autorizadas y del gasto en Subsidio por Incapacidad Laboral a que dieron origen (http://www.supersalud.gob.cl/568/articles-12622_Licencias_Medicas_2014.pdf) [último acceso: 06/07/2016].

Gobierno de Chile (2014). Discurso de la Presidenta de la República en firma de decreto que crea la Comisión (<http://www.gob.cl/wp-content/uploads/2014/10/Discurso-Presidenta-ISAPRES-2.pdf>) [último acceso: 31/05/2016].

Government of the Netherlands (2016). Health Insurance (<https://www.government.nl/topics/health-insurance>) [último acceso: 27/05/2016]

HIRA (2016). About HIRA (<https://www.hira.or.kr/eng/index.html#none>) [último acceso 18/07/2016].

IGZ (2016). Health Care Inspectorate (<http://www.igz.nl/english/>) [último acceso: 20/07/2016].

ILO (1997). NATLEX, National Laws on Labour, Social Security and Related Human Rights – Korea, Republic of (<https://www.ilo.org/dyn/natlex/docs/WEBTEXT/46401/65062/E97KOR01.htm#a49>) [último acceso: 05/07/2016].

ILO (2001). National Labour Law Profile: Federal Republic of Germany (http://www.ilo.org/ifpdial/information-resources/national-labour-law-profiles/WCMS_158899/lang--en/index.htm) [último acceso: 04/07/2016].

INE (2016). Demográficas y vitales (http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/familias/demograficas_vitales.php) [último acceso: 29/07/2016].

ISPOR (2016). ISPOR Global Health Care Systems Road Map (<http://www.ispor.org/htaroadmaps/>) [último acceso: 18/07/2016].

Korean Statistical Information Service (2016). Statistical Database (http://kosis.kr/eng/statisticsList/statisticsList_01List.jsp?vwcd=MT_ETITLE&parentId=D) [último acceso: 02/06/2016].

MINSAL (2015). Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) (<http://www.minsal.cl/evaluacion-de-tecnologias-sanitarias-etesa/>) [último acceso: 19/07/2016].

MINSAL (2016a). Cartilla del Programa Adulto Mayor (http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/10.05.2016-CARTILLA_ADULTO-MAYOR.pdf) [último acceso: 26/07/2016].

NHIS (2010). NHI Program: Health Care Delivery System (<http://www.nhic.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0402.html>) [último acceso: 10/06/2016].

NHIS (2016). National Health Insurance Service (<http://www.nhic.or.kr/static/html/wbd/g/a/wbdga0101.html>) [último acceso: 15/06/2016].

NHS (2016a). The NHS in England. (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/overview.aspx>) [último acceso: 10/06/2016].

NHS (2016b). About the NHS - Principles and values that guide the NHS (<http://www.nhs.uk/NHSEngland/thenhs/about/Pages/nhscoreprinciples.aspx>) [último acceso: 14/06/2016].

NHS (2016c). Continuing care (<http://www.nhs.uk/chq/pages/Category.aspx?CategoryID=68>) [último acceso: 14/07/2016].

Nuffield Trust (2016). The history of NHS reform (<http://www.nuffieldtrust.org.uk/node/467>) [ultimo acceso: 15/05/2016].

OECD (2016a). Social Protection (http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/data/oecd-health-statistics/oecd-health-data-social-protection_data-00544-en) [ultimo acceso: 16/06/2016].

OECD (2016b). OECD Family Database. (http://www.oecd.org/els/family/database.htm#public_policy) [ultimo acceso: 05/07/2016].

OECD (2016c). OECD Health Statistics 2016. (http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT) [último acceso: 05/07/2016].

Office for National Statistics (2016). Healthcare Expenditure in the UK: All Tables (<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthcaresystem/datasets/healthcareexpenditureintheukalltables>) [último acceso: 02/06/2016].

PBAC (2016). Role of the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee (<https://pbac.pbs.gov.au/information/role-of-pbac.html>) [último acceso: 18/07/2016].

PHIO (2016a). What is covered? (<http://www.privatehealth.gov.au/healthinsurance/whatiscovered/>) [último acceso: 14/06/2016].

PHIO (2016b). List of health funds (<http://www.privatehealth.gov.au/dynamic/healthfundlist.aspx>) [último acceso: 14/06/2016].

SENAMA (2016). Guía de Programas y Beneficios Sociales de SENAMA 2015-2016 (<http://www.senama.cl/Programas.html>) [último acceso: 25/07/2016].

Statistics Netherlands (2009). Press Release. Over 300 000 people defaulting on their health insurance payments (<https://www.cbs.nl/en-gb/news/2009/51/over-300-000-people-defaulting-on-their-health-insurance-payments>) [último acceso: 27/05/2016].

Statistics Netherlands (2016). Health Expenditure (<http://statline.cbs.nl/statweb/publication/?vw=t&dm=slen&pa=83073eng>) [último acceso: 02/06/2016].

Subsecretaría de Previsión Social (2016). Financiamiento y Cotización (<https://www.previsionsocial.gob.cl/sps/seguridad-social/salud-comun/financiamiento-y-cotizacion/>) [último acceso: 11/07/2016].

Superintendencia de Salud (2016a). Cartera de Beneficiarios (<http://www.supersalud.gob.cl/569/w3-propertyvalue-3742.html>) [último acceso: 22/06/2016].

Superintendencia de Salud (2016b). Información Financiera de Isapres (<http://www.supersalud.gob.cl/569/w3-propertyvalue-3747.html>) [último acceso: 21/07/2016].

UK Government (2016). Holidays, time off, sick leave, maternity and paternity leave (<https://www.gov.uk/browse/working/time-off>) [último acceso: 05/07/2016].

WHO (2016). Provider Payment Mechanisms (http://www.who.int/health_financing/topics/purchasing/payment-mechanisms/en/) [último acceso: 03/08/2016].

World Bank (2016). Data (<http://data.worldbank.org/>) [último acceso: 25/05/2016].

Documentos

Aguilera X, Castillo-Laborde C, Nájera-De Ferrari M, Delgado I, & Ibáñez C (2014). Full Case Study: Monitoring and evaluating progress towards Universal Health Coverage in Chile. *PLOS Medicine*, 11(9): e1001676.

AIHW (2014). Australia's Health. Australia's Health Series No. 14. Cat. No. AUS 178. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare.

Altenstetter C, & Busse R (2005). Health Care Reform in Germany: Patchwork Change within Established Governance Structures. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1-2): 121-142.

Anand S, & Peter F (2006). Introduction. En Anand S, Peter F, & Sen A (eds). Public Health, Ethics, and Equity. New York: Oxford University Press.

Armstrong BK, Gillespie JA, Leeder SR, Rubin GL, & Russell LM (2007). Challenges in health and health care for Australia. *Medical Journal of Australia*, 187(9): 485-489.

Atun R, Monteiro de Andrade LO, Almeida G, Cotlear D, Dmytraczenko T, Frenz P, Garcia P, Gómez-Dantés O, Knaul FM, Muntaner C, Braga de Paula J, Rígoli F, Castell-Florit Serrate P, Wagstaff A (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *Lancet*, 385: 1230–1247.

Australian Government (2015). Private Health Insurance Act 2007.

Australian Government (2016). Fair Work Act 2009.

Banta D, & Oorwijn WJ (2009). The Netherlands. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(1): 143-147.

Bardach, E (2012). A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving. Fourth Edition. Thousand Oaks, CA: CQ Press.

Bärnighausen T, & Sauerborn R (2002). One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries? *Social Science & Medicine*, 54: 1559–1587.

Barr MS, Mullainathan S, & Shafir E (2009). The Case for Behaviorally Informed Regulation. En Moss D, & Cisternino J (eds.). New Perspectives on Regulation. Cambridge, MA: The Tobin Project.

Bernal O, & Barbosa S (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, 57(5): 433-440.

Bitrán RD, & Urcullo GD (2008). Chile: Good Practice in Expanding Health Care Coverage-Lessons from Reforms. En Gottret P, Schieber GJ, Waters HR (eds) (2008). Good practices in health financing: Lessons from reforms in low and middle income countries. Washington DC: World Bank.

Boxall AM (2010). Reforming Australia's health system, again. *Medical Journal of Australia*, 192(9): 528-530.

Boyle, S (2011). United Kingdom (England): Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(1): 1-486.

Busse R, & Blümel M (2014). Germany. Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1-296.

Busse R, Nimptsch U, & Mansky T (2009). Measuring, Monitoring, And Managing Quality In Germany's Hospitals. *Health Affairs*, 28(2): w294-w304.

Butler JRG (2002). Policy change and private health insurance: did the cheapest policy do the trick? *Australian Health Review*, 25(6): 33-41.

Cashin C, O'Dougherty S, Samyshkin Y, Katsaga A, Ibraimova A, Kutanov Y, Lyachshuk K, & Zuys O (2005). Case-based hospital payment systems: A step-by-step guide for design and implementation in low- and middle-income countries. Washington, DC: USAID.

Castillo-Laborde C, & Villalobos P (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica de Chile*, 141(11): 1456-1463.

Castillo-Riquelme M, Espinoza MA (2014). Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Revista Médica de Chile*, 142 (S1): S4-5.

Chang H-S, & Lee S-H (2012). Establishment, Present Condition, and Developmental Direction of the New Korean Healthcare Accreditation System. *Journal of Korean Medical Science*, 27(Suppl): S61-S69.

Chun CB, Kim SY, Lee JY, & Lee SY (2009). Republic of Korea: Health system review. *Health Systems in Transition*, 11(7): 1-184.

Cid C, & Prieto L (2012). El gasto de bolsillo en salud: el caso de Chile, 1997 y 2007. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(4): 310-16.

Cid C, Aguilera X, Albornoz AM, Arteaga O, Barría MS, Barría P, Castillo C, Debrott D, de la Carrera G, Dutilh M, García P, Jordán T, Larrañaga O, Matthews F, Parada M, Paraje G, Solar O, R Uthoff A (2014). Informe. Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Marco Jurídico para el Sistema Privado de Salud.

Cohu S, Lequet-Slama D, & Volovitch P (2006). The Netherlands: reform of the health system based on competition and privatisation. *Revue Française de Affaires Sociales*, 6(6): 207-226.

Colombo F, & Tapay N (2003). Private health insurance in Australia: A case study. *OECD Health Working Paper* 8.

Colombo F, Llana-Nozal A, Mercier J, & Tjadens F (2011). Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care. Paris: OECD.

Creighton Campbell J, Ikegami N, & Gibson MJ (2010). Lessons From Public Long-Term Care Insurance In Germany And Japan. *Health Affairs*, 29(1): 87-95.

Daley C, Gubb J, Clarke E, Bidgood E (2013). Healthcare Systems: The Netherlands. Civitas.

Delnoij DM, Hendriks M, Brouwer W, & Spreeuwenberg, P (2006). Differences between insurance organizations: do consumers perceive differences in important areas? *European Journal of Public Health*, 16(1).

Department Health RSA (2015). National Health Insurance for South Africa: Towards Universal Health Coverage, Version 40 (<https://www.health-e.org.za/wp-content/uploads/2015/12/National-Health-Insurance-for-South-Africa-White-Paper.pdf>)

Department of Health (2012). National Framework for NHS Continuing Healthcare and NHS-funded Nursing Care. UK Department of Health.

DIPRES (2015). Ley de Presupuestos del Sector Público Año 2016. Santiago: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

Emmerson C, Frayne C, & Goodman A (2000). Pressures in the UK Healthcare: Challenges for the NHS. London: Institute for Fiscal Studies.

Epstein D (2014). The use of Comparative Effectiveness Research and Health Technology Assessment in European countries: current situation and prospects for the future. Mimeo, University of Granada.

Ergas H, & Paolucci F (2011). Providing and financing aged care in Australia. *Risk Management and Healthcare Policy*, 4: 67-80.

Fox AM, & Reich MR (2013). Political Economy of Reform. En Preker AS, Lidner ME, Chernichovski D, & Schellekens OP (eds.). Scaling-Up Affordable Health Insurance. Washington, DC: World Bank.

Fox AM, & Reich MR (2015). The Politics of Universal Health Coverage in Low- and Middle-Income Countries: A Framework for Evaluation and Action. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 40(5): 1023-1060.

Frank RG (2007). Behavioral Economics and Health Economics. En Diamond P, & Vartiainen H (eds.). Behavioral Economics and its Applications. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Fricke F-U, & Dauben HP (2009). Health Technology Assessment: A perspective from Germany. *Value in Health*, 12(2): S20-S27.

Gerlinger T (2010). Health Care Reform in Germany. *German Policy Studies*, 6(1): 107-142.

González-Rossetti A, & Bossert TJ (2000). Enhancing the Political Feasibility of Health Reform: A Comparative Analysis of Chile, Colombia, and Mexico. Health Sector Reform Initiative 36.

Göpffarth D, & Henke KD (2013). The German Central Health Fund: Recent developments in health care financing in Germany. *Health Policy*, 109(3): 246-52.

Gottret P, Schieber GJ, Waters HR (eds) (2008). Good practices in health financing: Lessons from reforms in low and middle income countries. Washington DC: World Bank.

Grosios K, Gahan PB, & Burbidge J (2010). Overview of healthcare in the UK. *EPMA Journal*, 1: 529-534.

Hall J (2015). Australian Health Care - The Challenge of Reform in a Fragmented System. *New England Journal of Medicine*. 373(6): 493-497.

Hall J, de Abreu Lorenzo R, & Viney R (1999). Carrots and sticks - The fall and fall of private health insurance in Australia. *Health Economics*, 8: 653-660.

Handel BR, & Kolstad JT (2015). Health Insurance for "Humans": Information Frictions, Plan Choice, and Consumer Welfare. *American Economic Review*, 105(8): 2449-2500.

Herbermann JD, & Miranda D (2012). Defusing the demographic "time-bomb" in Germany. *Bulletin of the World Health Organization*, 90: 6-7.

Hsiao WC (2007). The political economy of Chinese health reform. *Health Economics, Policy and Law*, 2: 241-249.

IAS (2013). Informe Final Evaluación del Gasto Institucional del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Santiago: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda.

Jeong HS (2011). Korea's National Health Insurance - Lessons from the Past Three Decades. *Health Affairs*, 30(1): 136-144.

Jourmard I, André C, & Nicq C (2010). Health care systems: Efficiency and institutions. *OECD Economics Department Working Paper 769*.

Kang IO, Park CY, Lee Y (2012). Role of Healthcare in Korean Long-Term Care Insurance. *Journal of Korean Medical Science*, 27: S41-46.

Kim C-y (2009). Health Technology Assessment in South Korea. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(S1): 219-223.

Kreis J, & Busse R (2012). From evidence assessments to coverage decisions? The case example of glinides in Germany. *Health Policy*, 104: 27-31.

Kuhn-Barrientos L (2014). Evaluación de Tecnologías Sanitarias: marco conceptual y perspectiva global, *Revista Médica de Chile*, 142 (S1): S11-15.

Kutzin J (2001). A descriptive framework for country-level analysis of health care financing arrangements. *Health Policy*, 56: 171-204.

Kutzin J (2008). Health Financing Policy: A Guide for Decision-Makers. *WHO Health Financing Policy Paper 2008/01*. World Health Organization.

Kutzin J (2013). Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bulletin of the World Health Organization*, 91:602-611.

Kutzin J, Yip W, & Cashin C (2016). Alternative Financing Strategies for Universal Health Coverage. En Scheffler RM (ed). World Scientific Handbook of Global Health

Economics and Public Policy – Volume 1: The Economics of Health and Health Systems.
Singapore: World Scientific Publishing Company

Kwon S (2002). Achieving health insurance for all: Lessons from the Republic of Korea. *ESS (Extension of Social Security) Paper 1*. Geneva, International Labour Organization.

Kwon S (2003). Payment system reform for health care providers in Korea. *Health Policy and Planning*, 18(1): 84-92.

Kwon S (2009a). Thirty years of national health insurance in South Korea: lessons for achieving universal health care coverage. *Health Policy and Planning*, 24: 63-71.

Kwon S (2009b). The introduction of long-term care insurance in South Korea. *Eurohealth*, 15(1): 28-29.

Langenbrunner JC, Cashin C, & O'Dougherty (eds) (2009). Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems: How-To Manuals. Washington DC: World Bank.

Lee JC (2003). Health Care Reform in South Korea: Success or Failure. *American Journal of Public Health*, 93(1): 48-51.

Leguido-Quegly H, McKee M, Nolte E, Glinos IA (2008). Assuring the quality of the healthcare in the European Union. European Observatory on Health Systems and Policies – Observatory Studies Series N 12.

Maarse JAM, & Jeurissen PP (2016). The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands. *Health Policy*, 120: 241–245.

Maceira D (1998). Provider Mechanisms in Health Care: Incentives, Outcomes, and Organizational Impact in Developing Countries. Partnerships for Health Reform Project, Major Applied Research Working Paper 2.

Magnussen J, Vrangbæk K, & Saltman RB (eds.) (2009). Nordic health care: Recent reforms and current policy challenges. Geneva: World Health Organization.

Mathauer I, Xu K, Carrin G, & Evans DB (2009). An analysis of the health financing system of the Republic of Korea and options to strengthen health financing performance. Geneva: World Health Organization.

Mathauer I, & Wittenbecher F (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 91(10): 717-796.

Mátus-López M, & Cid C (2014). Costo de un sistema de atención de adultos mayores dependientes en Chile, 2012-2020. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 36(1): 31-36.

MHWS (2016). Healthcare in Netherlands. Hague: Ministry of Health, Welfare and Sports.

MINSAL (2010). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. Santiago: Ministerio de Salud.

MINSAL (2014). Orientación Técnica para la Atención de Salud de las Personas Adultas Mayores en Atención Primaria. Santiago: Ministerio de Salud.

MINSAL (2016b). Eje gestión de recursos financieros en atención primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria.

MOEL (2015). Labor Standards Act. Ministry of Employment and Labor, Republic of Korea.

Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, & Sarnak D (eds) (2016). 2015 International Profiles of Health Care Systems. New York: The Commonwealth Fund.

MSAE (2011a). Q+A Social Benefits Act. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

MSAE (2011b). The State of Affairs of Dutch Social Security. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

MSAE (2011c). Q+A Short-Term Care Leave. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

MSAE (2011d). Q+A Long-Term Care Leave. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

MSAE (2011e). Q+A Continued Payment of Wages During Illness. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

MSAE (2014). State of Affairs of Social Security. Ministry of Social Affairs and Employment, Government of the Netherlands.

Muiser J (2007). The new Dutch health insurance scheme: challenges and opportunities for better performance in health financing. *WHO Health System Financing Discussion Paper 3*, World Health Organization.

NHIS (2014). 2014 National Health Insurance System of Korea: Universal Health Coverage for the World. Seoul: National Health Insurance System, Republic of Korea.

NHS (2013). Guide to the Healthcare System in England Including the Statement to NHS Accountability. National Health Service, United Kingdom.

Obermann K, Müller P, Müller HH, Schmidt B, & Glazinski B (eds) (2013). Understanding the German Health Care System. Mannheim Institute of Public Health.

OECD (2012). OECD Reviews of Health Care Quality: Korea 2012: Raising Standards. Paris: OECD Publishing.

OECD/European Commission (2013). A Good Life in Old Age? Monitoring and Improving Quality in Long-term Care, OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

OECD (2015a). OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing.

OECD (2015b). OECD Reviews of Health Care Quality: Australia 2015: Raising Standards. Paris: OECD Publishing.

OECD (2016d). OECD Reviews of Health Care Quality: United Kingdom 2016: Raising Standards. Paris: OECD Publishing.

OECD (2016e). Better Ways to Pay for Health Care. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.

Oortwijn W, Mathijssen J, & Banta D (2010). The role of health technology assessment on pharmaceutical reimbursement in selected middle-income countries. *Health Policy*, 95: 174–184.

Park S-H, & Lee S-M (2008). Evidence-Based Decision-Making and Health Technology Assessment in South Korea. *Value in Health*, 11(Suppl 1): S163-S164.

Park M, Braun T, Carrin G, & Evans D (2007). Provider Payments and Cost-Containment: Lessons from OECD Countries. WHO Technical Briefs for Policy Makers, Number 2.

Peeters MG, Delnoij DM, & Friele R (2014). Stronger, but not (yet) an equal. The use of quality improvement instruments and strategies by patient organisations in the Netherlands. *Social Science & Medicine*, 115: 56-63.

Perleth M, Gibis B, & Göhlen B (2009). A short history of health technology assessment in Germany. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*, 25(1): 112-119.

Reich MR, & Shibuya K (2015). The Future of Japan's Health System - Sustaining Good Health with Equity at Low Cost. *New England Journal of Medicine*, 373: 1793-1797.

Roberts MJ, Hsiao W, Berman P, & Reich MR (2008). Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity. New York: Oxford University Press.

Robertson A (1998). Critical Reflections on the Politics of Need: Implications for Public Health. *Social Science & Medicine*, 47(10): 1419-1430.

Ruff B, Mzimba M, Hendrie S, & Broomberg J (2011). Reflections on health-care reforms in South Africa. *Journal of Public Health Policy*, 32(Suppl 1): S184-192.

Sack C, Lütkes P, Günther W, Erbel R, Jöckel K-H, Holtmann GJ (2010). Challenging the holy grail of hospital accreditation: A cross sectional study of inpatient satisfaction in the field of cardiology. *BMC Health Services Research*, 10: 120.

Schäfer W, Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Westert G, Devillé W, & van Ginneken E. (2010). The Netherlands: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(1): 1–229.

Schoen C, Osborn R, Squires D, Doty MM, Pierson R, & Applebaum S (2010). How Health Insurance Design Affects Access To Care And Costs, By Income, In Eleven Countries. *Health Affairs*, 29(12): 2323-2334.

Schut E, Sorbe S, & Høj J (2013). Health care reform and long-term care in the Netherlands. *OECD Economics Department Working Paper* 1010.

Segal L (2004). Why it is time to review the role of private health insurance in Australia. *Australian Health Review*, 27(1): 3-15.

Shaw CD (2015). Hospital accreditation and medical tourism. En Lunt N, Horsfall D, Hanefeld J (eds.). Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility. Cheltenham, UK: Edward Elgar.

Song, YJ (2009). The South Korean Health System. *JMAJ*, 52(3): 206–209.

Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, & Reed JE (2014). Systematic review of the application of the plan–do–study–act method to improve quality in healthcare. *BMJ Quality and Safety*, 23: 290-298.

Thomson S, Foubister T, Fugueras J, Kutzin J, Permanand G, Bryndová L (2009). Addressing financial sustainability in health systems. Policy summary prepared for the Czech European Union Presidency Ministerial Conference on the Financial Sustainability of Health Systems in Europe, World Health Organization.

Thomson S, Võrk A, Habitch T, Roováli L, Evetovits T, & Habitch J (2010). Responding to the challenge of financial sustainability in Estonia's health system. Geneva: World Health Organization.

Tobar F (2015). Modelos de Organización de los Sistemas de Salud. En Chiara M (compiladora). Gestión Territorial Integrada para el Sector Salud. Los Polvorines: Universidad Nacional de General Sarmiento.

Vaillancourt Rosenau P & Lako J (2008). An Experiment with Regulated Competition and Individual Mandates for Universal Health Care: The New Dutch Health Insurance System. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 33(6): 1031-1055.

van Genni EMSJ, & Sillevs Smith PAE (2010). The Netherlands Institute for Accreditation of Hospitals. *International Journal for Quality in Care*, 12(3): 259-262.

van de Ven WPMM & Schut FT (2007). Risk equalization in an individual health insurance market: the only escape from the trade-off between affordability, efficiency and selection. The Netherlands as a case study. FRESH-Thinking.

van den Berg M, Hijink R, Zwakhals L, Verkleij H, & Westert G (2010). Health care performance in the Netherlands: Easy access, varying quality, rising costs. *Eurohealth*, 16(4): 27-29.

van Kleef RC (2012). Managed competition in the Dutch Health Care System: Preconditions and Experiences so Far. *Public Policy Review*, 8(2): 171-190.

van Rooijen M, Goedvolk R, & Houwert T (2013). A vision for the Dutch health care system in 2040: Towards a sustainable, high-quality health care system. World Economic Forum and McKinsey & Company.

Velasco Garrido M, Kristensen FB, Nielsen CP, & Busse R (2008). Health Technology Assessment and Health Policy-Making in Europe: Current Status, Challenges and Potential. European Observatory on Health Systems and Policies – Observatory Studies Series N 14.

Victoor A, Friele RD, Delnoij DMJ, Rademakers J (2012). Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews. *BMC Health Services Research*, 12(1).

Victoor A, Reitsma-van Rooijen M, de Jong J, Delnoij DM, Friele R, & Rademakers J (2014). Does patient choice of healthcare providers lead to better patient experiences in the Netherlands? A cross-sectional questionnaire study. *European Journal of Public Health*, 24(2).

Westert G, Burgers J, Verkleij H (2009). The Netherlands: Regulated Competition Behind the Dykes? *BMJ*, 339(7725): 839-842.

WHO (2000). The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneva: World Health Organization.

Won CW (2013). Elderly long-term care in Korea. *Journal of Clinical Gerontology and Geriatrics*, 4(1): 4-6.

Zúñiga A (2014). Propuesta para la reforma definitiva del sistema privado de salud chileno. *Revista Médica de Chile*, 142(2): 501-505.