



Medellín, Junio de 2022 Año 21 N° 41
ISSN 1657 - 5415

servatorio de la seguridad social

GRUPO DE ECONOMIA DE LA SALUD~GES

El rol de las EPS de Colombia en una perspectiva comparada



Figura 1. Sistema de salud colombiano: agentes y funciones

Adaptación de Mills (2011).

Contenido					Pag.
I. Marco de referencia					4
II. Casos de estudio					11
Alemania	Colombia	España	Israel	Reino Unido	
Brasil	Chile	Estados Unidos	Países Bajos	Uruguay	
III. Conclusiones					32



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
1 8 0 3

Este número
es una
publicación
de:



**UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA**
Facultad de Ciencias Económicas



FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

Información sobre el proyecto colaborativo GES – SURA

Título:

Aseguramiento y cobertura en salud: el rol de las EPS de Colombia en una perspectiva comparada.

Convenio de cooperación:

El proyecto se adelantó en el marco de convenio de cooperación suscrito para el período 2020-2023 entre Sura y la Universidad de Antioquia (Facultad de Ciencias Económicas) con el objeto de aunar esfuerzos para fortalecer el Observatorio de la Seguridad Social del Grupo de Economía de la Salud (GES).

Equipo de trabajo del GES:

Jairo Humberto Restrepo Zea
Economista y magíster en Políticas Públicas
Profesor titular y coordinador del GES
Director del proyecto

Juan José Espinal Piedrahita
Economista y magíster en Economía
Asistente del proyecto

**Equipo de trabajo de Seguros SURA Colombia.
Gerencia de Asuntos Legales:**

Catalina Henao Correa
Abogada y magíster en Economía. Analista de Salud

Juan Pablo Zapata Cruz
Abogado y economista. Analista de Regulación

Christian David Rivera Aguirre
Abogado, especialista y magíster en Seguridad Social.
Analista de Salud

Seminario Permanente 2022

¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita?

Durante el segundo semestre de 2022, la Universidad de Antioquia, la Universidad Nacional de Colombia, la Pontificia Universidad Javeriana y la Universidad de los Andes, adelantarán ocho sesiones de este seminario permanente con el fin de plantear y discutir aspectos de reforma al sistema de salud. Se espera contribuir así al debate nacional que muy seguramente estará en la agenda del nuevo gobierno, más aún teniendo en cuenta las lecciones que deja la pandemia del COVID-19.

En la propuesta académica del seminario, la cual ha sido construida por profesores de varias disciplinas, se plantea un reconocimiento el estado del arte sobre el desarrollo del sistema, los análisis adelantados por la academia, centros de investigación y organismos independientes del país y del exterior, para responder a la pregunta central ¿Cuál es la reforma en salud que Colombia necesita? Esta será abordada teniendo en cuenta las funciones del sistema y su recorrido a lo largo de la historia, junto con la experiencia internacional: Gobernanza, Salud Pública, Talento Humano, Prestación de Servicios y Financiamiento. Las sesiones del seminario será adelantadas en formato híbrido y se buscará tener asiento en universidades de varias ciudades (Bogotá, Medellín, Manizales, Cali, Bucaramanga y Cartagena).

La información sobre el seminario puede consultarse en: <https://gesudea.co/seminario-permanente-2022/>



UNIVERSIDAD
DE ANTIOQUIA



UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE COLOMBIA



Pontificia Universidad
JAVERIANA



Universidad de
los Andes

Presentación

Los sistemas de salud buscan mejorar las condiciones de salud de las personas y de las comunidades mediante mecanismos de cobertura y protección financiera, buscando conjurar las exclusiones que el mercado pudiese generar a los grupos poblacionales con menor poder adquisitivo y mayores riesgos de enfermar. Como lo afirmó Kenneth Arrow (1963), el mercado no es un buen mecanismo para la provisión de los servicios de salud, de modo que el denominado libre juego entre la oferta y la demanda no permite alcanzar la eficiencia y el bienestar, y, en consecuencia, la asignación de los recursos resulta ineficiente y los indicadores de salud inferiores a los que se obtendrían bajo mecanismos alternativos al mercado, como la intervención o la acción colectiva. De manera que los sistemas de salud son una respuesta a las fallas de mercado.

La creación de un sistema de salud es una decisión política que busca complementar o sustituir al mercado, y en tal caso deberá responder a particularidades de cada país. En todo caso, es posible reconocer unos aspectos generales que están presentes en cualquier sistema de salud, como son las funciones fundamentales: *rectoría y gobernanza, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios* (Organización Mundial de la Salud, 2020). Además, todo sistema de salud tiene unos agentes y entre estos se producen unas interacciones e interdependencias; se destaca la población, que actúa simultáneamente como contribuyente y usuario, los prestadores, los aseguradores o administradores, y las agencias de gobierno. Sin embargo, tanto las funciones como los agentes y sus roles pueden cambiar de país en país.

Otro asunto común entre los sistemas de salud se refiere a la exploración de nuevos enfoques para contener gastos y promover el uso eficiente de los recursos (Petrou et al., 2018). Se observa con frecuencia que las decisiones sobre el uso de los recursos giran en torno al agente encargado de pagar los servicios o tecnologías, y en especial, frente a la disposición de un sistema de pagador único o múltiple (Donnelly et al., 2019).

En Colombia, el sistema de salud adoptado en 1993 está basado en el financiamiento público y el aseguramiento universal, con participación de agentes públicos y privados en la operación del seguro y en la prestación de servicios de salud. En cuanto a su conformación y a las funciones, el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra a cargo de la rectoría; para la financiación se cuenta con la entidad administradora de recursos del sistema (ADRES), que en calidad de fondo único se encarga de la mancomunación y asignación de los recursos provenientes de cotizaciones y de impuestos; el aseguramiento está a cargo de las entidades promotoras de salud (EPS), bajo un modelo de pagador múltiple y quienes reciben una cápita de la ADRES como proxi de lo que sería la prima del seguro; finalmente, la prestación corre por cuenta de las instituciones prestadoras de servicios (IPS), las cuales operan bajo una relación de contrato con las EPS.

La figura de la EPS fue una innovación en el contexto latinoamericano y de los países de ingreso medio, con antecedentes de figuras similares en varios países europeos como Alemania y Holanda. En este agente se delegó la afiliación de la población y la gestión de riesgos, entre otras funciones del aseguramiento, en el marco de un mercado de competencia regulada o administrada (Flórez Pinilla, 2010; Restrepo Zea & Rodríguez Acosta, 2005). En este sentido, en el contexto de la discusión nacional sobre el desarrollo del sistema de salud y perspectivas de reforma, en esta Observación se propone examinar el rol de las EPS en términos conceptuales y en el contexto internacional. Para adelantar la comparación se considera un grupo de países con similitudes al modelo colombiano, en donde existen aseguradoras como actores destacados (Alemania, Chile, Estados Unidos, Holanda e Israel), y otro grupo de países en donde predomina una relación directa entre fondos públicos y prestadores (Brasil, España, Reino Unido y Uruguay).

I. Marco de referencia

A. Aspectos conceptuales sobre los sistemas de salud

Un sistema de salud comprende las organizaciones, las instituciones y los recursos que se destinan a producir acciones con el propósito fundamental de mejorar la salud de la población (Organización Mundial de la Salud, 2020). Este fin último constituye el elemento determinante para evaluar el desempeño de los sistemas de salud y tomar decisiones de cambio, teniendo en cuenta que los sistemas se pueden analizar desde diferentes ángulos (Mills, 2014). Al objetivo de mejorar la salud de la población se suman otros dos, dando cuenta en conjunto de la denominada triple meta. Es así como se consideran también los objetivos de cobertura universal y protección financiera, entendidos estos en términos de “asegurar que todas las personas reciban los servicios sanitarios que necesitan, sin tener que pasar penurias financieras para pagarlos” (Organización Mundial de la Salud, 2021). Asociado a esto, la protección financiera hace referencia al hecho que, cuando tenga un problema de salud, la persona pueda acudir a los servicios y recibir una atención adecuada sin tener que asumir un gasto desproporcionado en relación con el ingreso, o, peor aún, que implique el empobrecimiento.

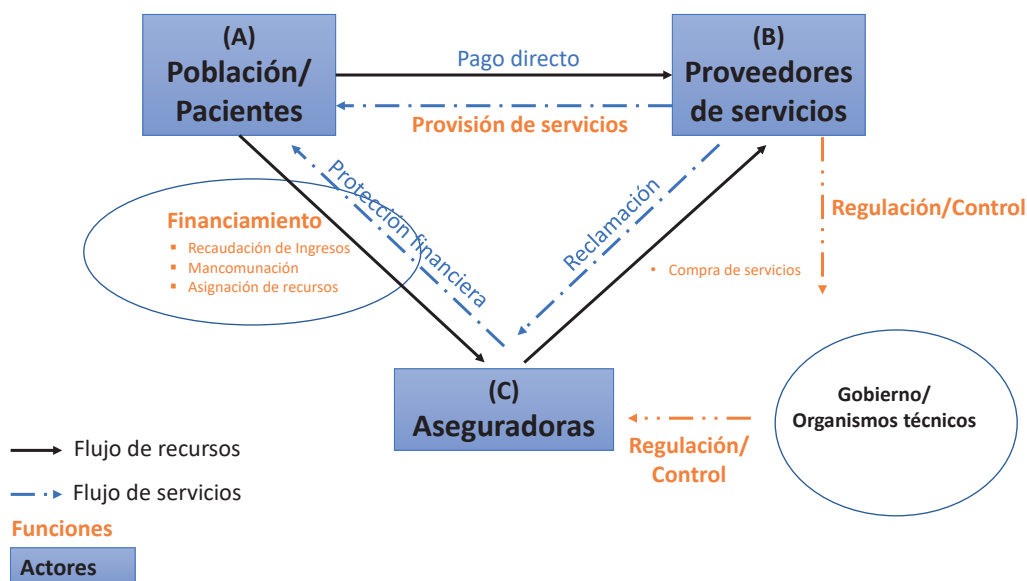
En la Figura 2 se representan la conformación y las funciones de un sistema de salud, considerando cuatro agentes clave: la población (usuarios o pacientes), los proveedores, los aseguradores o pagadores, y el gobierno. En este esquema se reconocen las funciones para el sistema de salud, las cuales se desenvuelven mediante interacciones entre los agentes: el financiamiento, que comprende la recaudación de ingresos, la mancomunación, la asignación de recursos y la compra de servicios; la provisión de servicios, y la regulación.

En cuanto al financiamiento, conviene precisar, en lo que respecta a la recaudación, cuáles son las fuentes de ingresos para financiar la prestación de servicios de salud. Sobre el particular, descontada la posibilidad de las donaciones o los recursos de cooperación internacional, que constituyen una fuente importante en países de ingreso bajo, los ingresos se pueden clasificar en **impuestos**, generales

como el impuesto a la renta o el IVA, o específicos como los impuestos a los licores, al tabaco o a las loterías; **pagos o aportes de seguridad social** (cotizaciones), y **pagos de bolsillo o pagos directos**. Las primeras dos fuentes constituyen ingresos públicos, de carácter obligatorio, y hacen parte del presupuesto gubernamental o de la seguridad social. Por su parte, los pagos de bolsillo hacen parte del gasto privado, el cual también incluye los pagos por seguros privados. El tamaño del gasto y la manera como este se financia resulta determinante para dar cumplimiento al objetivo de protección financiera, para lo cual resulta crucial el financiamiento público y la cobertura del seguro; un mayor gasto público, como porcentaje del producto interno bruto (PIB) y del gasto total en salud, suele estar asociado con una mayor cobertura y menores gastos de bolsillo.

Teniendo en cuenta las particularidades de cada país, se encuentran sistemas con cobertura y acceso fragmentado y otros más integrados y con cobertura universal o cercanos a ella; sistemas con elevado gasto de bolsillo y otros con uno bajo, indicando variaciones importantes en la protección financiera y en la equidad en salud; sistemas con una baja prioridad del gasto en salud en los presupuestos públicos y otros con alta prioridad; sistemas con baja disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, y sistemas con disponibilidades más altas; sistemas en los que la provisión de servicios de salud está a cargo de una variada gama de organizaciones y mecanismos para el financiamiento, y otros en los que esta función es exclusiva de los hospitales públicos.

Ahora bien, las funciones que se representan en el Esquema 1 resultan comunes en los diferentes sistemas de salud, como se señaló atrás, y a ellas se agrega la función de generación o disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos. De todas maneras, en un sistema de salud en particular las funciones no siempre están bien articuladas y pueden estar a cargo de actores diferentes, de modo que la concreción y combinación de ellas varía entre países (OCDE, 2020; World Bank Group., 2020). En la siguiente sección, acorde con los propósitos de esta Observación, se ahonda precisamente en las modalidades que puedan darse en torno a la asignación de los recursos y la compra de servicios.

Esquema 1. El sistema de salud: agentes y funciones

Fuente. Construcción propia tomado de (Mills, 2011)

B. El seguro de salud y el rol del pagador

Los seguros de salud se plantean como una protección para el cuidado de la salud, con el fin de proteger a los ciudadanos contra los costos de la atención de la salud. El seguro puede verse como un contrato entre una persona o familia y un asegurador, con el pago de un aporte o una prima y la cobertura de un plan de salud o paquete de servicios; dependiendo del tipo de sistema, el asegurador puede ser una agencia privada o pública o el gobierno directamente. A partir de este contrato, contando el asegurador con los recursos aportados por los afiliados, le corresponde garantizar la atención mediante modalidades como la contratación de servicios con el proveedor. De este modo, los planes de salud pueden ser públicos o privados, y cada uno puede tener diferentes componentes y sistemas de pago en función de su naturaleza y de los servicios cubiertos. Algunos planes de seguro exigen a los afiliados el pago de una prima y tienen varios niveles de pago de bolsillo (copagos). También hay aseguradoras que utilizan los pagos per cápita para los proveedores de la atención en salud, con el fin de controlar los costos, motivando a estos a proporcionar solo los servicios necesarios.

En este orden de ideas, bajo la lógica del seguro de salud y teniendo en cuenta su conformación según la naturaleza pública, privada o social, se reconocen tres tipos o

modalidades de seguros de salud (OCDE, 2020; World Bank Group., 2020):

- *Seguro público o social (SHI)*: se caracteriza por disponer de un mecanismo para recaudar y reunir fondos a partir de impuestos y cotizaciones para financiar los servicios de salud a la población de un país, generalmente en términos de lo que considera necesario. Un buen exponente de esta tipología es Alemania, en donde desde finales del siglo XIX se instauró la seguridad social.
- *Seguro privado (PHI)*: basado en la voluntad de los usuarios, es operado por agentes privados u organizaciones sin ánimo de lucro y opera en muchos casos como un complemento del seguro o el sistema nacional de salud. No obstante, este tipo de seguro está cada vez más disponible en los diferentes países y se oferta de manera más amplia, y tiene como ejemplo característico el caso estadounidense.
- *Seguro médico comunitario (CBHI)*: en los países de renta baja se han establecido planes de microseguros de salud como mecanismo de financiación sin fines de lucro para beneficiar a la población pobre. Los seguros comunitarios suelen basarse en la afiliación voluntaria, por lo que los miembros están vinculados a un proveedor de servicios. Se basa en una ética de

ayuda solidaria, por la que los miembros susceptibles a riesgos reúnen sus recursos y contribuyen a organizaciones de salud mutuas, sociedades de ayuda médica y planes de microseguro.

En la práctica, si bien cada país tiene un tipo de seguro predominante, se puede ver cómo coexisten varias tipologías. Por esto, la forma en que se coordinan y articulan estos tres tipos dan origen a distintas modalidades de funcionamiento de los sistemas de salud, que suponen dinámicas diferentes en términos de cobertura, equidad y eficiencia del sector (OIT, 2020). Además, la fragmentación institucional conduce muchas veces a la duplicación de funciones de financiamiento y provisión, lo que atenta contra la eficiencia y la equidad de los sistemas.

La implementación de cualquier tipo de seguro siempre estará buscando resolver la manera de prestar los servicios de salud, reconociendo ciertas dicotomías como la que se puede presentar entre eficacia y costos. De allí que se encuentren diferencias entre los sistemas de pago a prestadores o la forma en que se asigna para la compra el dinero del gobierno, de la compañía de seguros o de otro organismo financiador. Distintos sistemas de pago generan distintos incentivos para la eficacia, la calidad y la utilización de la infraestructura de salud, y estos incentivos pueden variar según se trate del prestador, el paciente o el pagador (Maceira, 1998). Por esto se hace necesario definir los tipos de pagador en salud, y al respecto, la teoría señala la existencia de cuatro formas diferentes de organizar los pagos y los contratos en los sistemas sanitarios, como se muestran en el Esquema 2 así:

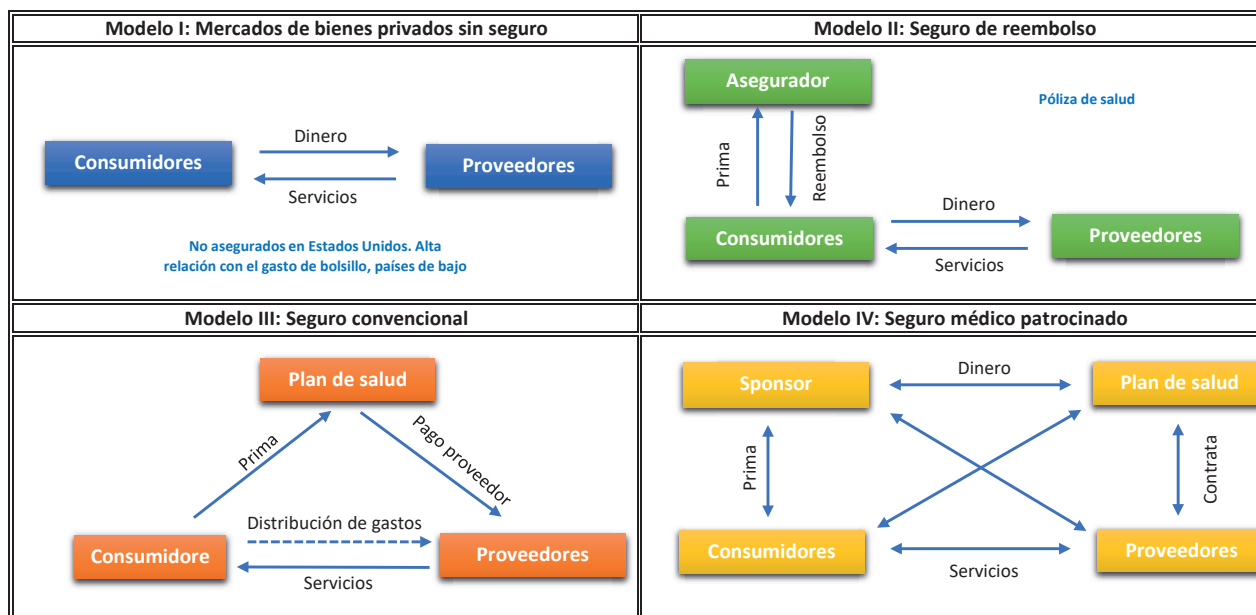
- **Modelo I:** mercado de bienes y servicios, en donde no hay seguro y en el que los consumidores compran los servicios sanitarios directamente a los proveedores, por lo que aquellos ejercen de manera directa el rol de pagador. Este modelo tiene presencia en la mayoría de países y su importancia se ve reflejada especialmente en el peso del pago de bolsillo como proporción del gasto total en salud. Es característico para los medicamentos sin receta y para ciertos servicios especializados, como la atención dental, oftalmológica, cosmética y estética.
- **Modelo II:** mercado de seguros de reembolso en el que los consumidores pagan primas a una

aseguradora a cambio de presentar reclamaciones para recibir el reconocimiento del gasto en servicios y medicamentos. La aseguradora no necesita tener ninguna relación contractual con los proveedores de asistencia sanitaria. Es el sistema más común para el seguro secundario, particularmente en los países desarrollados. En este caso, el consumidor mantiene el rol de pagador, pero busca el reembolso de los pagos efectuados por parte de su asegurador.

- **Modelo III:** mercado de seguros convencional en el que el consumidor paga una prima a un plan de salud, quien a su vez contrata y paga a los proveedores. No es dominante para el sistema de seguro primario en los países desarrollados, excepto Estados Unidos, pero a veces se utiliza para los programas de seguros secundarios. Nótese la diferencia clave en los incentivos entre estos dos modelos: el modelo II incentiva al consumidor, pero no al plan de salud, a buscar proveedores de bajo precio y alta calidad, mientras que el sistema III hace lo contrario, reduciendo el incentivo del consumidor, pero permitiendo al plan de salud negociar el precio y la calidad.
- **Modelo IV** es un mercado de seguros patrocinado en el que los ingresos son recaudados (directa o indirectamente) por un patrocinador que luego contrata con los planes de salud, que a su vez contratan y pagan a los proveedores. En todos los países desarrollados hay un patrocinador, aunque en algunos países en desarrollo, el patrocinador puede ser un plan de salud.

De la manera como se comentó para los tipos de seguro, un sistema de salud puede combinar en su funcionamiento varios modelos de pagos o ganar especificidad en uno. En todo caso, desde la perspectiva de la compra de servicios, de quién asume el pago por la atención de los afiliados o beneficiarios, un sistema podrá tener un único pagador o contar con múltiples pagadores que coexistiendo. En el caso del pagador único, usualmente se trata de un fondo público o un instituto de seguridad social que se encarga de pagar a la red de prestadores bajo diferentes modalidades de pago. Cuando hay múltiples pagadores, significa que diferentes fondos públicos o entidades de seguridad social contratan la atención de la población a su cargo.

Esquema 2. Modelos de pago países de la OCDE



Fuente. Comparación de los sistemas de seguro de enfermedad en los países desarrollados (Ellis et al., 2014)

En el caso colombiano, cuyo sistema está basado en un seguro público y si bien existe un fondo único administrado por la ADRES, quien asigna los recursos a las entidades promotoras de salud (EPS) mediante una cápita, el rol de pagador se encuentra por delegación a cargo de estas (Ley 100 de 1993, art. 178). Las principales funciones definidas inicialmente para las EPS fueron las siguientes:

1. Recaudar los aportes, los cuales se transfieren a través de un proceso de compensación a la Administradora de Recursos del Sistema de Seguridad Social en Salud (ADRES).
2. Promover la afiliación al sistema y administrar el reporte de novedades. Con la entrada en operación del Sistema de Afiliación Transaccional (SAT), a través de la plataforma www.miseguridadsocial.gov.co, parte de la administración de la afiliación se centralizó a través de este canal virtual, aunque las personas pueden seguir presentando afiliaciones y novedades directamente ante su EPS.

3. Estructurar una red de prestadores para que los afiliados accedan a los servicios, incluyendo la obligación de negociar el pago y auditar las cuentas médicas y facturas que se presenten, y
4. Vigilar que las IPS cumplan con una atención integral, eficiente, oportuna y de calidad (auditoría).

Adicionalmente, con la Ley 1122 de 2007 se incluyeron como funciones más específicas del aseguramiento:

5. La administración del riesgo financiero. Al recibir la UPC, las EPS deben garantizar que este recurso sea suficiente para financiar las prestaciones asistenciales que requieran sus afiliados y que se encuentren en el Plan de Beneficios en Salud. En caso de no ser suficiente, las EPS asumen esa diferencia y para ello debe contar con un régimen de solvencia y un patrimonio adecuado a fin de soportar las pérdidas que eventualmente puedan presentarse; no obstante, el incentivo se encuentra en que busquen evitar llegar a situaciones de riesgo financiero a través de una eficiente gestión de los recursos.

6. La gestión del riesgo en salud, de modo que se busque evitar que la población saludable enferme, y a su vez, mejorar la salud de la población enferma, a nivel de estrategias de cuidado individual y de salud pública. Para ello puede acudir a estrategias como demanda inducida de servicios (consultas periódicas de chequeo); identificación de necesidades en población con patologías crónicas y seguimiento individualizado a su proceso de atención con revisiones periódicas; seguimiento a indicadores de resultados en salud de patologías priorizadas; identificación de grupos de riesgo así como su caracterización y seguimiento por cohortes; planes de comunicación con pautas de educación en salud, recomendaciones de vida saludable, ruta de acceso a servicios, entre otras.
7. La articulación de los servicios para garantizar el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador y los demás actores.

Cuadro 1. Funciones de las EPS a la luz del ciudadano

¿Cuáles son las funciones de las EPS a la luz del ciudadano?	
- La afiliación y el registro de los afiliados y el recaudo de sus cotizaciones, las cuales se transfieren mediante un proceso de compensación a la Administradora de recursos del sistema de salud (ADRES). - Promover la afiliación de grupos de población no cubiertos por la seguridad social. - Organizar la forma y los mecanismos para que los afiliados y sus familias pueden acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional. - Definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias. - Remitir a la ADRES la información correspondiente a la afiliación del trabajador y su grupo familiar, novedades laborales recaudos por cotizaciones y los desembolsos por el pago de la prestación de servicio.	Organizar y garantizar la prestación de los servicios de salud: - Previstos en el Plan de Beneficios con el fin de obtener el mejor estado de salud de sus aliados con cargo a las Unidades de Pago por Capitación correspondientes. - Derivados del sistema de riesgos profesionales, conforme a las disposiciones legales que rijan la materia y organizar facultativamente la prestación de planes complementarios al Plan de Beneficios, según lo prevea su propia naturaleza.

Fuente. Construcción propia.

C. Relación entre recursos y resultados en salud y el tipo de agente pagador

Teniendo en cuenta los objetivos de los sistemas de salud y la manera como estos se organizan, de manera especial lo que respecta a la existencia de un pagador único o de pagadores múltiples, surge el interrogante de si existe una relación entre ambas variables que permita

justificar un modelo determinado de agente pagador. En otras palabras, ¿un pagador único (o múltiple) garantiza mejores resultados en salud y mayor cobertura que la operación del sistema de salud con pagadores múltiples (o un pagador único)? Para responder de una manera exploratoria a este interrogante se consideró la relación entre el gasto público en salud, como una medida del esfuerzo o la prioridad dada por los países a la salud, y variables relativas a los propósitos del sistema de salud,

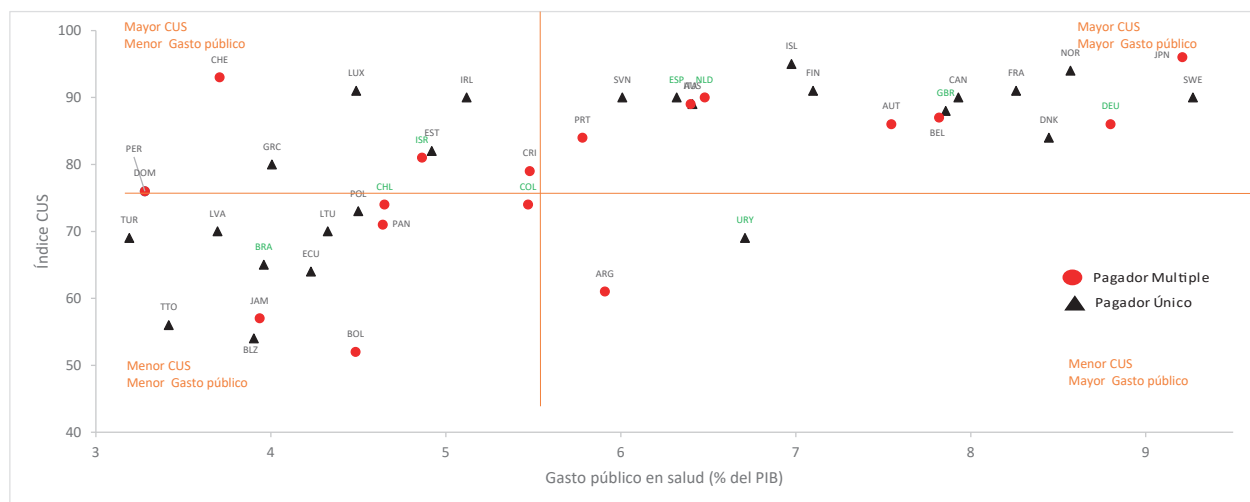
como son la cobertura y algunos resultados en salud, teniendo en cuenta el tipo de pagador que predomina en cada país (único o múltiple). A partir de los datos de WHO Data - Global Health Metrics se tomó información de 90 países de diferentes niveles de ingreso.

En primer lugar, se relaciona el gasto público en salud con el índice de cobertura universal. Este índice se mide entre 0 y 100, donde cien indica una cobertura efectiva para toda la población. Para los países de los cuales se tomó información y que se representan en la Gráfica 1, el índice promedio es de 78,1, y el gasto público en salud alcanza un promedio de 5,5% del PIB, con un rango de variación bastante amplio, desde países con niveles de gasto público cercanos al 3% del PIB hasta unos países cercanos al 9%. El coeficiente de correlación entre ambas variables es de 0,81, lo cual indica una relación positiva. En la figura se observa que, si bien entre los países con menor gasto público se presentan variaciones en la cobertura, desde niveles apenas superiores al 50% hasta niveles en torno al 90%, se aprecia la relación positiva entre las dos variables, de modo que los países con mayor

gasto público presentan índices de cobertura universal alto, con la excepción de Argentina y Uruguay, que justo hacen parte de América Latina. Ahora bien, de la figura se desprende que no habría una clara relación entre estos valores y el tipo de pagador, de manea que no puede sugerirse que uno u otro tipo modelo ofrezca mejores resultados en términos de cobertura.

En forma más específica, en la Gráfica 2 se representan con los mismos criterios solamente los países objeto de análisis en esta Observación. Se observa de forma más clara la relación positiva entre el gasto público y el índice de CUS, al tiempo que no se da cuenta de algún efecto asociado al tipo de pagador. Lllaman la atención los casos de España y Holanda, el primero que resulta representativo de un sistema con pagador único, y el segundo en donde predominan pagadores múltiples (las aseguradoras). En ambos casos se tiene un nivel de gasto público similar y un índice de cobertura universal prácticamente igual. También puede destacarse Israel, en donde se tiene un sistema con pagadores múltiples y se presenta un índice de cobertura universal alto en comparación por ejemplo

Gráfica 1. Gasto público en salud (% del PIB) e índice de cobertura universal (CUS) en países del mundo (resultados en países con pagador múltiple y pagador único)



Fuente. WHO Data - Global Health Metrics. Los datos del Gasto Público en Salud (como % del PIB) es 2018 y el índice de CUS es para el año 2020.

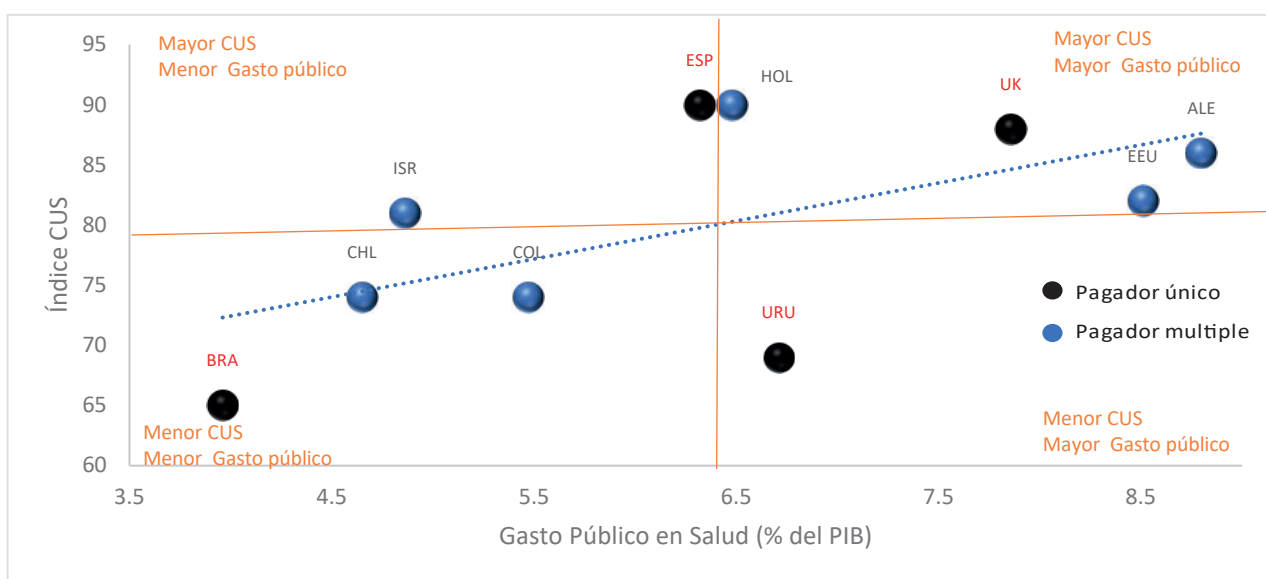
Nota: el cuadrante se determina a partir del valor promedio de cada variable.

con Chile y Colombia, igualmente con Brasil y Uruguay, países estos con pagador único. Colombia se ubica entre los países con menor gasto público y cobertura más baja, pero supera de manera importante el índice de cobertura universal que registran Brasil y Uruguay, en donde predomina el pagador único.

De manera similar se puede tomar la esperanza de vida, como indicador de los resultados en salud, y su relación con el gasto público en salud. En este caso,

también se encuentra una relación positiva entre ambas variables, con un coeficiente de correlación de 0,72, pero no se aprecian cambios asociados al tipo de pagador. Igual sucede con la tasa de mortalidad infantil, con un coeficiente de correlación de -0,66, de manera que se presenta una relación negativa con el gasto público en salud. Igualmente, no se puede concluir que los resultados en los indicadores de salud guarden relación con el tipo de pagador que predomina.

Gráfica 2. Países de análisis. Relación del gasto público en salud (% del PIB) e índice de CUS



Fuente: WHO Data - Global Health Metrics. Los datos del Gasto Público en Salud (como % del PIB) es 2018 y el índice de CUS es para el año 2020.

“No puede sugerirse que uno u otro tipo de modelo ofrezca mejores resultados en términos de cobertura <...> tampoco se puede concluir que los resultados en los indicadores de salud guarden relación con el tipo de pagador que predomina en los distintos países”.

II. Casos de estudio

En este apartado se presenta la revisión de los diez países seleccionados para el análisis. Se considera un grupo de países en donde existen aseguradoras, como actores destacados para el cumplimiento de los propósitos de sus sistemas de salud, y en tal caso se trata de países en donde se sigue el modelo de pagadores múltiples: Alemania, Colombia, Chile, Estados Unidos, Holanda e Israel. En contraste, se expone otro grupo de países en donde estos agentes no tienen tanto peso y predomina la relación directa entre fondos públicos y prestadores, de modo que son países exponentes del modelo de pagador único: Brasil, España, Reino Unido y Uruguay. Lo países fueron seleccionados a criterio de los investigadores, como resultado del conocimiento del entorno internacional, de manera especial la identificación de países con aseguradoras, que permitiese el análisis de pagador múltiple en forma similar al caso colombiano, y contrastarlos con países que resultan muy llamativos por tener pagador único.

Este ejercicio se realizó dada la importancia de definir e interpretar el impacto que tienen los mecanismos de pagador único y pagador múltiple, más aún, identificar el papel que desempeñan estos agentes en los sistemas de salud, pues ellos no solo tienen un efecto sobre la sostenibilidad financiera, sino que también pueden influir en los resultados en salud, la equidad, la eficiencia y la calidad de los servicios (Spinosi et al., 2021).

Para cada país se presenta una información de contexto con datos económicos y demográficos para el año 2020, tomados del Banco Mundial, y datos de salud del año 2018 tomados de la Organización Mundial de la Salud. También se realiza una descripción de los aspectos generales del sistema de salud y sus funciones, resumidas en: rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios. Para la revisión de cada país se adelantó consulta bibliográfica y se visitaron las páginas oficiales de los ministerios de salud y otras agencias de gobierno.

Sistemas de salud objeto de análisis

Países con pagadores múltiples

Colombia

Seguro público de salud, con fono único y aseguradoras que contratan los servicios con una red prestadora.

Israel

Asistencia sanitaria universal a cargo de cuatro aseguradoras encargadas de gestionar la red de prestadores de servicio de salud.

Chile

Subsistema público (FONASA) y subsistema privado a cargo de aseguradoras (ISAPRE). Ambos contratan con prestadores de servicios tanto públicos como privados.

Países Bajos

Seguro social obligatorio a cargo de aseguradoras privadas. Los hospitales son entidades sin ánimo de lucro, salvo algunas excepciones.

Alemania

Seguro público a cargo de cajas de enfermedad y proveedores de servicios de salud; ambos organizan y administran el sistema de forma conjunta mediante convenios.

Estados Unidos

El país no tiene un sistema único. Cobertura médica por tres vías: (i) programas financiados con dinero público, (ii) empleador, o (iii) seguro individual.

Países con pagador único

Uruguay

Servicios de salud a cargo de prestadores públicos y privados que contratan directamente con el Estado (FONASA).

Reino Unido

Sistema Nacional de Salud con cobertura universal. El Estado contrata directamente con prestadores.

Brasil

Sistema público, universal y gratuito, financiado por impuestos. Prestación a cargo de instituciones públicas y privadas.

España

Sistema de salud público, gratuito y universal. Cada comunidad autónoma se encarga de prestar los servicios de salud mediante su propia red.

A. Alemania

Población (en millones): 83,2
 PIB per cápita (PPA): USD 57.694
 Desempleo: 4,3%;
 informalidad: 10,2%
 Coeficiente de GINI: 34,4
 Pobreza: 14,8%
 Esperanza de vida (años): 80,9
 Gasto en salud (%PIB): 11,7



• Aspectos generales del sistema de salud

Desde su surgimiento en 1883, con la Ley de Seguro para los Trabajadores, Alemania es la cuna del modelo de salud de Bismarck, un modelo de seguridad social soportado en las relaciones laborales y fundado bajo el principio de solidaridad. El país tiene un sistema de salud integrado, cuenta con pagadores múltiples –las cajas de enfermedad– que aseguran a la mayor parte de la población, y garantiza la atención en salud mediante prestadores de servicios públicos y privados. El sistema se encuentra regulado en el libro V del Código Social de 1988.

El seguro de salud es obligatorio para todas las personas con ingresos brutos mensuales entre 450 y 5.362 euros, rango que se actualiza anualmente. Quienes generan ingresos por encima del límite superior están exceptuados de afiliarse al seguro obligatorio y pueden adquirir un seguro privado, lo que sucede con unos 9 millones de personas. Cerca del 90% de la población del país, es decir, más de 70 millones de habitantes, se encuentra afiliada al seguro médico obligatorio (Sicher Bewährt, 2020)

• Rectoría

El Ministerio Federal de Salud es el órgano rector, encargado de elaborar la política sanitaria del país. A nivel regional, cada estado federado (16 en total) es responsable de la política sanitaria, tiene la supervisión técnica y de servicios de las autoridades municipales de salud y de las cajas de enfermedad. Además, en cada estado el sistema está conformado por las cajas de enfermedad y los proveedores de servicios de salud.

Las cajas de enfermedad y los proveedores están encargados de organizar y administrar el sistema mediante convenios y una gestión autónoma conjunta, reflejada en un sistema de autogobierno a cargo del Comité

Federal Conjunto, el cual cuenta con 13 miembros: 5 de la Asociación Federal de Cajas de Enfermedad, 2 de la Asociación Federal de Médicos, 2 de la Federación de Hospitales, 1 de la Asociación Federal de Odontólogos, y 3 miembros independientes; las organizaciones de usuarios tienen derecho de consulta. El Comité determina los servicios individuales que debe cubrir el seguro médico obligatorio, emite directrices en materia de gestión y aseguramiento de la calidad, y financia proyectos sobre nuevas formas de atención e investigación en salud (Gemeinsame Bundesausschuss, n.d.).

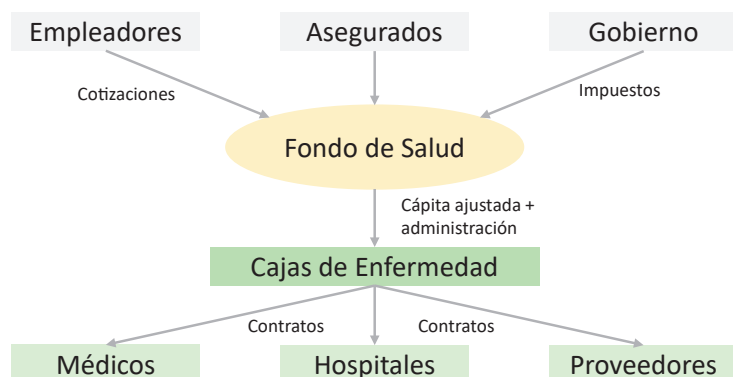
• Financiación

Alemania tiene el gasto en salud más alto de la Unión Europea (UE) (11,7% y 9,9% del PIB en 2019, respectivamente). La mayor parte del gasto sanitario es público (77,7%), financiado principalmente mediante cotizaciones. Por su parte, los pagos de bolsillo representan el 12,7% del gasto total en salud, cifra inferior a la mayoría de los países de la UE (OECD, 2021), y el porcentaje restante corresponde al gasto en seguros voluntarios.

Las contribuciones al seguro obligatorio de salud son asumidas por empleados, empleadores e independientes, y alcanzan una participación del 64,9% del gasto sanitario, constituyendo la fuente de financiación más importante dentro del sistema. La tasa de cotización es del 14,6% del ingreso y, en el caso de los asalariados, se paga por partes iguales entre empleador y trabajador. Los aportes son recolectados en el Fondo de Salud que se encarga de transferir a cada caja de enfermedad una cápita por asegurado, ajustada por edad, sexo y morbilidad, lo que se conoce como la equiparación de la estructura de riesgo (Bundesministerium für Gesundheit, 2022). Esta cápita puede variar notoriamente entre cajas; por ejemplo, mientras que en 2020 Debeka BKK recibió 1.917 euros por asegurado, KNAPPSCHAFT recibió 4.615.

• Aseguramiento

Las cajas de enfermedad son corporaciones públicas autónomas. Además de la cápita ajustada, reciben otros recursos a través del cobro a los asegurados de un aporte que determina cada caja (para 2018 representaba hasta 1,7 puntos de la cotización) y también reciben del Fondo de Salud asignaciones para cubrir gastos administrativos. Las Cajas no pueden acumular ganancias, todos sus

Esquema 3. Sistema de salud: flujo de recursos en el sistema de salud alemán

Fuente. Elaboración propia, con información de (Hanke, 2021)

recursos deben ir destinados a la atención en salud de los usuarios. Según el Código Social, en el artículo 259, los recursos de las cajas comprenden “fondos operativos, la reserva y los activos administrativos”.

Además de los servicios establecidos por el Comité Federal, cada caja puede ofrecer servicios complementarios a los usuarios a cambio del aporte adicional. Pueden existir servicios que no son garantizados en su totalidad bajo el criterio de “auto-infracción”. El Código Social establece que si las personas aseguradas han contraído una enfermedad (i) intencionalmente o como resultado de un delito o falta (ej. accidente de tránsito por conducir en estado de embriaguez) o (ii) como resultado de una operación estética, un tatuaje o una perforación no médicamente indicada, la caja puede

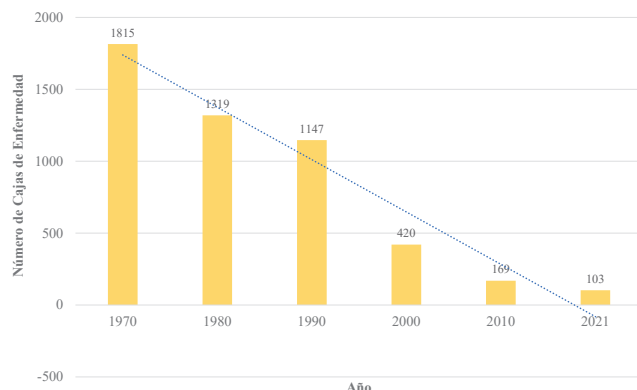
compartir una “cantidad adecuada” de los costos de la atención con el asegurado.

El número de cajas de enfermedad se ha reducido en el tiempo. Mientras que en 1970 había 1.815 cajas, en la actualidad hay 102. En la mayoría de los casos, las cajas han desaparecido al fusionarse con otras. En 2021, las cajas con mayor número de afiliados fueron: (i) Techniker Krankenkasse (TK) con 10,8 millones, (ii) Barmer con 8,75 millones y DAK Gesundheit con 5,5 millones. Para 2023, las cajas esperan un déficit financiero de

alrededor de 17 mil millones de euros, panorama ante el cual el Ministerio de Salud está considerando el aumento de las cotizaciones, el ajuste de las reservas y un aumento del subsidio federal (Aktuell, 2022).

• Prestación de servicios

En caso de enfermedad, el primer punto de contacto suele ser el médico de familia, cuya elección es libre. Para adquirir los medicamentos prescritos, el asegurado puede acudir a cualquier farmacia; la caja asume la mayor parte de los costos y los asegurados pagan un copago del 10% del precio de venta, considerando un pago mínimo de 5 y un máximo de 10 euros. Existen algunas poblaciones exentas de los copagos, como niños y jóvenes hasta 18 años (Sicher Bewährt, 2020)

Gráfica 3. Número de cajas de Enfermedad. Alemania (1970-2021)

Fuente. Elaboración propia, con información de (Entwicklung Der Anzahl Gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 Bis 2022, 2022)

La composición de la red hospitalaria ha ido variando en las últimas tres décadas: mientras en 1991 el 47% de los hospitales eran públicos, en 2018 eran solo el 29%. Por su parte, entre uno y otro año los hospitales privados pasaron del 15% al 37%, y los hospitales sin fines de lucro pasaron de 39 a 34% (Hanke, 2021).

B. Brasil

Población (en millones): 212,6
 PIB per cápita (PPA): 15,076.40
 Desempleo: 13,7%;
 informalidad: 47%
 Coeficiente de GINI: 53,4
 Pobreza: 37,2%
 Esperanza de vida (años): 76
 Gasto en salud (% PIB): 9,6



• Aspectos generales del sistema de salud

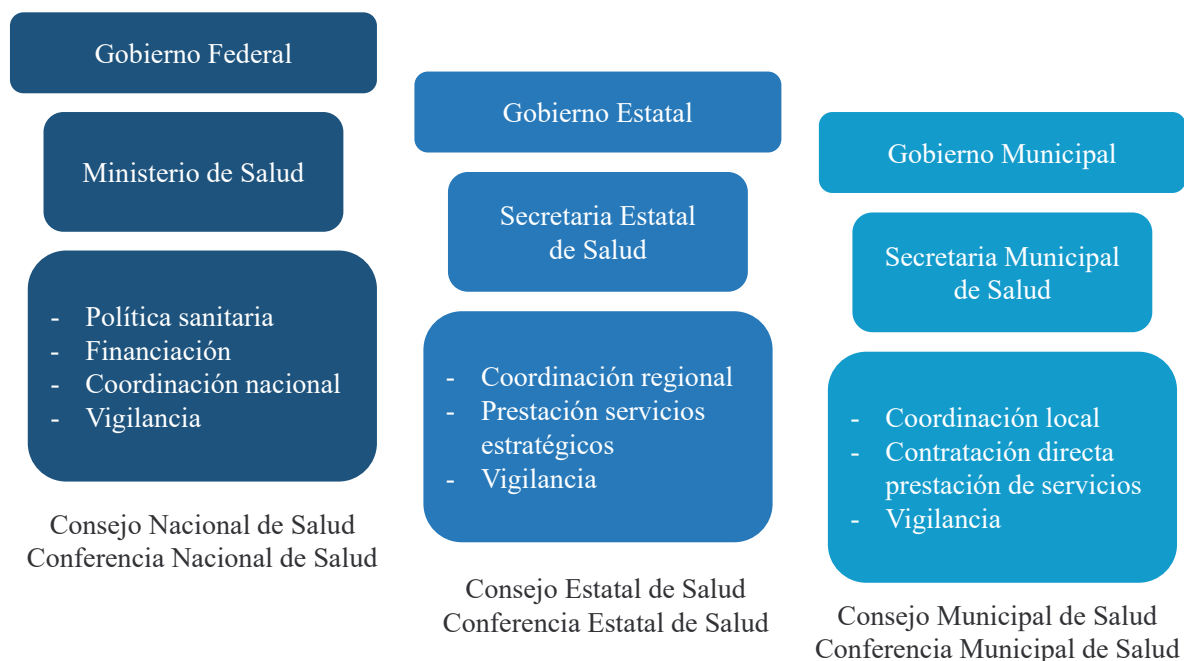
La reforma constitucional de 1988 dio lugar en Brasil al Sistema Único de Salud (SUS) y otorgó a la salud el carácter de derecho universal bajo la responsabilidad del Estado. Los tres principios que soportan el sistema son: (i) el derecho universal a la atención integral de la salud en todos los niveles de complejidad (primario, secundaria y terciario), (ii) la descentralización con responsabilidades atribuidas a los tres niveles de gobierno (federal, estatal y

municipal), y (iii) la participación social en la formulación y seguimiento de la implementación de las políticas de salud a través de consejos de salud (Commonwealth Fund, 2020). No obstante, el SUS solo cubre alrededor del 75% de la población mientras un 23% es cubierto por el sector privado mediante un esquema conocido como Salud Suplementaria o servicios particulares mediante gasto de bolsillo.

• Rectoría

El Ministerio de Salud es responsable de la gestión central del sistema, el desarrollo de políticas, la planificación, el financiamiento, la auditoría y el control. Los 5.570 municipios manejan en gran medida la gestión del sistema a nivel local, incluida la cofinanciación, la coordinación de programas y la prestación de servicios de salud. La participación de la comunidad se garantiza a través de los Consejos de Salud y las Conferencias de Salud, instancias responsables de deliberar sobre las políticas de salud pública y monitorear su implementación.

Cuadro 2. Estructura del sistema público de salud de Brasil



Fuente. Elaboración propia, con información (The Commonwealth Fund, 2020).

- **Financiación**

En 2019, el gasto total en salud en Brasil fue del 9,6% del PIB, superior al promedio de los países de la OCDE (8,8%), y, a diferencia de la mayoría de estos, el gasto es financiado en mayor medida con fuentes privadas. En el mismo año, el 41% del gasto sanitario se financió públicamente, el 30% vía seguros privados, una cifra alta en comparación con los demás países y solo comparable con Estados Unidos, y el 25% por pagos de bolsillo (OCDE, 2021).

En 2014, el 5,3% de los hogares experimentaron gastos de salud tan altos que se vieron obligados a renunciar a otros gastos no relacionados con la salud. El costo de los medicamentos fue el componente principal de este gasto ya que solo ciertos medicamentos están disponibles de forma gratuita en el SUS (Luiza et al., 2016).

El SUS se financia con ingresos fiscales y contribuciones de los gobiernos federal, estatal y municipal. En 2017, la participación federal del gasto público total fue de alrededor del 43 %, los estados aportaron casi el 26 % y los municipios el 31 %. Aunque los municipios están obligados a gastar, como mínimo el 15 % de sus ingresos totales en salud, en realidad gastan, en promedio, casi el 24% (Commonwealth Fund, 2020).

- **Aseguramiento**

Toda la población de Brasil tiene cobertura automática y gratuita bajo el SUS. Aun así, la población puede acceder a un seguro de salud privado, voluntario y complementario al SUS, con el fin de recibir una atención diferenciada en instituciones privadas de servicios de salud. El 23% de la población tiene seguro privado.

Los sectores de salud público y privado son independientes entre sí. La mayoría de las personas con seguro privado obtienen este como un beneficio otorgado por sus empleadores. Según la (OCDE, 2021), casi el 70% de los beneficiarios reciben su seguro de salud privado como una prestación laboral. Las personas naturales y jurídicas pueden deducir de sus gastos impositivos los costos de seguros de salud, así como la compra de servicios

de salud, medicamentos e insumos médicos, lo que tal vez justifique en parte el alto gasto en salud del país.

- **Prestación**

En comparación con otros sistemas de salud de países OCDE, Brasil tiene pocos médicos y enfermeras. La densidad de médicos en 2019 fue de 2,3 por cada 1.000 habitantes, inferior a la de todos los países de la OCDE (excepto Colombia) cuyo promedio es de 3,5 (OCDE, 2021). En relación con la atención primaria, desde 1994 se implementó la “Estrategia de salud de la familia”, una política nacional para la expansión de la atención primaria bajo un modelo de equipos de salud integrados por un médico, una enfermera, un auxiliar de enfermería y hasta 12 agentes comunitarios de salud. Estos equipos cubren de 2000 a 4000 personas en hogares por área geográfica. Para su financiación, el gobierno federal proporciona financiamiento per cápita, con transferencias mensuales de hasta US 2.493 por equipo de salud a los municipios, entidades responsables de organizar y prestar los servicios de atención primaria. En 2019, el 98% de los municipios había adoptado el modelo, existían más de 43.000 equipos integrados y al menos 26.000 de salud oral que atendían a más de 133 millones de personas (64% de la población) (Commonwealth Fund, 2020).

Los estados o municipios coordinan la atención de servicios de salud especializada, garantizando la prestación de servicios y el pago a proveedores. Por su parte, el gobierno federal reembolsa a los estados o municipios los valores correspondientes de acuerdo con el volumen de servicios especializados que se prestan.

En cuanto a la atención hospitalaria, si bien el gobierno federal contribuye al financiamiento, la contratación y reembolso de estos es responsabilidad del gobierno estatal o municipal. En 2015, había 6.154 hospitales generales y especializados. Del total de hospitales, el 38% eran públicos y el 62% privados. Entre los hospitales privados, el 38% eran sin fines de lucro y el 62% con fines de lucro (Commonwealth Fund, 2020).

C. Colombia

Población (en millones): 50,3
 PIB (PPA): USD 14.565
 Desempleo: 15,4%;
 informalidad: 48,1%
 Coeficiente de GINI: 51,3
 Pobreza: 35,7%
 Esperanza de vida (años): 77,3
 Gasto en salud (%PIB): 7,6

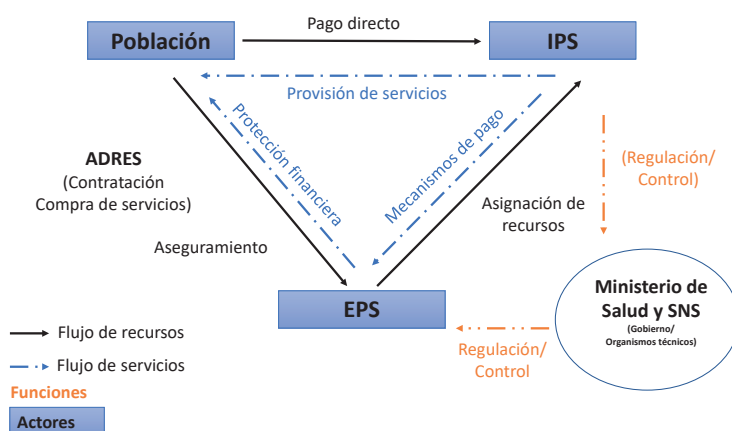


• Aspectos generales del sistema de salud

La creación del sistema general de seguridad social en salud, mediante la Ley 100 de 1993, implicó cambios estructurales en la financiación, la administración y la prestación de los servicios de salud. Se pretendió formar un mercado regulado, con participación mixta en el aseguramiento y la prestación de servicios, trazando como meta inicial la cobertura universal del seguro público de salud al año 2000, y delegando la administración del seguro en las Entidades Promotoras de Salud (EPS).

A la par con el desarrollo del aseguramiento, se ha presentado en el país una dinámica muy interesante en lo que respecta al derecho a la salud. La Corte Constitucional, respondiendo al incremento desbordado de las acciones de tutela, reconoció en 2008 la salud como derecho humano fundamental (Restrepo-Zea et al., 2018), el cual fue regulado mediante la Ley Estatutaria de Salud (Ley 1751 de 2015) (Tafur Caldero & Prada, 2019)

Esquema 4. Estructura del sistema de salud de Colombia



Fuente. Elaboración propia, con información (Mills, 2011)

• Rectoría

Para la definición y actualización del plan de beneficios (PBS) y de la unidad de pago per cápita (UPC), la Ley 100 creó el Consejo Nacional Seguridad Social en Salud. Posteriormente, en desarrollo de la Ley 1122 de 2007, estas funciones fueron asumidas por la Comisión de Regulación en Salud, pero a partir de 2012 se eliminaron estos organismos y el Ministerio de Salud y Protección Social asumió las funciones como parte de la rectoría a su cargo.

• Financiación

Colombia destina el 7,6% del PIB a salud (OMS, 2018). El 71,6% del gasto es público y el 28,4% privado. El gasto de bolsillo equivale al 15,1% del gasto total en salud, siendo uno de los más bajos de la región y de los países de la OCDE, lo que junto con la cobertura da cuenta de avances importantes en cuanto a protección financiera.

Los recursos del sistema provienen de las cotizaciones y de impuestos y son reunidos en un fondo único nacional a cargo de la Administradora de los Recursos del Sistema (ADRES). Esta entidad es la encargada de reconocer a las EPS la UPC. Las cotizaciones corresponden a un porcentaje del ingreso salarial, a cargo de empleadores (8,5%), empleados (4%), trabajadores independientes y pensionados (entre 4% y 12%). Varias reformas tributarias han reducido las cotizaciones desde 2012 y han aumentado el aporte del gobierno nacional para mantener la cobertura. Es el caso que el aporte de los empleadores solo aplica para los trabajadores con más de diez salarios

mínimos, y para los pensionados con ingresos de uno y entre uno y dos salarios mínimos, el aporte se redujo del 12% al 4% y al 10%, respectivamente.

Los recursos del sistema ascendieron en 2021 a \$64,1 billones (Rangel Q et al., 2021), unos USD 16,6 mil millones de dólares y US 322 dólares per cápita. Las cotizaciones continúan siendo la principal fuente de financiación, seguidas por los aportes del presupuesto nacional, transferencias territoriales agrupadas bajo el Sistema General de Participaciones (SGP), la contribución del seguro obligatorio de accidentes de tránsito (SOAT), y algunos impuestos departamentales, también llamados rentas cedidas.

• Aseguramiento

La población colombiana se afilia al sistema mediante el régimen contributivo (RC), que brinda cobertura familiar a trabajadores, pensionados y personas con capacidad de pago, o mediante el régimen subsidiado (RS) para las personas de menores recursos y sin acceso al empleo formal. La cobertura creció desde 29,2% en 1995 hasta 97% en 2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La afiliación es obligatoria mediante las EPS, entidades generalmente privadas con y sin ánimo de lucro que se encargan de garantizar el PBS financiado mediante la UPC. Los servicios no financiados por medio del plan han sido asumidos con recursos públicos adicionales mediante un mecanismo de recobro de las EPS a la ADRES, lo que por muchos años constituyó gastos desmedidos, poniendo en riesgo la sostenibilidad financiera. Para enfrentar esta problemática, el gobierno adoptó en 2020 un mecanismo de presupuesto máximo, de modo que la ADRES transfiere de forma ex ante a cada EPS un presupuesto adicional a la UPC para financiar los servicios y tecnologías no incluidas en el PBS (Ministerio de Salud y Protección Social, 2020).

Las EPS han estado encargadas de la administración del riesgo financiero, la gestión de riesgo en salud, la articulación de los servicios que garanticen el acceso efectivo, la garantía de la calidad en la prestación de los servicios de salud y la representación del afiliado ante el prestador. A lo largo del

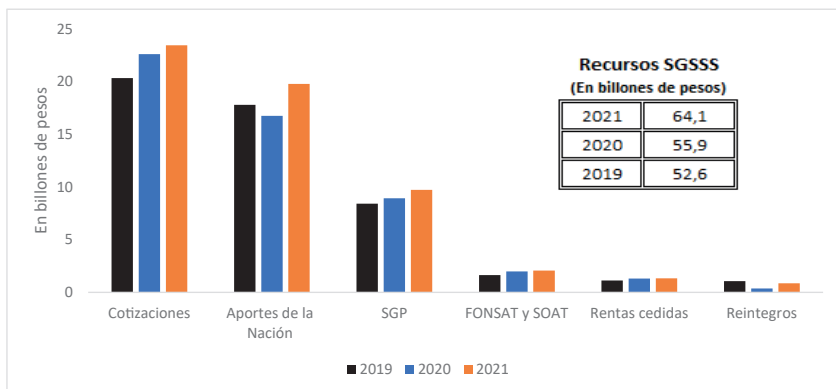
tiempo se ha reducido en forma importante el número de EPS, desde 265 en el año 2000 a 30 en 2022. Además de los ajustes centrados en el régimen subsidiado, en donde existieron EPS muy pequeñas, la reducción reciente obedece especialmente a la liquidación de varias de las EPS. Estas entidades se han visto sometidas a un mayor grado de regulación especialmente a partir del Decreto 2702 de 2014 sobre habilitación financiera, con un impacto considerable en muchas aseguradoras, desde su liquidación voluntaria, vigilancia especial, programa de recuperación o en riesgo de ser liquidadas.

Las principales ocho EPS del país concentran en el primer semestre de 2022 la mayor proporción de afiliados (60,2%): Nueva EPS con 8,53 millones (16,8%), EPS Sanitas con 4,74 millones (9,34%), EPS Sura con 4,71 millones (9,31%), Salud Total con 4,2 millones (8,3%), Coosalud con 3,1 millones (6,2%), Famisanar con 2,8 millones (5,4%) y Mutual Ser con 2,4 millones (4,8%).

• Prestación de servicios

Los proveedores de la atención son las instituciones prestadoras de servicios (IPS), que pueden ser públicas, privadas o mixtas. Los hospitales públicos (Empresas Sociales del Estado, ESE) atienden principalmente a población del RS. Luego de basar su financiación mediante el subsidio a la oferta, las modalidades de contratación más frecuentes son la capitación y el pago por evento (Tafur Caldero & Prada, 2019).

Gráfica 4. Colombia. Fuentes de financiación del SGSSS, 2019-2021



El Ministerio de Salud y Protección Social expidió la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) a partir de la Resolución 429 de 2016. Luego, como respuesta al mandato del plan nacional de desarrollo 2018-2022, se adoptó el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), el cual complementa el PAIS articulando la gestión de los integrantes del sistema de salud bajo el liderazgo del departamento o distrito, además de diagnosticar el territorio reconociendo las diferencias geográficas sociales económicas culturales, entre otras.

Fuente. Elaboración propia a partir de informes de ejecución presupuestal ADRES, Unidad de Recursos Administrados.

D. Chile

Población (en millones): 19,1
 PIB per cápita (PPA): USD 25.068
 Desempleo: 11,51%;
 informalidad: 40,50%
 Coeficiente de GINI: 44,4
 Pobreza: 13,7%
 Esperanza de vida (años): 80,2
 Gasto en salud 2020 (%PIB): 9,4



• Aspectos generales del sistema de salud

Hasta finales de la década de 1970 regía en Chile el Sistema Nacional de Salud (Ley 10.383 de 1952), un sistema en el que el Estado jugaba un rol predominante pues no solo era el encargado de su financiación, sino también de la prestación de servicios a través de una red de centros de atención médica y hospitalaria propia. Con la Ley 2.763 de 1979 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS), bajo el cual la función del Estado se enfocó en la gobernanza del sistema y se abrió un paso decidido a la participación de actores privados en el aseguramiento y la prestación. Fue así como se sentaron las bases de lo que hoy es el sistema de salud chileno, un sistema segmentado y mixto (público y privado).

El subsistema público está representado principalmente por el Fondo Nacional de Salud (FONASA), encargado de recaudar, administrar y distribuir los dineros destinados a salud, y de otorgar cobertura a las personas que cotizan a este subsistema y quienes carecen de recursos. Por su parte, el subsistema privado lo conforman las

Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), empresas aseguradoras que administran la cotización obligatoria de quienes eligen este subsistema. FONASA tiene afiliada un 78% de la población del país y las ISAPRE aseguran alrededor del 14,4% (Aguilera S et al., 2019).

• Rectoría

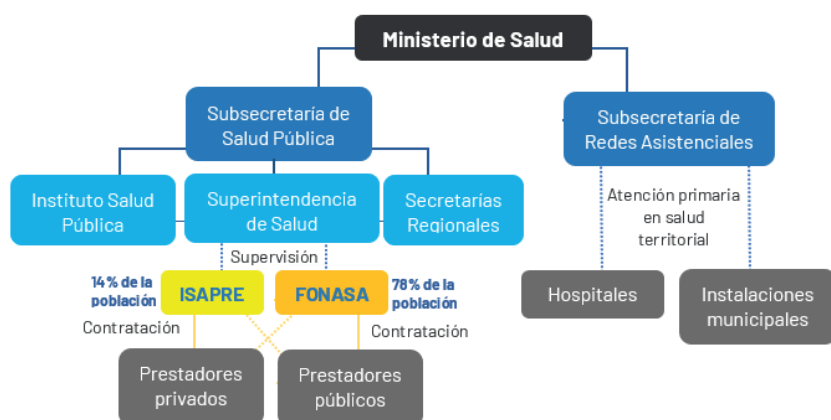
La rectoría del sistema está a cargo del Ministerio de Salud (Minsal), entidad que fija las políticas de salud. La función de fiscalización es asignada a tres entidades: (i) Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, (ii) Instituto de Salud Pública y (iii) Superintendencia de Salud. La función de aseguramiento corresponde a las ISAPRE y el FONASA, y por último, la prestación de servicios se encuentra a cargo de prestadores públicos y privados.

• Financiación

En 2020, el gasto en salud de Chile representó el 9,4% del PIB año, un ligero aumento en comparación con el 9,3% de 2019 (Statista Research Department, 2022). Por su parte, en 2019 el gasto de bolsillo en salud llegó a 32,8% del gasto total en salud, siendo mayor solo en Grecia, Letonia y México entre los países miembros de la OCDE (World Bank, 2021).

La financiación de la salud se realiza mediante impuestos generales y cotizaciones obligatorias de trabajadores o personas con ingresos. Tomando el total de cotizaciones públicas y privadas, su participación en el gasto total ha caído desde el 68,2% en 2000 al 49% en 2018, mientras que el aporte fiscal se incrementó desde 31,7 a 51%. Con esto, en 2017 el aporte fiscal pasó a ser más importante que las contribuciones de los trabajadores (Lenz-Alcayaga & Páez-Pizarro, 2021).

Esquema 5. Chile. Estructura del sistema de salud



• Aseguramiento

Los ciudadanos se pueden afiliar a cualquiera de los dos subsistemas (público o privado). En FONASA, el aporte es independiente de los riesgos de salud que pueda presentar la persona, mientras las ISAPRE pueden ofrecer seguros que se tarifican con base en los riesgos o preexistencias de cada asegurado. La cotización legal en salud para las personas corresponde al 7% de su

Fuente. Elaboración propia a partir de (Aguilera S et al., 2019)

remuneración o renta, pero las ISAPRE pueden negociar un porcentaje superior según la evaluación de riesgo individual.

Si bien el porcentaje de la población afiliada a cada subsistema no ha presentado cambios radicales en los últimos 30 años, las estadísticas muestran que la población de FONASA ha crecido del 67,3% en 1990 al 78% en 2017, mientras que la población de las ISAPRE ha disminuido del 15,1%, en 1990 al 14,4% en 2017, de manera que se ha presentado un aumento de la cobertura total por la vía de la afiliación al FONASA (Ministerio de Desarrollo Social, 2018).

Tanto FONASA como las ISAPRE deben garantizar el Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (GES), plan que torga la cobertura de 85 enfermedades desde la sospecha y la confirmación diagnóstica, hasta el tratamiento y posterior seguimiento y control del problema de salud.

FONASA, en su rol de asegurador, opera como un seguro social tradicional, teniendo en cuenta que no vincula o condiciona los beneficios de los afiliados a las contribuciones realizadas por estos. Los afiliados a FONASA tienen acceso al mismo paquete de beneficios definidos en la normativa chilena, así que como seguro público funciona bajo el principio de solidaridad y sus servicios no discriminan por ningún criterio de riesgo.

Las ISAPRE, en cambio, actúan como compañías de seguros de riesgo individual y han creado más de 55.000 paquetes de prestaciones, de los cuales unos 11.000 están vigentes. Los afiliados que opten por afiliarse a una ISAPRE suscriben un contrato de plazo indefinido en el cual acuerdan libremente las prestaciones y los beneficios incluidos, así como la forma, modalidad y condiciones de su otorgamiento (Ley N° 20.015).

Sin perjuicio de lo anterior, las ISAPRE están obligadas a asegurar, como mínimo, las GES en su modalidad de

libre elección. Garantizadas las coberturas mínimas, las ISAPRE pueden negociar con los asegurados otro tipo de servicios y/o beneficios a cargo de aportes adicionales. Las reglas en los seguros que comercializan las ISAPRE no incluyen mecanismos de solidaridad a nivel del financiamiento. La búsqueda de eficiencia para el sistema fue el argumento que soportó la creación de las ISAPRE pues se consideró que los mecanismos de mercado en los niveles de provisión y financiación podrían inducir ganancias de eficiencia en la asignación (Titelman, 2000).

El mercado de las ISAPRE está conformado por nueve aseguradoras, seis abiertas y tres cerradas. Las ISAPRE abiertas reciben a cualquier afiliado con independencia de su calidad laboral y su empleador, mientras que las cerradas se han organizado para grupos específicos de trabajadores. De las ISAPRE abiertas, cuatro concentran la mayor cantidad de asegurados, cada una con una población que ronda entre el 19% y 23% del total de asegurados en el subsistema privado.

Las ISAPRE tienen libertad para contratar con los prestadores de servicios y en caso de no existir un convenio entre las partes, el pago se realiza por servicio prestado.

• Prestación

Los prestadores públicos hacen parte de las municipalidades, y los prestadores privados pueden pertenecer a aseguradoras de salud (ISAPRES) o son clínicas independientes que costean sus operaciones del gasto de bolsillo de las personas. En el país hay casi 4000 establecimientos de salud, de los cuales el 71% son públicos. Del total de establecimientos de salud, 3.357 prestan atención ambulatoria (2.643 públicos y 714 privados), 330 son hospitales (202 públicos y 128 privados) y 308 son laboratorios clínicos o dentales (5 públicos y 303 privados) (Infraestructura de Datos Geospaciales - IDE Chile, 2021).

Cuadro 3. Chile: Aseguramiento en salud

FONASA		ISAPRES
78%	Asegurados	14%
Seguro público	Tipo de seguro	Seguro privado
Plan único con 2 modalidades de atención	Plan de salud	Diversos planes con diferentes modelos de atención y coberturas
Misma cotización y mismo plan para todos con estructura de financiación solidaria	Precios	Se estructura como una prima que varía según estado del riesgo del asegurado
Garantías Explícitas en Salud (GES)	Prestaciones básicas	Garantías Explícitas en Salud (GES)

Fuente. Ministerio de Salud de Chile

E. España

Población (millones): 47,4

PIB per cápita (PPA):

US\$ 38.335

Desempleo: 15.6%;

Informalidad: 27.3%

Coefficiente de GINI: 34.5

Pobreza: 20.7

Esperanza de vida (años): 82.4

Gasto en Salud (% PIB): 9.0



• Aspectos generales del sistema de salud

El sistema nacional de salud español (SNS) se fundamenta en los principios de universalidad, gratuidad, equidad y justicia, y se financia principalmente por medio de impuestos (Bernal et al., 2018). Está dividido en un esquema universal complementado por mutuales y aseguradoras privadas (April International, 2022), como se observa en el Cuadro 4.

• Rectoría

Desde 2002, la rectoría del SNS pasó de un esquema centralizado a un modelo descentralizado en las 17 comunidades autónomas (CA) y en el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), bajo la dirección del Consejo Interterritorial. Este cambio implicó la siguiente distribución de funciones en términos de rectoría del

Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), así: el Ministerio de Sanidad estará encargado de la legislación básica, la cobertura del SNS, la política farmacéutica, la financiación suplementaria, la protección al usuario y la dirección de INGESA; por su parte las 17 CA y el INGESA tienen a su cargo la legislación suplementaria; la financiación del sistema; compra y provisión, investigación y salud pública, prestación de servicios y ampliación de cobertura (Bernal et al., 2018; Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad, 2012).

La descentralización del sistema incluye la disminución de la importancia del INGESA, que pasa a ocuparse de las prestaciones sanitarias a nivel nacional, para atender solo las jurisdicciones de Ceuta y Melilla (Ministerio de Sanidad, 2022a). Otros actores que juegan un papel importante son: (i) Ministerio de Trabajo, con financiación parcial de las mutuas; (ii) Ministerio de Administración Pública, con aseguramiento en salud de los funcionarios; (iii) Ministerio de Economía, Comisión Interministerial de precios de medicinas, y (iv) Ministerio de Finanzas, con la financiación de las Comunidades Autónomas, supervisión del pago de deudas e inclusión de nuevos beneficios (Bernal et al., 2018).

• Financiamiento

El gasto en salud en España es inferior al promedio de la Unión Europea (9,1% PIB frente a 9,9%) (OECD &

Cuadro 4. España. Estructura del sistema de salud

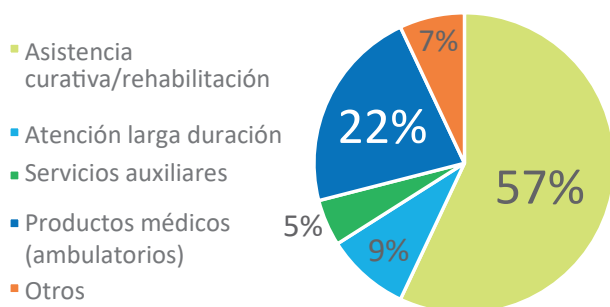
Universal	Sistema Nacional de Salud	Basado en los principios de universalidad, gratuidad, equidad y justicia, es el conjunto coordinado de servicios de salud garantizado por el gobierno nacional.
Mutuas	Fondos mutuales del sector público	Enfocados exclusivamente en la cobertura de: (i) Servidores públicos (MUFACE) (ii) Funcionarios judiciales (MUGEJU) (iii) Fuerzas armadas (ISFAS)
Mutuas	Mutuas Colaboradoras con la SS	18 fondos sin ánimo de lucro que gestionan prestaciones sanitarias y económicas por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
Seguro	Seguros privados	Alrededor de 40 aseguradoras privadas que ofrecen coberturas de salud.

Fuente. Elaboración propia a partir de (Bernal et al., 2018) y (Sector Asegurador, 2022)

Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2021) y al promedio de los países de la OCDE (12,5% PIB) (World Bank, 2022a). La crisis de 2008 originó el “Programa de Estabilidad” que reguló condiciones nacionales de cobertura, beneficios y cofinanciación, y redujo el gasto público en 0,9% del PIB de 2009 a 2015 (Ministerio de Sanidad, 2022b). El gasto en salud se distribuye en 71% público y 29% privado. El gasto público tiene las siguientes fuentes: 94,5% de impuestos generales, 3,4% de cotizaciones a mutuas del sector público y 2,1% de cotizaciones a las mutuas. En cuanto a las asignaciones, se tiene que el 92% es para las comunidades autónomas, 3% a las mutuas del sector público, 2% a la administración central, 2% a la administración de la seguridad social y 1% a las corporaciones locales (Bernal et al., 2018; Ministerio de Sanidad, 2022b; OECD & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, 2021)

Las mutuas del sector público se financian en 85% con recursos públicos y en un 15% con cotizaciones; estas cotizaciones dependen del ingreso y el riesgo, y varía entre el 2,3% y el 5,8% del salario mínimo (Bernal et al., 2018). La cotización de los trabajadores (dependientes e independientes) del sector privado depende del sector económico, el tipo de riesgo y el nivel de ingreso (Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones, 2022). En cuanto al gasto privado, el gasto de bolsillo representa el 21,8% del gasto total en salud y los seguros el 7%.

Gráfica 5. España. Gasto privado en salud por origen, 2018



Fuente. Elaboración propia a partir de (Ministerio de Sanidad, 2022b)

Nota. La categoría otros incluye gasto de salud pública, administración y seguros, y formación de capital para prestación de servicios

Finalmente, la destinación pública y privada de los recursos es la siguiente:

- **Aseguramiento**

La cobertura en salud en España es del 99,9% de la población en servicios básicos. En términos generales, la cobertura del SNS se considera universal e incluye un paquete considerable de beneficios, con exclusiones expresas. Tiene tres categorías (Bernal et al., 2018):

- Paquete común (igual para todas las CA): Incluye prevención, diagnóstico, rehabilitación y urgencias. Sin copago.
- Paquete complementario (definido por las CA bajo restricciones presupuestales). Con copago.
- Paquete accesorio: No regulado. Con copago.

La adquisición de la cobertura ofrecida por las mutuas es obligatoria en atención al sector económico, el tipo de riesgo y el nivel de ingreso.

- **Prestación de Servicios**

El Sistema se organiza en dos niveles de atención: (i) Atención primaria, que es universal, accesible e integral, y (ii) Atención especializada, que cuenta con medios diagnósticos y/o terapéuticos de mayor complejidad y coste. La mayoría de los servicios de cuidado primario se prestan en hospitales de naturaleza pública. En contraste, los servicios de cuidado secundario cuentan con una creciente participación de prestadores particulares (Bernal et al., 2018). Las CA cuentan con al menos un hospital general público que ofrece todas las especialidades cubiertas (Ministerio de Sanidad, 2021).

La participación de los privados en la prestación del servicio de salud suele producirse mediante modelos de “Partnership Público-Privado” (“Modelo Alzira”). Así, las entidades concesionarias –reúnen aseguradoras, constructoras o bancos– se encargan de la construcción y mantenimiento de infraestructura, y de la gestión de servicios asistenciales, a cambio de una prima anual individual a cargo de la Comunidad Autónoma (Vivas Orts et al., 2020).

F. Estados Unidos

Población (millones): 328,2
 PIB per cápita (PPA): USD 63.544
 Desempleo: 8,3; Informalidad: 18,6
 Coeficiente de GINI: 41,8
 Pobreza: 12,7
 Esperanza de vida (años): 78,8
 Gasto en Salud (% PIB): 16,9



• Aspectos generales del sistema de salud

Estados Unidos ha sido uno de los artífices del modelo económico capitalista, tal y como se lo conoce en la actualidad, y aunque no se encuentre entre las 10 economías más capitalistas (Gwartney et al., 2022), su sistema de salud se ha consolidado bajo un modelo de capitalismo calificado como “predatorio” (Long, 2020). Más que un sistema de salud integrado, el país posee varios esquemas públicos y privados, lo que permite acceder a servicios de salud con fundamento en variables como grupo etario, situación socioeconómica, relación laboral o pertenencia a las fuerzas militares, entre otras.

Como país federado, desde la aprobación de la Ley McCarran-Ferguson en 1945, los estados pueden regular el aseguramiento en salud. En contraste, resalta la Ley ERISA de 1974, que dispone la regulación federal de los seguros laborales colectivos, principal mecanismo

de cobertura desde la Segunda Guerra Mundial. Para promover la cobertura universal de aseguramiento, en 2010 se aprobó la Ley Affordable Care Act, también conocida como ACA, PPACA, u ObamaCare, para subsidiar el acceso de las personas con ingreso entre 100% y 400% de la línea de pobreza federal, fortalecer Medicaid, y establecer la adquisición de seguros de salud como mandatorio para algunas poblaciones.

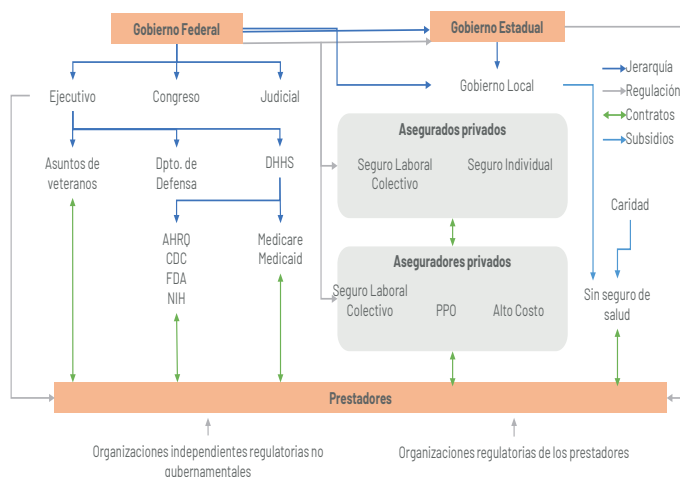
• Rectoría

La rectoría se distribuye entre las autoridades federales, estatales y locales, con la participación de entidades privadas en el frente regulatorio. En el Esquema 6 y el Cuadro 5 se ilustra de manera general los roles de los distintos actores y sus relaciones en el sistema.

• Financiamiento

Estados Unidos posee un alto gasto en salud como porcentaje del PIB (16,9%, frente a 12,5% promedio en los países OCDE) (World Bank, 2022b). Alrededor del 52% de las fuentes que sustentan el sistema son privadas: 34% en aseguramiento privado, 11% gasto de bolsillo y 8% de otros privados. Por otra parte, el 48% restante del gasto corresponde a fuentes públicas: 20% Medicare, 17% Medicaid/CHIP y 10% otros públicos (OMS, 2020). La forma como fluyen los recursos se representa en el Esquema 7.

Esquema 6. Estados Unidos. Estructura del sistema de salud



Fuente. Elaboración propia a partir de (Rice et al., 2020)

• Aseguramiento

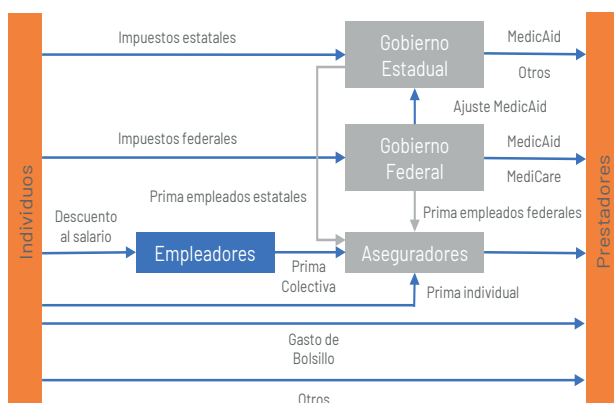
La cobertura de aseguramiento en salud es de 91,5%, inferior al 98% en los países de la OCDE. El aseguramiento puede manifestarse como: (i) seguro público de salud (principalmente Medicare y Medicaid); (ii) seguro de salud colectivo, derivado de la relación laboral, o (iii) seguro de salud individual (ver Figura 16). El país cuenta con unos 30 millones de personas sin seguro de salud, lo que representa el 8,5% de la población, y conforma, junto a Polonia y Grecia, el grupo de países miembros de la OCDE que no posee un conjunto universal de servicios básicos garantizados.

~ **Medicare:** Otorga cobertura universal desde los 65 años y a personas con algunas enfermedades de alto costo. Incluye cobertura parcial para medicamentos (programa federal).

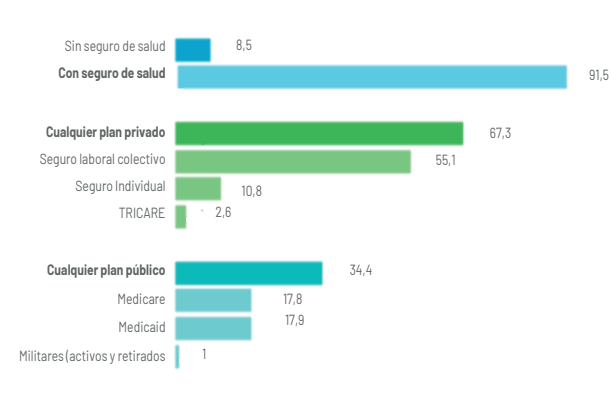
Cuadro 6. Estados Unidos. Estructura del sistema de salud, entidades y funciones

Entidad	Función
Congreso	Establece lineamientos para el desarrollo del sistema de salud. Sus decisiones tienen impacto en los esquemas de aseguramiento público y privado.
Ejecutivo	Ejecuta lineamientos legislativos para el correcto desarrollo del sistema. Participa en la garantía del derecho a la salud de la población sin seguro. Gestiona Medicare.
Veteranos	Se encarga de la garantía del derecho a la salud de los veteranos militares.
Dpto. de Defensa	Garantiza el derecho de salud de militares activos y sus familias a través de TriCare.
DHHS	Administra la mayoría de los esquemas de aseguramiento público en salud.
Gobierno Estadual	Cuenta con órganos legislativos, ejecutivos y judiciales propios. Posee autonomía para reglamentar su sistema de salud. Gestiona Medicaid.

Fuente. Elaboración propia a partir de (Rice et al., 2020)

Esquema 7. Flujo de recursos en el sistema de salud Estados Unidos.

Fuente. Elaboración propia a partir de (Reinhardt, 2011)

Gráfica 6. Clasificación de Cobertura (% población 2018)

Fuente. Elaboración propia a partir de (Berchick et al., 2019)

- ~ **Medicaid:** Otorga cobertura para familias de bajo ingreso y con alguna discapacidad, con enrolamiento obligatorio para algunos grupos poblacionales (programa a cargo de los estados).
- ~ **CHIP:** Otorga cobertura a niños de familias de bajo ingreso que no cumplen los requisitos para ingresar a Medicaid, pero no pueden adquirir seguro privado.
- ~ **Military Health System (MHS):** Otorga cobertura para los militares en servicio y retirados.

• Prestación de Servicios

La asistencia médica se focaliza en centros de atención especializada. Las “Accountable Care Organizations

(ACOs)” son grupos de doctores y hospitales que coordinan mecanismos de alta calidad en la prestación de servicios de salud (Centers for Medicare & Medicaid Services- CMS, 2022). Para generar eficiencia en la contratación, las HMO poseen sus propias instalaciones y personal, y contratan proveedores externos (OMS, 2020). El país posee dificultades en gestión del talento humano en salud dado que posee demasiados especialistas frente a médicos de atención primaria, están concentrados en las urbes, y las minorías étnicas están mal representadas (OMS, 2020).

G. Israel

Población (millones): 9,1
 PIB per cápita (PPA): USD 41.855
 Desempleo: 4,61; Informalidad: 10,2%
 Coeficiente de GINI: 42,8
 Pobreza: 19,6%
 Esperanza de vida (años): 82,8
 Gasto en Salud (% PIB): 7,5%



• Aspectos generales del sistema de salud

Desde la Ley Nacional de Aseguramiento en Salud (1995), Israel garantiza cobertura universal en salud para ciudadanos y residentes permanentes. El sistema, basado en los principios de justicia, equidad y asistencia mutua, se caracteriza por ser de naturaleza pública e integrada y por contar con cuatro entidades encargadas del aseguramiento, las Kupot Holim o también llamadas Health Maintenance Organizations (HMO), que son entidades sin ánimo de lucro. El seguro de salud es obligatorio para todos los residentes desde los 18 años, salvo para las mujeres casadas que no trabajan y cuyo esposo está asegurado (Ministerio de Salud de Israel, 2022). La elección de la Kupot Holim es libre para los asegurados y la canasta de servicios es definida por el Ministerio de Salud.

El sistema cuenta con la creciente participación de seguros de salud voluntarios, de dos tipos: (i) los ofrecidos por las Kupot Holim, conocidos como aseguramiento complementario, y (ii) los ofrecidos por aseguradoras con ánimo de lucro. Ambos seguros cubren beneficios no incluidos en la canasta básica, como servicios dentales o para mayores de edad, y procuran aumentar la velocidad

de acceso a los servicios y el número de prestadores y prestaciones disponibles (Brammli-Greenberg & Waitzberg, 2020).

• Rectoría

El Ministerio de Salud es el órgano rector y el encargado de asegurar la salud de la población mediante el desarrollo de políticas públicas. Además, es el ente encargado de la planeación, la supervisión y el control, y administra hospitales y es el responsable del cuidado de la salud pública. En la estructura de la rectoría resalta la participación de los actores que se presentan en el Cuadro 7 y en el Esquema 8. Finalmente, las Kupot Holim y los prestadores de servicios de salud cuentan con sofisticados sistemas de información. Esto permite tomar mejores decisiones para el cuidado individual y desarrollar mejores políticas públicas.

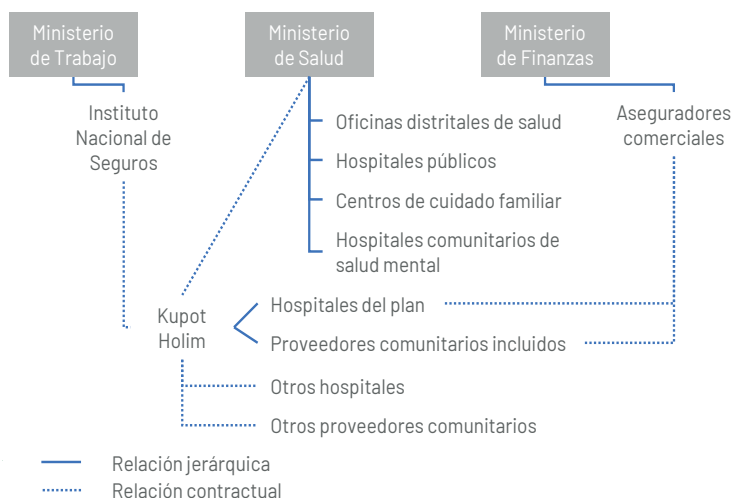
• Financiamiento

El gasto en salud de Israel es relativamente bajo y estable como proporción del PIB, lo cual se debe principalmente al aseguramiento universal de una canasta mínima de servicios y tecnologías en salud, a los mecanismos para la distribución del riesgo entre el gobierno y las aseguradoras (pagos prospectivos, y retrospectivos solo para premiar el buen desempeño y para enfermedades de alto costo), los mecanismos para compartir costos con los afiliados, la fijación del salario del talento humano evitando los incentivos relacionados con los pagos tipo fee for service, y la obligatoriedad de precios máximos de referencia a la mayoría de los servicios y tecnologías en salud. El 35% de las fuentes que sustentan el sistema constituyen gasto fiscal, el 27% gasto de bolsillo, el 24% impuestos específicos y contribuciones, el 13% es aseguramiento voluntario y el 2% son otras fuentes (Rosen et al., 2015).

Cuadro 7. Israel. Rectoría del sistema de salud

Ministerio de Finanzas	Determinar el aporte fiscal del gobierno, el cual incide directamente en la canasta básica de servicios de salud.
Consejos Nacionales de Salud	21 Consejos Nacionales designados por el Ministerio de Salud.
	Su función es presentar recomendaciones al Ministerio de Salud para el desarrollo de las políticas públicas en salud.
Instituto Nacional de Seguros	Director designado por el Ministro del Trabajo para periodos de cuatro años.
	Su función es administrar las contribuciones al sistema.

Fuente. Elaboración propia a partir de (Rosen et al., 2015)

Esquema 8. Israel. Estructura del sistema de salud

Todos los empleadores deben deducir la cotización de sus empleados, y las personas con ingreso independiente deben enviarlas directamente al INS. En la Tabla 1 se ilustra la progresividad de las contribuciones que realizan los aportantes:

• Aseguramiento

El sistema de salud de Israel opera mediante el aseguramiento universal a través de cuatro aseguradores privadas sin ánimo de lucro (Kupot Holim): Clalit, Maccabi, Meuhedet y Leumit, las cuales se constituyeron entre 1920 y 1940. A cada una de ellas se asigna una cápita según el sexo, la edad y la ubicación geográfica de los afiliados. En este sentido, el 52% es para Clalit, el 25% para Maccabi, 14% para Meuhedet y 9% para Leumit (Ministerio de Salud de Israel, 2022).

Entre las reglas de operación del aseguramiento y el rol de las Kupot Holim (KH), se destacan:

- Todos los residentes deben afiliarse a una KH.
- No es posible crear más KH, se mantienen las cuatro por ley.
- Las KH no pueden negar la afiliación.
- La canasta mínima de servicios y tecnologías en salud es determinada por el Ministerio de Salud.
- No existen límites de integración vertical.
- La elección de KH es libre, con un tiempo mínimo de permanencia de seis meses.
- Las KH deben realizar acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- El Ministerio de Salud es el ente encargado de la supervisión y control de las KH, que deben remitir reportes trimestrales con estados financieros.

El aseguramiento voluntario en el sector salud se encuentra en ascenso constante. En 2014, el 83% y el 42% de los adultos contaban con algún seguro voluntario ofrecido por una KH o una aseguradora comercial, respectivamente (Brammli-Greenberg S, 2014).

• Prestación de Servicios

El cuidado primario se provee casi exclusivamente por profesionales de la salud vinculados con alguna de las KH. Estas entidades también se encargan del cuidado especializado y ambulatorio. En contraste, el cuidado de urgencias es gestionado mayoritariamente por los prestadores de servicios de salud (Rosen et al., 2015). La red de prestación es mayoritariamente pública (51%) y se encuentra bajo la dirección del Ministerio de Salud.

Tabla 1. Israel. Aportes contribución a la seguridad social

Tipo de aportante	Aporte
Empleado (ingreso hasta 60% del salario promedio)	3% del salario
Empleado (ingreso superior al 60% del salario promedio)	5% del salario
Estudiante o desempleado	5% del ingreso, mín. EUR €20

Fuente. Elaboración propia a partir de (Rosen et al., 2015)

Nota. Aporte de independientes y pensionados es igual a empleados

H. Países Bajos

Población (en millones): 17,5
 PIB per cápita (PPA): 59,2
 Coeficiente de GINI: 28,1
 Desempleo: 4,1; informalidad: 9,4
 Pobreza: 13,6
 Esperanza de vida (en años): 81,3
 Gasto en salud (% PIB): 9,49



• Aspectos generales del sistema de salud

El sistema de salud de Países Bajos (Holanda) se basa en un modelo de seguro social, dirigido por el Estado bajo competencia regulada, con pagadores múltiples (aseguradoras privadas), donde se asume que el mercado es quien mejor asigna los recursos, pero al mismo tiempo se reconoce que existen fallas, por lo cual la intervención del gobierno como regulador se torna indispensable, asegurando la accesibilidad y la calidad de los servicios sanitarios (Zapata, 2013).

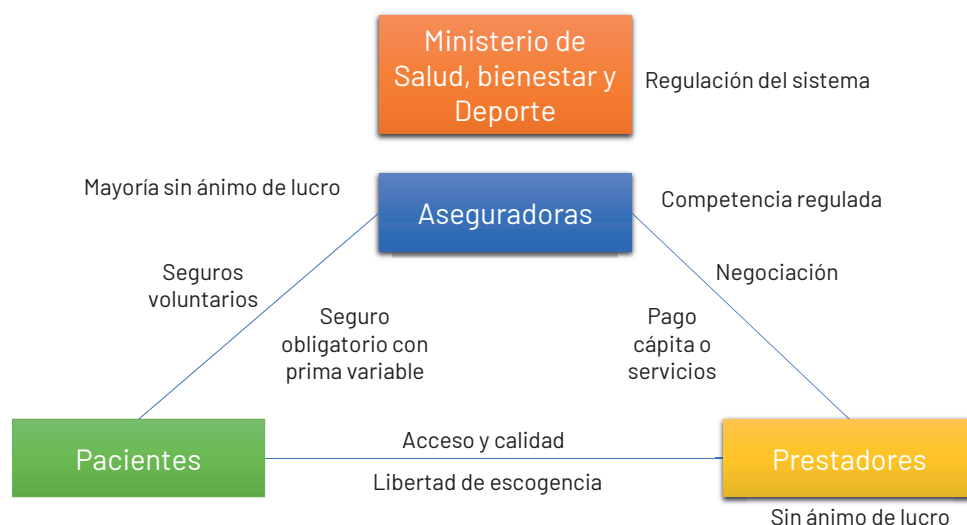
La Ley de Enfermedad de 1913, modificada en 1992, contemplaba un modelo al estilo alemán, con aseguradoras públicas y privadas, y alrededor del 63% de la población estaba cubierta por un seguro público, mientras los más ricos podían optar por un seguro privado o no asegurarse. En 2006, la Ley de Seguros

de Salud fusionó los mercados tradicionales de seguros públicos y privados en un programa universal de seguro social mediante un seguro obligatorio, con la posibilidad de que las personas adquieran seguros voluntarios complementarios (Wammes et al, 2020). Este modelo ha sido reconocido a nivel europeo, siendo incluso el único país que ha permanecido en el top tres del ranking del Health Consumer Powerhouse, con un resultado muy destacado desde 2005 debido a los resultados en salud a costos razonables (Björnberg, 2017).

• Rectoría

El Estado asume el rol de regulador, pero deja a los agentes privados la labor de aseguramiento y gran parte de la prestación. El Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte no interviene como actor sino con el doble papel de regulador y financiador del mayor riesgo de determinados colectivos y personas, y de los menores de 18 años. Junto con este Ministerio, existen una serie de órganos consultivos, entre los cuales se destaca el Consejo de Salud, el cual es un organismo asesor, científico e independiente, conformado por cerca de 170 miembros de distintas disciplinas, y cuya tarea legal consiste en asesorar a los ministros y al Parlamento en el campo de la salud pública y la investigación en salud (Kroneman et al., 2016).

Esquema 9. Países Bajos. Estructura del sistema de salud.



Fuente. Elaboración propia a partir de (Kroneman et al., 2016)

- **Financiación**

El país destina cerca del 10% del PIB para salud, cifra superior al promedio de la UE y de los países de la OCDE, y tanto la participación del gasto público (64,9%) como del gasto de bolsillo (10,8%) son más bajas, mientras el gasto en seguro privado es relativamente alto. El seguro médico obligatorio se financia parcialmente mediante un impuesto sobre la renta anual del 6,9 % de los ingresos. Este impuesto representa el 45% de la financiación del sistema, a lo que se adiciona un 10% que es pagado directamente por el Estado para cubrir la atención de los menores de 18 años. Por otro lado, las aseguradoras determinan el valor a cobrar por concepto de prima para el seguro obligatorio, y este monto representa el 45% restante de la financiación. El valor lo fija la aseguradora para todos sus afiliados, independiente de las características individuales de ellos. La prima es una de las formas en que pueden competir las aseguradoras por los afiliados, de modo que, al ahorrar costos en su operación, pueden ofrecer primas más económicas y así atraer más personas. Adicional a la prima, las personas deben pagar un deducible anual, y entre mayor sea el valor de este, menor será el costo de la prima. En algunos casos, además deben pagarse copagos.

El Ministerio subsidia el aseguramiento de los menores de 18 años, y este subsidio, junto con el impuesto a la renta, son recursos que llegan a un Fondo de Seguro de Salud, del cual se paga a las aseguradoras una capitación ajustada al riesgo (edad, sexo, situación laboral, región y estado de salud) (Wammes et al; 2020).

Desde 2015 entró en vigencia la nueva Ley de cuidados a largo plazo, con la cual se atiende a las personas que requieren cuidados 24 horas al día, financiada con los recursos del fondo para cuidados a largo plazo y recibe el recurso del Ministerio. Este, a su vez, se encarga de la contribución por menores de 18 años, los subsidios para compra de seguro de personas de bajos recursos, el pago a los fondos de la municipalidad para la Ley de Soporte Social, la Ley de Juventud, promoción de la salud y algunos costos de estudio de especialidades para médicos y dentistas (Kroneman et al., 2016).

Finalmente, también existe la posibilidad de adquirir seguros voluntarios que venden las aseguradoras. Este cubre aquellos servicios que no tiene el seguro obligatorio, y el 84% de la población cuenta con uno.

- **Aseguramiento**

Existen 25 compañías distribuidas en 9 grupos. En 2014, los cuatro grupos más grandes tenían una cuota de mercado de entre 13% y 32%, y en conjunto cubrían el 90% del mercado de seguros de salud. Solo uno de estos grupos tiene fin de lucro, mientras las demás operan sin ánimo de lucro. Al tratarse de aseguradoras privadas, son objeto de la misma regulación para cualquier empresa comercial, y, de hecho, si una aseguradora quiere participar en el seguro obligatorio de salud, requiere permiso del Banco Central (Kroneman et al., 2016).

Las aseguradoras compiten en el mercado por obtener afiliados, y estos las escogen de forma libre e informada, pudiendo comparar entre los resultados y las primas de una u otra aseguradora, gracias a la información que se encuentra pública en el portal web <https://www.zorgwijzer.nl/>.

- **Prestación de servicios**

Mientras que la medicina asistencial se basa en un modelo de competencia con múltiples prestadores de salud privados, la atención preventiva es centralizada en los prestadores de salud públicos municipales. La atención inicia a través de médicos de cabecera (general practitioners – GP o “gatekeeper”), quienes se encargan de la atención primaria y sólo a través de ellos puede el paciente ser derivado a un especialista. El afiliado escoge el médico de cabecera, dentro de lo determinado en el plan de salud, y también puede escoger el hospital donde seguir sus tratamientos. Sólo un 4% de las consultas a médicos de cabecera terminan en especialistas (Zapata, 2013).

Todos los hospitales, incluso los privados, son entidades sin ánimo de lucro, para así garantizar el interés público. Los médicos de cabecera y los especialistas prestan sus servicios en tales hospitales y negocian a través de asociaciones nacionales, bien sea contratos de cápita (primer nivel) o de pago por acto médico (especialista).

En el país se ha logrado disminuir uno de los puntos débiles, consistente en la falta de accesibilidad, al organizar 160 centros de cuidado primario, en los cuales tienen cirugía 24 horas al día, 7 días a la semana. Ya que se trata de un país pequeño, esto ha permitido poner una clínica al alcance de todas las personas.

I. Reino Unido

Población (en millones):	67
PIB per cápita (PPA):	44,9
Coefficiente de GINI:	31,5
Desempleo:	4,3;
informalidad:	13,6
Pobreza:	7,8
Esperanza de vida (en años):	81,3
Gasto en salud (%PIB):	10,0



• Aspectos generales del sistema de salud

En el Reino Unido se instauró un Sistema Nacional de Salud (National Health System -NHS-), el cual tiene cobertura universal para todos los residentes. Es un sistema integrado, el cual fue concebido a finales de la Segunda Guerra Mundial, a raíz del informe de William Beveridge de 1942, y se constituyó en un paradigma de la organización de la seguridad social mediante los sistemas nacionales de salud, donde el financiamiento no se da por contribuciones laborales sino por vía de tributos generales. No existe un aseguramiento privado sino una administración estatal de los recursos y la red de prestación de servicios, por lo cual funciona con un esquema de pagador único. El sistema fue establecido en la Ley del Servicio Nacional de Salud en 1977.

Desde su creación, el sistema ha tenido múltiples ajustes en cuanto a las figuras que ha utilizado. Si bien ha conservado el concepto de un sistema nacional de salud, su estructura se ha modificado en varias ocasiones, pasando de 14 autoridades regionales en 1973 a 8 oficinas regionales en 1996, luego a 28 autoridades estratégicas en 2002, y finalmente, incorporando en 2013 las funciones de las regiones en el NHS Inglaterra.

El NHS comprende dos categorías de cuidado, el primario y el secundario. El cuidado primario inició con los comités de médicos de familia en la década de 1970, y, tras las reformas recientes, está en cabeza de los grupos clínicos autorizados (Clinical Commissioning Groups - CCG). Por su parte, el secundario estaba inicialmente a cargo de las autoridades de salud regionales, pero tras ciclos de reformas quedó a cargo de los fideicomisos del NHS (NHS Trusts).

La reforma más reciente al sistema está en la Ley de Sanidad y Atención Social de 2012, donde se estableció

la administración de recursos a cargo de los médicos de cabecera a través de los CCG (Price et al., 2019), y la modificación de los CCG hacia sistemas de cuidado integrados para Inglaterra (Anderson et al; 2022).

• Rectoría

El sistema de salud es dirigido por el Departamento de Salud y Cuidado Social (Department of Health and Social Care – DHSC) como autoridad central. Tiene el control financiero general y la supervisión de toda la entrega y el desempeño del NHS. A partir de la reforma de 2012 cambiaron sus funciones, de modo que ya no está enfocado en la entrega del servicio sino en el liderazgo, la formulación de políticas y la administración del sistema. El NHS inglés es un organismo ejecutivo que responde ante el Secretario de Estado y supervisa la prestación de los servicios del NHS, se encarga del liderazgo nacional del sistema, supervisa el funcionamiento de los CCG, les asigna recursos y compra directamente servicios especializados, así como atención médica y algunos servicios para las fuerzas armadas (Anderson et al., 2022).

• Financiación

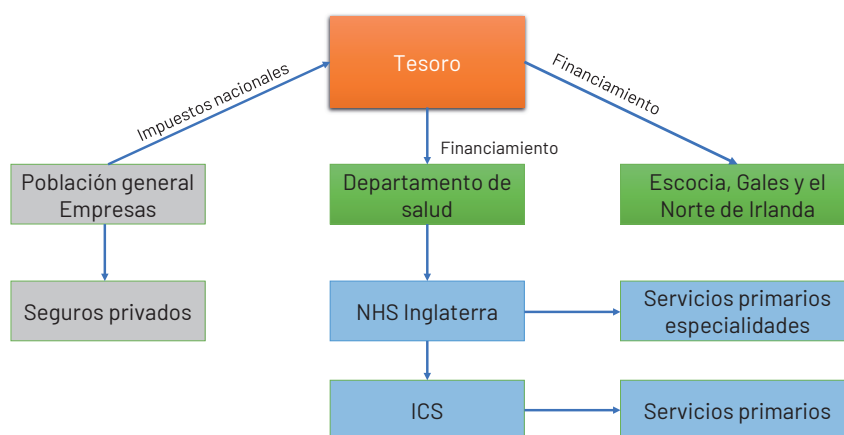
El sistema es financiado mediante impuestos generales, recaudados por el Tesoro, el cual funge como un ministerio de economía y desde el que se fija el valor que será transferido al Departamento de Salud para el funcionamiento del NHS. Existen algunos pagos de gasto de bolsillo y de seguros de salud voluntarios, siendo estos últimos adquiridos directamente por los individuos o por los empleadores para cubrir servicios que no sean ofrecidos por el NHS o para acceder a las coberturas del sistema de forma más rápida. Sin embargo, los seguros voluntarios corresponden sólo al 2,8% del total del gasto en salud, según cifras del 2019 (OECD; 2022).

El objetivo del sistema es permitir que todas las personas residentes de forma permanente y legal en Reino Unido puedan acceder al sistema de salud, independiente de su capacidad de pago, por lo cual normalmente no se hacen cobros en la entrada al mismo. Incluso los visitantes extranjeros pueden recibir atención de urgencias sin pago, pero los servicios posteriores sí tendrán un cargo.

• Aseguramiento

En este sistema nacional de salud no se cuenta con aseguradoras, salvo el esquema voluntario, que cumplan

Esquema 10. Reino Unido. Estructura del sistema de salud



Fuente. Elaboración propia a partir de (Anderson et al., 2022)

un rol frente a la administración del riesgo de salud o el riesgo financiero. Esa labor la realiza NHS desde su función de administrar los recursos delegados por el DHSC, pagar por los servicios, velar por la calidad de la atención y estructurar las redes de atención a los pacientes en los casos de especialidades y de servicios primarios que contrata directamente, así como vigilar la gestión de los CCG en la contratación del resto de servicios

No hay un listado de beneficios específico, por lo cual la autoridad nacional (DHSC) define cuáles serán los servicios sobre los cuales dará cobertura, lo cual permite que cada una de las naciones pueda tener diferencias entre los servicios que cubren. No obstante, las autoridades reciben asesoría de entidades técnicas como el Instituto Nacional para la Excelencia en Salud y Cuidado (NICE), el cual como especialista en evaluación de tecnologías sanitarias da recomendaciones con base en el costo efectividad de los servicios.

Por otra parte, la atención relacionada con la salud pública está a cargo de autoridades locales, las cuales deben contratar con prestadores de salud para cubrir estos servicios, con los recursos que les entrega Salud Pública Inglaterra, y que a su vez recibe del DHSC. De esta manera NHS no tiene a su cargo actividades de salud pública, sino salud individual.

• Prestación de servicios

El cuidado primario se lleva a cabo principalmente por médicos generales (GP), aunque también con participación

de otros profesionales de salud, quienes actúan como puerta de entrada para el cuidado más especializado, el cual normalmente es ofrecido en hospitales. Las personas se registran ante el GP de su elección y este actúa como su primer punto de contacto con el sistema, atendiendo las necesidades de cuidado inicial y derivando a mayor complejidad los casos que lo ameriten.

Gran parte del servicio de cuidado secundario se lleva a cabo por especialistas, quienes trabajan en hospitales públicos, a los que son remitidos los pacientes por los GP una vez han superado la capacidad de resolución del cuidado primario. También pueden ingresar allí por una urgencia que requiera mayor nivel de complejidad. Los hospitales son llamados fideicomisos (trust) y en el caso de Inglaterra, pueden optar por convertirse en fideicomisos de fundación (foundation trust), lo cual les permite tener una mayor autonomía administrativa e incluso les permite vender servicios particulares hasta por el 49% de sus ingresos totales (Anderson et al., 2022).

El pago por la prestación de servicios varía de acuerdo con la nación, ya que en ello son autónomas. Por ejemplo, en Gales se utiliza el mecanismo de capitación, mientras en Inglaterra se ha venido generando en algunos servicios el pago por resultados y el pago por rendimiento. Con este último, se busca aumentar la calidad en la atención, pidiendo al prestador que alcance ciertas metas para así recibir el incentivo.

J. Uruguay

Población (en millones): 3,5
 PIB per cápita (PPA): USD
 21.180
 Desempleo: 12,7;
 informalidad: 24,5
 Coeficiente de GINI: 39,7%
 Pobreza: 8,8%
 Esperanza de vida (años): 78
 Gasto en salud 2020 (%PIB): 9,3%



• Aspectos generales del sistema de salud

El sistema de salud de Uruguay es integrado, con el predominio de las contribuciones laborales o cotizaciones que son propias de los seguros sociales del modelo de Bismarck. No obstante, el país no cuenta con la figura de aseguradoras dentro del sistema, y en cambio, existe una figura de administración de recursos desde el Estado, la cual se encarga directamente de la contratación de red de prestadores de servicios, existiendo así un único pagador.

Antes de la reforma que generó el actual sistema de salud, existía en Uruguay una heterogeneidad en las prestaciones, las cuales eran asumidas por red privada en un modelo descrito como fragmentado y no complementario (Gallo, 2015). La Ley 18.211 de 2007 creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), el cual funciona con un seguro nacional como instrumento de cobertura y financiamiento a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA), administrado por el Banco de Previsión Social (BPS) como instituto de seguro social y con cargo al cual se pagan las cuotas salud a los prestadores que integren el seguro (Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS, 2017), quienes deben garantizar las prestaciones del Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS) a las personas afiliadas.

• Rectoría

El Ministerio de Salud Pública es el líder y encargado de la implementación del SNIS, mientras el BPS recauda las cotizaciones para FONASA y administra las prestaciones monetarias del seguro social. También se cuenta con la Junta Nacional de Salud (JUNASA), conformada por representantes del Ministerio de Salud, el Ministerio de Finanzas y Economía, el BPS, prestadores, trabajadores de la salud y usuarios, y que se encarga de la

contratación con los prestadores de salud y la supervisión y administración de las prestaciones médicas.

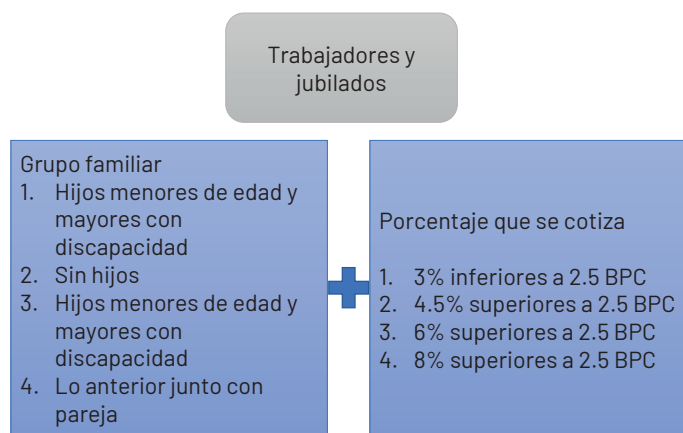
Finalmente, la asistencia médica se realiza a través de prestadores públicos y privados. Los privados son conocidos como Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), mientras los públicos corresponden a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), que además se encarga del programa de asistencia social para personas de escasos recursos (Aran & Laca, 2011).

• Financiación

El SNIS se financia principalmente mediante cotizaciones que realizan empleadores, trabajadores y jubilados. El porcentaje de la cotización varía según los ingresos del cotizante, que se miden en términos de la base de prestaciones y contribuciones (BPC), equivalente a \$5.164 UYU (Decreto 4/022), unos US 125. El valor mínimo sobre el que se inicia el aporte es de 2,5 BPC, equivalente a \$12.910 UYU (\$ 312 USD aprox.). Junto al valor devengado por la persona, también se tiene en cuenta el grupo familiar, siendo más baja la contribución por ser soltero sin hijos a cargo, y más costosa la de quienes tengan hijos y pareja a cargo.

Los aportes, recolectados por el BPS, son asignados a las ASSE y a las IAMC mediante unos montos per cápita de acuerdo con el riesgo de la población cubierta, calculado con base en edad y el sexo en unas tablas definidas anualmente. Con estos recursos, los prestadores deben ofrecer atención integral a los usuarios. Para el año 2022, el valor de la cápita fue establecido por el Ministerio de Economía y Finanzas, mediante el Decreto 01/022, fijando una base de \$1.343,80 UYU, la cual se multiplica por el valor de la estructura de cápita relativa, dando por resultado el valor de la estructura de cápita absoluta como se muestra en la Tabla 6.

Para 2019, gran parte del gasto en salud se concentró en el Seguro Social de Salud con un 49%, mientras en medicina prepagada y seguros privados integrales el gasto fue aproximadamente del 12% (Ministerio de Salud Pública, 2021a), lo cual da muestra de la cobertura del seguro obligatorio. Por otro lado, el SISN cuenta con el Fondo Nacional de Recursos (FNR), el cual recibe de Fonasa un recurso fijo por cada afiliado, y con él se encarga de financiar las atenciones de alto costo. Para los

Esquema 11. Uruguay. Aportes contribución a la seguridad social

Fuente. Elaboración propia a partir de (Gallo, 2015)

Tabla 2. Uruguay. Estructura de cápitas en salud, 2022

Estructura de cápitas relativas			Estructura de cápitas absolutas (\$ / mes)		
Edad	Hombres	Mujeres	Edad	Hombres	Mujeres
<1	6,4513	5,5109	<1	8669,26	7405,55
1 a 4	1,8886	1,7797	1 a 4	2537,90	2391,56
5 a 14	1,1192	1,0103	5 a 14	1503,98	1357,64
15 a 19	1,0852	1,4429	15 a 19	1458,29	1938,97
20 a 44	1,0000	2,1403	20 a 44	1343,80	2876,14
45 a 64	2,0572	2,5152	45 a 64	2764,47	3379,93
65 a 74	3,9528	3,4385	65 a 74	5311,77	4620,66
> 74	5,2049	4,2948	> 74	6994,34	5771,35

Fuente. Elaboración propia a partir de (Ministerio de Salud Pública, 2022)

casos de asistencia social, esto es, personas que no tienen capacidad de pago para cotizar, las transferencias de recursos las hace el Ministerio de Economía y Finanzas.

Cabe destacar que el FNR es una persona jurídica autónoma, administrada por una junta conformada por representantes del Ministerio de Salud Pública, el BPS, el Ministerio de Economía y Finanzas, los prestadores integrales y los Institutos de Medicina Altamente Especializados (IMAE).

• Aseguramiento

El aseguramiento en Uruguay está a cargo del BPS, con el flujo de recursos mencionado, el cual se encarga de realizar el pago a los prestadores de servicios de salud

usando los recursos del Fonasa, mientras Junasa se encarga de los aspectos administrativos del seguro. Para la administración, Junasa firma un contrato de gestión con los prestadores integrales de servicios de salud, el cual es un requisito para formar parte de la red del SNS. A su vez, vigila que los prestadores cumplan con sus obligaciones de atención y gestión de salud de las personas, teniendo incluso la potestad de suspender de forma temporal o definitiva el pago a los mismos.

• Prestación

Los prestadores en el sistema no tienen permitido el ánimo de lucro y se encargan de brindar servicios a las personas que se encuentran afiliados a ellos, a cambio de recibir el pago de la cápita de FONASA con un porcentaje adicional por incentivo al buen rendimiento (Aran & Laca, 2011)

De acuerdo con la información publicada por el Ministerio de Salud, para octubre de 2021 existían 49 prestadores a los que les paga Fonasa, siendo la ASSE el prestador con el mayor número de afiliados, con 500.986, mientras la segunda más grande es la privada MUCAM con 301.961, poco más de la mitad que tiene ASSE, lo cual indica que controla gran parte del mercado de prestadores (Ministerio de Salud Pública, 2021b)

Por otro lado, existen también los Institutos de Medicina Altamente Especializados, que corresponden a prestadores de servicios de alto nivel de complejidad, los cuales reciben su financiamiento también del FNR por tratarse de servicios de alto costo, e incluso, es el mismo FNR quien se encarga de hacer auditoría y verificación de cumplimiento a los IMAE.

La competencia entre prestadores por el mercado de afiliados cuenta con mecanismos correctivos, tales como la prohibición de ánimo de lucro, la bonificación por cumplimiento de metas, y la vigilancia de Junasa y del FNR como entidades que los contratan, revisan cumplimiento de metas y giran los valores de pago.

Conclusiones:

Aprendizajes y lecciones para Colombia

La mirada internacional que se ha dado en esta Observación permite corroborar lo variados que resultan los sistemas de salud y las distintas formas como los países destinan recursos y alcanzan resultados igualmente diferentes. Se puede notar que detrás de cada sistema de salud, de la manera como estos se financian y los resultados que obtienen, siempre habrá un modelo de gobierno y una estructura política que dictaminan los propósitos y permiten gestionar los recursos con algún nivel de eficiencia. Resulta por tanto una tarea difícil o incluso inalcanzable poder determinar cuál sistema de salud sea mejor y cuál puede ser la mejor forma de organizarlo, pues el contexto de cada país, incluyendo su historia y sus capacidades, resultan determinantes a la hora de implementar un sistema en particular. Por supuesto, ello no quita que la comparación permita encontrar aspectos atractivos que pudieran adaptarse a otras realidades, así como fortalezas del sistema propio y otros aspectos que no conviene tener en consideración por la imposibilidad de implementarlos o porque no ofrecen buenos resultados.

Ahora bien, como también se desprende de la comparación entre países y del marco conceptual, existen unas características comunes entre los sistemas de salud y se aprecian unas tendencias que parecen generalizadas en el mundo. Es el caso que cada sistema puede ser analizado en términos de sus funciones y de los agentes que participan, y a partir de ello se reconocen modelos diferentes de organización en donde el financiamiento y el rol público y privado juegan un papel fundamental. En la mirada internacional se nota la importancia del gasto público como factor determinante para cumplir los propósitos asignados a los sistemas de salud, esto es, alcanzar una mejor salud, garantizar cobertura y lograr protección financiera. El análisis sugiere que, en general, existe una relación positiva entre el gasto público e indicadores de salud como la esperanza de vida, o negativa si se miran indicadores de mortalidad; igualmente, un mayor gasto público en salud se encuentra asociado con mayor cobertura y un menor gasto de bolsillo.

Colombia sigue esta tendencia, aunque los resultados pudieran ser mejores si se compara con el promedio general. El país exhibe un esfuerzo importante en materia de gasto público, superando a varios países de la región, particularmente Chile y Brasil que hacen parte de los casos de estudio, alcanza mejores indicadores en cuanto a cobertura efectiva, también si se compara con Uruguay, y el indicador de gasto de bolsillo como porcentaje del

gasto total en salud se encuentra entre los más bajos de la región y del mundo. Así las cosas, a juzgar por los propósitos del sistema, el colombiano tiene logros importantes y el énfasis debe recaer sobre una mayor eficiencia, procurando mejorar los resultados en salud, lo que no solo demanda esfuerzos del sistema sino también de otros sectores enmarcados en los determinantes sociales de la salud.

Otra tendencia que se aprecia a nivel global es la de un mayor gasto privado, particularmente el gasto en seguros, lo que toma fuerza particularmente entre países que se han caracterizado por el predominio del gasto público o que han sido reconocidos por contar con sistemas públicos unificados, como los casos de España o de Brasil; en este último, el papel del seguro privado es muy notorio y el gasto de bolsillo es alto a pesar de contar con el Sistema Único de Salud (SUS) que promete la cobertura universal. Esta tendencia parece haberse acentuado con ocasión de la pandemia, de manera que el seguro privado es demandado como una alternativa para no someterse a las listas de espera en el sistema público.

En lo que respecta a la función de compra, en el marco del financiamiento de los sistemas de salud, la mirada sobre un número amplio de países diferenciados según el tipo de pagador (múltiple o único), no permite concluir si el tipo de pagador está relacionado con resultados en salud. Por ejemplo, España y Holanda presentan cifras similares sobre gasto público y resultados en salud, siendo el primero representativo del modelo de pagador único, y el segundo de pagadores múltiples. Por otra parte, Uruguay (pagador único) registra un gasto mayor que Colombia (pagadores múltiples) y menores resultados en cuanto a cobertura universal. En el contexto de 90 países, Colombia se encuentra en una posición media en cuanto a gasto público y cobertura universal, sin que la condición de seguir el modelo de pagadores múltiples resulte concluyente para afirmar que los resultados pudieran ser superiores o inferiores.

En Colombia se tipifica entonces el modelo de seguro convencional (Modelo III), donde el rol de pagador se delega a las EPS, de manera que estas compran los servicios a los prestadores y velan por la cobertura y protección de sus afiliados. Esta forma de organizar la provisión del seguro de salud, que también se encuentra en otros países, encuentra fundamentos en la mejor preparación que puedan tener las entidades delegadas, al

contar con mejor información que el Estado, y además por no tener la presión política de las entidades públicas, lo cual hace que sean un instrumento más efectivo para evitar la politización del uso de recursos (Jeurissen & Maarse, 2021). Conviene además precisar que el rol de las EPS no se refiere de manera exclusiva a una intermediación financiera, pues están encargadas de la gestión del riesgo en salud y asumen riesgos financieros.

El rol confiado a las EPS en Colombia resulta bastante similar al que se presenta en Alemania, la cuna de la seguridad social, pero también en Holanda, país que en su momento inspiró la reforma colombiana, y en Israel, en donde se adoptó una reforma muy similar y en forma casi simultánea a la de Colombia. El caso de Uruguay también resulta interesante en una comparación con Colombia, pues en ese país se tiene un diseño similar en cuanto al financiamiento y la existencia de un seguro público y el pago mediante una cápita, pero existe un único pagador y no hay agencias encargadas de gestionar riesgos y organizar las redes de servicios; más bien, estas reciben el pago directamente del fondo nacional (Fonasa). No obstante, al examinar los costos del sistema tanto en cuanto al gasto total en salud como al monto de la cápita, resultan mucho más elevados que en el caso colombiano.

Entre las consideraciones que pudieran tenerse en cuenta para revisar o ajustar el sistema colombiano, teniendo en cuenta los países objeto de la comparación, se destacan las siguientes:

1. El sistema colombiano exhibe fortalezas marcadas por la existencia del seguro público y la forma de financiarlo, a partir de recursos públicos y con la mancomunación en cabeza de la ADRES, lo que debe ser reconocido y preservado a la hora de considerar una reforma.
2. En cuanto a la recaudación, además de fortalecer medidas contra la evasión y la elusión, existe un margen para aumentar los recursos del sistema colombiano. Es el caso que pudiera establecerse una tasa progresiva para los cotizantes, tal cual lo enseña la experiencia de países como Uruguay, de manera que se mantendría el 4% actual como un piso y el aporte subiría según el ingreso y acaso otras variables como el tamaño del grupo familiar.
3. Un recurso adicional que puede ayudar a fortalecer las finanzas del sistema de salud está en el gasto privado, como también lo enseñan otros países. Cuidando siempre la equidad, existe un margen para elevar las cuotas moderadoras y los copagos, especialmente cuando se trate de tecnologías que no se encuentran financiadas por la UPC. Además, es posible aumentar alternativas de seguros privados,

siempre complementarios del seguro público y sin las condiciones de financiamiento de este.

4. En cuanto a la mancomunación de ingresos y de riesgos, y lo que respecta a la asignación de recursos, la revisión internacional sugiere la necesidad de adoptar en Colombia un ajuste a la UPC según el riesgo de los afiliados a cada EPS. Lo que hoy se intenta de manera ex-post vía la Cuenta de Alto Costo podría hacerse mediante el cálculo de una UPC ajustada por riesgo, como sucede en Holanda y Alemania, y adicionalmente puede contemplarse la creación de un fondo para la financiación de las enfermedades de alto costo, como sucede en Uruguay con el Fondo Nacional de Recursos.
5. La organización de la oferta de aseguradores es un tema que conviene examinar con mucho detalle en Colombia, pues detrás de ello se encubren debilidades que presenta el sistema, como sucede con las barreras al acceso producto de las dificultades o irregularidades para garantizar la atención en el territorio. Sobre el particular, es notoria la tendencia de una reducción en el número de aseguradores, en algunos casos la condición de que sean cajas públicas o sin ánimo de lucro. El caso más interesante resulta ser Israel, país en donde se estableció en la ley de creación del actual sistema que solo existan cuatro cajas en el territorio nacional. Es importante tener muy en cuenta el caso de Israel por el nivel de eficiencia que muestra en la comparación internacional.
6. Un aspecto que llama la atención de prácticamente todos los sistemas examinados se refiere a la gobernanza, en especial a la existencia de organismos de deliberación y toma de decisiones en los que participan actores del sistema de salud, lo que no sucede muy claramente en Colombia. El caso más llamativo es Alemania, cuyo consejo federal está conformado por aseguradores y prestadores, en esquema de autorregulación, sin participación gubernamental. Así que Colombia debe adoptar una figura como un consejo nacional de salud.
7. En la revisión adelantada subyacen otros temas que deben ser parte de un estudio más detallado y que además son parte de la discusión sobre reforma. Es el caso de la descentralización, especialmente en lo que respecta a la función de financiamiento, de rectoría y gestión; la atención primaria en salud y su práctica o articulación en un modelo como el colombiano; la salud pública, y el rol de los hospitales y las perspectivas de una mejor gestión en los públicos.

Tabla 3. Información de países objeto de estudio (datos básicos, salud, economía, pobreza y distribución)

	Colombia	Alemania	Israel	Países Bajos	Estados Unidos	Chile	España	Reino Unido	Brasil	Uruguay
Datos básicos										
Población (millones)	50,3	83,1	9,1	17,3	328,2	19,0	47,4	67,0	212,6	3,5
Índice de envejecimiento	10,8%	27,6%	15,8%	24,5%	20,7%	15,7%	24,4%	23,0%	10,0	15,0
Densidad de población (personas por / km²)	45	237	411	512	36	25	94	275	25	20
Empleo										
Informalidad	48,10%	10,20%	29,4%	9,4%	18,6%	40,50%	27,3%	13,6%	47,0%	24,5%
Tasa de desempleo	15,4%	4,3%	4,6%	4,1%	8,3%	11,5%	15,7%	4,3%	13,7%	12,7%
Pobreza y distribución										
Índice de Gini	51,3	29,5	42,8	28,1	41,8	44,4	34,5	31,5	53,4	39,7
Pobreza monetaria	35,7%	14,8%	19,6%	13,6%	12,7%	13,7%	20,7%	7,8%	37,2%	8,8%
Ingreso per cápita										
PIB per cápita (US PPP)	14.565	57.694	41.855	59.228	63.544	25.068	38.335	44.916	15.076	21.180
Datos sobre salud y el sistema de salud										
Mortalidad infantil (< 5 años (por cada 1.000)	13,8	3,8	3,7	4,0	4,0	7,0	3,1	4,3	15,0	6,0
Esperanza de vida	77,3	80,9	82,8	81,3	78,8	80,2	82,4	81,3	76,0	78,0
Índice de Cobertura Universal en Salud	74	86	81	90	82	74	90	88	65	69
Médicos por 1.000 hab.	2,2	4,3	4,6	3,6	2,6	2,9	3,9	2,8	2,3	4,9
Gasto en salud (% PIB)	7,6	11,4	7,5	10,0	16,9	9,1	9,0	10,0	9,6	9,3
Gasto público (% GTS)	71,6	77,7	64,7	64,9	50,4	50,8	70,4	78,6	41,7	73
Gasto de bolsillo (% GTS)	15,1	12,6	21,1	10,8	10,8	33,2	22,2	16,7	27,5	17,2

Fuente: WHO Data - Global Health Metrics y World Bank Data.

Notas: *i)* **Índice de envejecimiento:** No. de personas de 65 años y más por cada 100 menores de 15 años; *ii)* el PIB per cápita está expresado en dólares americanos, ajustado por paridad de poder adquisitivo; *iii)* el índice de cobertura universal se encuentra entre 0 y 100, según qué tanto un país garantiza que más personas accedan a los servicios médicos que necesitan sin que esto genere dificultades financieras (Lozano et al., 2020)

Referencias

- Aguilera S, X., Castillo L, C., Covarrubias C, T., Delgado B, I., Fuentes B, R., Gómez B, M. I., González W, C., Hirmas A, M., Matute W, I., Olea N, A., Quiroga A, A., Urrejola O, O., & Soto S, M. (2019). *ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO DEL SISTEMA DE SALUD CHILENO* (C. Gonzáles W, C. Castillo L, & I. Matute W, Eds.). Universidad del Desarrollo.
- Aktuell, M. (2022, March 6). Lauterbach erwartet höhere Krankenkassenbeiträge. *GESETZLICHE KRANKENKASSEN*. <https://www.mdr.de/nachrichten/deutschland/gesellschaft/corona-beitraege-gesetzliche-krankenkassen-steigen-100.html>
- Anderson, M., Pitchforth, E., Edwards, N., Alderwick, H., McGuire, A., & Mossialos, E. (2022). United Kingdom Health system review. *Health Systems in Transition*, 24(1). file:///C:/Users/Usuario/Dropbox/ARM/GES%202022/Bibliograf%C3%ADa/Hit-24-1-2022-eng.pdf
- April International. (2022). *Organización del sistema de salud de España*. [https://fr.april-international.com/es/salud-en-los-viajes/organizacion-del-sistema-de-salud-de-espana#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20p%C3%BAblico,Instituto%20Nacional%20de%20Gesti%C3%B3n%20Sanitaria\)](https://fr.april-international.com/es/salud-en-los-viajes/organizacion-del-sistema-de-salud-de-espana#:~:text=El%20sistema%20de%20salud%20p%C3%BAblico,Instituto%20Nacional%20de%20Gesti%C3%B3n%20Sanitaria))
- Aran, D., & Laca, H. (2011). Sistema de salud de Uruguay. *Revista de Salud Pública de México*, 53(2), 265–274. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800021&lng=es&tlng=es
- Asociación Internacional de la Seguridad Social – AISS. (2017). *Perfiles Nacionales Uruguay*. <https://ww1.issa.int/es/node/195543?country=1004>
- Berchick, E. R., Barnett, J. C., & Upton, R. D. (2019). *Health Insurance Coverage in the United States: 2018 Current Population Reports*. <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2019/demo/p60-267.pdf>
- Bernal, E., Sandra, D., Juan, G.-A., Fernando, O., Sánchez Martínez, I., Ramón, J., Luz, R., Peña-Longobardo, M., Ridao-López, M., & Hernández-Quevedo, C. (2018). Spain Health system review. *Health Systems in Transition*, 20(2). www.healthobservatory.eu
- Björnberg, A. (2017). *Euro health consumer index. 2017*. Health Consumer Powerhouse. <https://healthpowerhouse.com/media/EHCI-2017/EHCI-2017-report.pdf>
- Brammli-Greenberg, S., & Waitzberg, R. (2020). Integrating public and private insurance in the Israeli health system: an attempt to reconcile conflicting values. In *Private Health Insurance* (pp. 264–303). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781139026468.008>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2022). *Aufgaben und Organisation der GKV*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>
- Centers for Medicare & Medicaid Services- CMS. (2022). *Accountable Care Organizations (ACOs)*. CMS.Gov. <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/ACO>
- Commonwealth Fund. (2020). *International Profiles of Health Care Systems*. https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/202012/International_Profiles_of_Health_Care_Systems_Dec2020.pdf
- Donnelly, P. D., Erwin, P. C., Fox, D. M., & Grogan, C. (2019). Single-Payer, Multiple-Payer, and State-Based Financing of Health Care: Introduction to the Special Section. *American Journal of Public Health*, 109(11), 1482–1483. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2019.305353>
- Ellis, R. P., Chen, T., & Luscombe, C. E. (2014). *Comparisons of Health Insurance Systems in Developed Countries*.
- Entwicklung der Anzahl gesetzlicher Krankenkassen in Deutschland von 1970 bis 2022*. (2022). Statista.
- Flórez Pinilla, K. (2010). LA COMPETENCIA REGULADA EN EL SISTEMA DE SALUD COLOMBIANO. *Revista LEBRET*, 0(2). <https://doi.org/10.15332/rl.v0i2.666>
- Gallo, L. E. (2015). El proceso de reforma de la salud en el Uruguay: Pasado, presente y futuro. *Monitor Estratégico*, 7. file:///C:/Users/Usuario/Dropbox/ARM/GES%202022/Bibliograf%C3%ADa/proceso-reforma-salud-uruguay.pdf
- Gemeinsame Bundesausschuss. (n.d.). *Gemeinsame Bundesausschuss*. Retrieved October 22, 2022, from <https://www.g-ba.de/ueber-den-gba/wer-wir-sind/>
- Gwartney, J., Lawson, R., Hall, J., Murphy, R., Djankov, S., & McMahon, F. (2022). *Economic Freedom of the world*. <https://www.fraserinstitute.org/sites/default/files/economic-freedom-of-the-world-2022.pdf>
- Hanke, S. (2021). Krankenhaus-Statistik: So viele Kliniken gibt es in Deutschland. *Ärzttestellen - Der Stellenmarkt Des Deutschen Ärzteblattes*. <https://aerztstellen.aerzteblatt.de/de/redaktion/krankenhaus-statistik-so-viele-kliniken-gibt-es-deutschland>

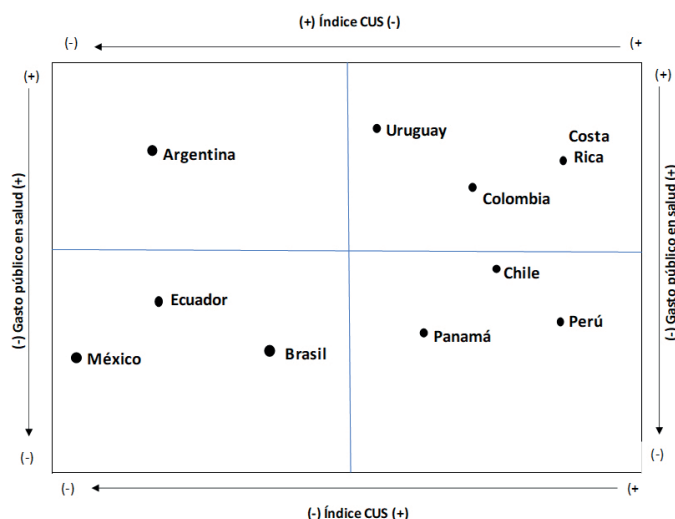
- Infraestructura de Datos Geoespaciales - IDE Chile. (2021). *Establecimientos de salud de Chile*.
- Jeurissen, P., & Maarse, H. (2021). The market reform in dutch health care. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud
- Kroneman, M., Boerma, W., van den Berg, M., Groenewegen, P., De, J., & Ewout Van Ginneken, J. •. (2016). Health Systems in Transition, Netherlands. *Netherlands Health System Review*, 18(2).
- Lenz-Alcayaga, R., & Páez-Pizarro, L. (2021). Evolution of health social security expenditure in Chile: A review of financial aggregates from 2000 to 2018. *Medwave*, 21(01), e8117–e8117. <https://doi.org/10.5867/medwave.2021.01.8117>
- Long, D. (2020, August 20). U.S. healthcare . . . just one version of predatory capitalism. *The Hometown Newspaper of Escondido*. <https://www.times-advocate.com/articles/u-s-healthcare-just-one-version-of-predatory-capitalism/>
- Lozano, R., Fullman, N., Mumford, J. E., Knight, M., Barthelemy, C. M., Abbafati, C., Abbastabar, H., Abd-Allah, F., Abdollahi, M., Abedi, A., Abolhassani, H., Abosetugn, A. E., Abreu, L. G., Abrigo, M. R. M., Abu Haimed, A. K., Abushouk, A. I., Adabi, M., Adebayo, O. M., Adekanmbi, V., ... Murray, C. J. L. (2020). Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 396(10258), 1250–1284. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30750-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30750-9)
- Luiza, V. L., Tavares, N. U. L., Oliveira, M. A., Arrais, P. S. D., Ramos, L. R., Pizzol, T. da S. D., Mengue, S. S., Farias, M. R., & Bertoldi, A. D. (2016). Catastrophic expenditure on medicines in Brazil. *Revista de Saude Publica*, 50. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006172>
- Maceira, D. (1998). Mecanismos de pago a prestadores en el sistema de salud: incentivos, resultados e impacto organizacional en países en desarrollo. In *Partnerships for Health Reform*. www.phrproject.com.
- Mills A. (2011). Health systems in low -and middle- income countries. In: The Oxford Handbook of Health Economics. Oxford: Oxford University Press.
- Ministerio de Desarrollo Social. (2018). *Síntesis de resultados Encuesta Casen 2017*.
- Ministerio de Inclusión Seguridad Social y Migraciones. (2022). *Bases y tipos de cotización 2022*. <https://www.seg-social.es/wps/portal/wss/internet/Trabajadores/CotizacionRecaudacionTrabajadores/36537#36538>
- Ministerio de Salud de Israel. (2022). *Health Insurance Contributions*. <https://www.btl.gov.il/English%20Homepage/Insurance/Health%20Insurance/Pages/default.aspx>
- Ministerio de Salud Pública. (2021a). *Cuentas Nacionales de Salud 2018-2019 Gasto y financiamiento de la salud en Uruguay*. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Informe%20Cuentas%20Nacionales%20de%20Salud%202018_2019_0.pdf
- Ministerio de Salud Pública. (2021b). *Evolución afiliados Fonasa julio 2007 a octubre 2021*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/datos-y-estadisticas/datos/evolucion-afiliados-fonasa-julio-2007-octubre-2021>
- Ministerio de Salud Pública. (2022). *Ajustes de precios en salud*. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/2022-01/Ajuste%20de%20precios%20salud%20-%20Enero%202022.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Aplicación de la metodología para la definición del presupuesto máximo a transferir Entidades Promotoras de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado y a las Entidades Obligadas a Compensar - EOC, en la vigencia 2020*.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Estudio de suficiencia y de los mecanismos de ajuste del riesgo para el cálculo de la Unidad de Pago por Capitación, recursos para garantizar la financiación de tecnologías y servicios de salud en los regímenes Contributivo y Subsidiado. Año 2021*.
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2019*. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2019/ResumenEjecutivo_2019.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2022a). *Orígenes del INGESA*. Instituto Nacional de Gestión Sanitaria.
- Ministerio de Sanidad. (2022b). *Estadística de Gasto Sanitario Público 2020: Principales resultados*. <https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2008/egspPrincipalesResultados.pdf>
- Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. (2012). *SISTEMA NACIONAL DE SALUD ESPAÑA 2012*. www.msssi.gob.es
- OCDE. (2020). *Perspectivas económicas de América Latina 2020: : la transformación digital para una recuperación inclusiva y sostenible pos covid-19* (OECD Journal: Economic Studies, Ed.; Vol. 201). OECD. <https://doi.org/10.1787/f2fdced2-es>
- OCDE. (2021). *OECD Reviews of Health Systems: Brazil 2021*. OECD. <https://doi.org/10.1787/146d0dea-en>

- OECD. (2021). *Germany: Country Health Profile 2021*. OECD. <https://doi.org/10.1787/e4c56532-en>
- OECD, & Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. (2021). *Spain: Country Health Profile 2021*. OECD. <https://doi.org/10.1787/7ed63dd4-en>
- OIT. (2020). *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo – Tendencias 2020* (Oficina Internacional del Trabajo – Ginebra: OIT, Ed.). www.ilo.org/publns.
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe sobre la salud en el mundo: mejorar el desempeño de los sistemas de salud. *Organización Mundial de La Salud*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42357>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, April 1). *Cobertura sanitaria universal*. [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))
- Petrou, P., Samoutis, G., & Lionis, C. (2018). Single-payer or a multipayer health system: a systematic literature review. In *Public Health* (Vol. 163, pp. 141–152). Elsevier B.V. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2018.07.006>
- Price, C., Green, W., & Suhomlinova, O. (2019). Twenty-five years of national health IT: exploring strategy, structure, and systems in the English NHS. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 26(3), 188–197. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocy162>
- Rangel Q, C. R., Triana P, R., & Montilla C, A. V. (2021). *Recursos que se convierten en salud: Infome Mensual de Recaudo -Diciembre 2021*.
- Reinhardt, U. E. (2011, September 30). The Money Flow From Households to Health Care Providers. *The New York Times*. <https://archive.nytimes.com/economix.blogs.nytimes.com/2011/09/30/the-money-flow-from-households-to-health-care-providers/>
- Restrepo Zea, J. H., & Rodríguez Acosta, S. (2005). Diseño y experiencia de la regulación en salud en Colombia. *Revista de Economía Institucional*, 7(12), 165–190. <https://revistas.ueh.ueh.edu.co/index.php/ecoins/article/view/147>
- Restrepo-Zea, J. H., Casas-Bustamante, L. P., & Espinal-Piedrahita, J. J. (2018). Cobertura universal y acceso efectivo a los servicios de salud: ¿Qué ha pasado en Colombia después de diez años de la Sentencia T-760? *Revista de Salud Pública*, 20(6), 670–676. <https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.78585>
- Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L. Y., & Barnes, A. J. (2020). *Health Systems in Transition United States Health system review*. 22(No.4). <file:///C:/Users/Usuario/Dropbox/ARM/GES%202022/Bibliograf%C3%ADa/HiT-22-4-2020-eng.pdf>
- Rosen, B., Waitzberg, R., & Merkur, S. (2015). Health Systems in Transition: Israel Vol. 17 No. 6 2015. In *Israel Health system review* (Vol. 17, Issue 6).
- Sector Asegurador. (2022, April 7). *Aseguradoras en España*. <https://www.sectorasegurador.es/aseguradoras/>
- Sicher Bewährt, L. (2020). *Das deutsche Gesundheitssystem*.
- Spinosi, F., Khan, S., Seymour, C., & Ashkinadze, E. (2021). Trends in coverage and reimbursement for reproductive genetic counseling in New Jersey by multiple payers from 2010 to 2018. *Journal of Genetic Counseling*, 30(6), 1748–1756. <https://doi.org/10.1002/jgc4.1443>
- Statista Research Department. (2022). *Gasto en salud como porcentaje del PIB en Chile de 2010 a 2021*.
- Tafur Caldero, L. A., & Prada, S. I. (2019). *El sistema general de seguridad social en salud de Colombia* (Documentos PROESA #19).
- Titelman, Daniel. (2000). *Reformas al sistema de salud en Chile desafíos pendientes*. Naciones Unidas, CEPAL, Unidad de Financiamiento para el desarrollo, Div. de Comercio Internacional y Financiamiento para el Desarrollo.
- Vivas Orts, D., Sancho Mestre, C., Gómez Sacedón, M., & Roche Vilanova, C. (2020). La colaboración público-privada en Salud en España. El caso del Departamento de Torrevieja. *Gerencia y Políticas de Salud*, 19, 1–19. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cpps>
- World Bank. (2021). *Hacia un sistema de salud equitativo y sostenible*. Grupo Banco Mundial.
- World Bank. (2022a). *Gasto corriente en salud (% del PIB) - Miembros de la OCDE*. <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.GD.ZS?locations=OE>
- World Bank. (2022b, April 2). *PIB (US\$ a precios actuales) - Estados Unidos*. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD?locations=US>
- World Bank Group. (2020). *Global Economic Prospects, January 2020 Slow Growth, Policy Challenges*. The World Bank.
- Zapata, L. P. (2013). *Un destacado modelo: el Sistema de Salud Holandés*. <https://isg.org.ar/wp-content/uploads/2013/01/Sistema-de-Salud-Holand%C3%A9s.pdf>

Observación Estadística

Gasto en salud durante la pandemia por covid-19 en países de América Latina (*)

Figura 1. Índice de cobertura universal y gasto público en salud (% PIB)



Fuente: Our World in Data, Universidad de Oxford, y Repositorio de OMS.

Tabla 1. Gasto fiscal adicional en salud

Gasto fiscal adicional en salud	
(Porcentaje del PIB)	
Panamá	1,7
Brasil	1,5
Colombia	1,4
Perú	1,4
Uruguay	0,8
Argentina	0,7
Chile	0,6
México	0,4
Costa Rica	0,3
Ecuador	0,3

Fuente: Fondo Monetario Internacional (FMI, 2021).

América Latina y el Caribe ha resultado fuertemente golpeada por la pandemia del covid-19, con altas tasas de mortalidad, una drástica reducción del crecimiento económico en 2020 y unos mayores niveles de pobreza, desigualdad y desempleo. Esto lleva a preguntarse por las características estructurales y los desafíos de la región, con una reflexión sobre la capacidad y el desempeño de los sistemas de salud. Ante ello, el gasto público constituye un instrumento crucial para alcanzar los objetivos del sistema de salud, de manera especial lo que respecta a la cobertura universal y a la protección financiera.

Según el Banco Mundial, se pueden presentar cuatro escenarios probables del gasto público per cápita en salud, a partir de la pandemia: *i) Gasto procíclico en salud*, en el que el gasto sigue el patrón del PIB per cápita, con una reducción en 2020 y una recuperación a partir de 2021; *ii) Gasto con prioridad del status quo a la salud*, con un aumento del gasto en 2020 y un retorno a la tendencia pre-pandemia en 2022; *iii) Gasto a favor de la salud*, con un aumento constante del gasto, y *iv) Gasto ambicioso*, en el cual aumentaría el gasto público y se buscaría compensar parcialmente el menor gasto de los hogares.

Al relacionar el gasto público en salud (% del PIB) y el índice de cobertura universal en salud, se aprecian tres grupos de países según el estado en que se podrían encontrar para afrontar la pandemia:

- Países con las coberturas más altas y mayor financiamiento público:** Costa Rica, Uruguay y Colombia, reconocidos como sistemas integrados o en camino a la integración. No reportan problemas de gasto de bolsillo.
- Países con las coberturas más bajas y financiamiento público menor:** México, Ecuador y Brasil. Presentan sistemas fragmentados, con indicios de aumentos del gasto de bolsillo y gastos catastróficos de las familias.
- Países con cobertura baja y gasto público alto** (Argentina), con sistemas fragmentados y en los que el gasto público es determinante para la protección financiera, sin reportes de problemas de gasto de bolsillo, y **países con cobertura media o alta pero bajo gasto público**, también fragmentados y en donde se da cuenta de aumento del gasto de bolsillo (Perú, Chile y Panamá).



Argentina

El gasto público en salud aumentó en 2020 en unos US 1.700 millones. Para 2021 el esfuerzo fiscal fue de unos US 1.400 millones, y para 2022 de US 944 millones. Coherente con las garantías de acceso que ofrece el sector público y con las medidas para cubrir las atenciones derivadas del covid-19, no se encontraron reportes o noticias sobre situaciones o incrementos preocupantes. El país se aproxima al **escenario a favor de la salud**, con un crecimiento sostenido del gasto per cápita en salud durante 2020-2022.



Brasil

El Ministerio de Salud de Brasil ha destinado unos US 21.150 millones a la atención del covid-19 entre 2020 y 2021. Aún así, debido a la falta de disponibilidad de camas y asistencia en la red pública, muchas personas recurren a servicios privados, generando costos catastróficos y deudas impagables. El país sigue el **escenario prioridad del status quo a la salud**, con un aumento del gasto per cápita en 2020 y un leve descenso en 2021.



Colombia

Colombia dispuso recursos adicionales para la atención de la pandemia, provenientes del Fondo de Mitigación de Emergencias (FOME), con unos US 10.800 millones de 2020, de los que se han asignado US 4.300 millones para salud. Los hogares colombianos no han tenido que incurrir en altos gastos de bolsillo para la atención del covid-19. El país estaría siguiendo el **escenario prioridad del status quo a la salud**.



Costa Rica

Costa Rica estaría siguiendo un comportamiento entre el **escenario de prioridad del status quo a la salud** y el del **gasto a favor de la salud**, de modo que luego del aumento del gasto público per cápita en salud en 2020 y una pequeña reducción en 2021, tendría un nuevo aumento en 2022. No se reportan problemas sobre gastos de bolsillo.



Chile

Chile estaría siguiendo el **escenario del gasto a favor de la salud**, de manera que el gasto público per cápita en salud crece de manera sostenida durante 2020-2022. No obstante, se da cuenta de dificultades en cuanto al gasto de bolsillo. Según el CADEM, en abril de 2021 los problemas para pagar en salud se convirtieron en el tercer rubro más preocupante, especialmente para las familias de bajos ingresos (41%).



Ecuador

Ecuador parece haber seguido el **escenario procíclico en salud**, de manera que el gasto público per cápita habría tenido un comportamiento similar al del PIB, con una reducción en 2020. Esto es preocupante si se tiene en cuenta que en el país se presentaba una disminución del presupuesto para la salud desde el año 2019. En contraste, los hogares estuvieron sometidos a mayores gastos de bolsillo. Se encontraron reportes de prensa donde se manifestaba que Independientemente de que el paciente superara o no la enfermedad, a los familiares se les emitían facturas que fácilmente superaban los US 100.000.



México

Los recursos adicionales a la Secretaría de Salud fueron de unos US 1.325 millones para apoyar gastos médicos, de infraestructura hospitalaria y vacunación. La respuesta fiscal del país ha sido una de las más pequeñas. En cuanto al gasto de bolsillo, según los resultados de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares, se habría producido un incremento del 40,5% entre 2018 y 2020, debido principalmente al mayor gasto en medicamentos (68%). El país podría estar siguiendo un poco el **escenario prioridad del status quo a la salud**, con un leve aumento del gasto público per cápita durante 2020 y 2021.



Panamá

Panamá sigue una tendencia del **escenario status quo para la salud**, aunque no es muy notorio el incremento del gasto per cápita, y no presenta evidencias sobre incremento del gasto de bolsillo.



Perú

Perú sigue la tendencia de escenario 2, prioridad del status quo a la salud, con uno de los aumentos más destacados en la región, en cuanto al gasto público en salud. En 2022 el país mantendría un gasto per cápita aún superior al de 2019. En cuanto al gasto de bolsillo, según la Encuesta Nacional de Hogares este se habría reducido un 12% en 2020, pero para los hogares más pobres la variación habría sido positiva 37%, especialmente si alguno de sus miembros padeció covid.



Uruguay

Uruguay estaría siguiendo el **escenario prioridad del status quo a la salud**, de modo que luego del aumento del gasto público per cápita en salud en 2020 y 2021, bajaría en 2022 pero quedaría en un nivel superior al de 2019, manteniendo la senda creciente que traía desde años atrás.

(*) Resumen del trabajo adelantado por el GES (JH Restrepo, D Palacios y JJ Espinal) en asocio con la Cámara de Aseguramiento en Salud de la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI).

Observatorio de la seguridad social

Actualidades del GES

Publicaciones recientes:

Restrepo, JH (2022). Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? Rev. Salud Pública, Vol.24, No.1. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103013>.

Espinal, JJ y Restrepo, JH (2022). Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos. Rev. Salud Pública, Vol. 24, No. 1. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057>.

Nueva versión de la Ideatón:

Entre abril y noviembre de 2022 se adelanta una nueva versión de la Ideatón por la sostenibilidad financiera del sistema de salud colombiano, para lo cual se trabaja en alianza con AFIDRO, ACEMI y ANDI.

Participación en UNAM y en Conferencia de CLACSO:

El profesor JH Restrepo asistió a la 9ª. Conferencia Latinoamericana y Caribeña de Ciencias Sociales de CLACSO (México DF, 7 al 10 de junio de 2022). Participó en reuniones del Grupo de Trabajo Seguridad Social y Sistemas de Pensiones, del cual el GES hace parte, y presentó la ponencia “La gobernanza del sistema de salud colombiano desde la perspectiva de los actores”.

El profesor impartió dos conferencias en seminario organizado por el Instituto de Investigaciones Económicas (IIEc) de la UNAM: “La génesis y el desarrollo de la Economía de la Salud”, y “El seguro subsidiado y el acceso a servicios de salud: lecciones de política a partir de la experiencia colombiana”.

Intercambio con México:

Sebastián Londoño, estudiante en formación del GES, adelantó intercambio académico con la UNAM en México. Participó en actividades de investigación en el Instituto de Investigaciones Económicas en primer semestre de 2022.

Otras actividades e información de interés:

Carolina Moreno fue admitida a la Maestría en Efectividad Clínica del Instituto de Efectividad Clínica y Sanitaria (IECS) de la Universidad de Buenos Aires. Inició sus estudios en el primer semestre de 2022 y se desempeña como becaria en investigación en el área de Evaluación Económica y Economía de la Salud del IECS.

En el primer semestre de 2022 se desarrolló la novena versión del Diplomado virtual de Evaluación Económica en Salud. Se contó con más de 30 participantes de Colombia, México, Honduras, República Dominicana, Perú y Bolivia. Además, en el segundo semestre inicia la tercera cohorte de la Especialización en esta misma área, con el cupo máximo de 30 estudiantes.

Información institucional

Rector de la Universidad de Antioquia:

John Jairo Arboleda Céspedes

Decano de la Facultad de Ciencias Económicas:

Sergio Iván Restrepo Ochoa

Jefe, Departamento de Economía

Wilman Arturo Gómez Muñoz

Director, Centro de Investigaciones y Consultorías:

Jorge Hugo Barrientos Marín

Coordinador del GES

Jairo Humberto Restrepo Zea

Profesores adscritos al GES:

Paula Andrea Castro García

Carlos Felipe Gaviria Garcés

Sara Catalina Atehortúa

Profesionales y estudiantes de maestría:

Andrea Ruíz Molina

Lina Casas Bustamante

Daysi Sanmartín Durango

Juan José Espinal Piedrahíta

Dahiana Palacios Romaña

Catherine Gómez López

Carolina Moreno López

Natalia Arias Monsalve

Ana María Gaona Gómez

Estudiantes en formación:

Sebastián Londoño Dávila

Mariana Gómez Montoya

Elaboración de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea, Juan José

Espinal Piedrahíta, Catalina Henao Correa,

Juan Pablo Zapata Cruz y Christian David

Rivera Aguirre

Edición de textos:

Jairo Humberto Restrepo Zea y Andrea

Ruiz Molina

Diseño:

Santiago Ospina Gómez

Diagramación e impresión:

Imprenta Universidad de Antioquia

E-mail: grupoges@udea.edu.co

Sitio web:

www.udea.edu.co/ges; www.gesudea.co

*Las ideas y opiniones aquí
expresadas sólo comprometen
al GES o a sus autores cuando
sean artículos firmados.*