



# FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE

Elementos para la discusión de una reforma necesaria



*Departamento de Políticas Públicas de Salud y Estudios*  
**COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G. / DICIEMBRE 2017**

# AUTORES

---

## **ROBERTO ESTAY MIQUEL.**

Médico Cirujano, Universidad de Chile  
Especialista en Medicina Interna, Universidad de Chile

## **CRISTÓBAL CUADRADO NAHUM.**

Médico Cirujano, Universidad de Chile  
Magister en Salud Pública, Universidad de Chile

## **FRANCISCA CRISPI GALLEGUILLOS.**

Médica Cirujana, Universidad de Chile  
MSc Health, Population and Society, London School of Economics and Political Science

## **FERNANDO GONZÁLEZ ESCALONA.**

Médico Cirujano, Universidad de los Andes  
Especialista en Pediatría, Universidad de los Andes

## **FRANCISCO ALVARADO BERRIOS.**

Médico Cirujano, Universidad de Chile  
Magister © Salud Pública, Universidad de Chile

## **NATALIA CABRERA SALZMANN.**

Cirujano Dentista, Universidad del Desarrollo

## **MATÍAS LIBUY RÍOS**

Médico Cirujano, Universidad de Chile  
MSc Health and Society: Social Epidemiology, University College London

# ÍNDICE

---

■ <b>Introducción</b> .....	4
■ <b>1) Financiamiento de sistemas de salud: Funciones y Principios</b> .....	5
■ <b>Funciones del financiamiento</b> .....	6
Recaudación .....	6
Mancomunamiento .....	6
Compra .....	6
■ <b>Principios de la seguridad social</b> .....	7
■ <b>Resultados</b> .....	7
■ <b>2) Organización actual del financiamiento en Chile y Análisis comparado de sistemas de salud</b> .....	8
Funciones .....	9
Principios .....	10
■ <b>Sistema Nacional de Salud</b> .....	13
Funciones .....	13
Principios .....	13
■ <b>Sistema de Seguro Único Nacional de Salud</b> .....	15
Funciones .....	15
Principios .....	15
■ <b>Sistema de Seguros Sociales de Salud</b> .....	17
Funciones .....	17
Principios .....	18
■ <b>3) La reforma de salud en Chile: una discusión necesaria</b> .....	20
Una tarea pendiente .....	21
¿Existe un modelo ideal? .....	21
Principios para una reforma del modelo Chileno .....	22
■ <b>Comparación de modelos</b> .....	26
■ <b>Referencias</b> .....	28

# INTRODUCCIÓN

En el marco de los permanentes y cambiantes desafíos sanitarios de una población, la forma en que un país se organiza para dar respuesta a ellos es fundamental. Si bien el sistema de salud como lo entendemos en la actualidad tiene un impacto limitado en el estado salud de la población en comparación al conjunto de determinantes sociales (Lalonde, 1981), este continúa siendo un componente fundamental de la seguridad social para garantizar que la población alcance su máximo nivel de salud posible de manera equitativa.

El financiamiento de los sistemas de salud, función que se centra en la movilización, la acumulación y la asignación de recursos para cubrir las necesidades de la salud de la población, ya sea individual o colectivamente (OMS, 2000), ha sido identificado ampliamente como un área clave para la consecución del objetivo de generar mayor salud de manera equitativa y universal (Frenk, 2010; Murray & Frenk, 2000; Roberts et al 2004; WHO 2007; Kutzin, 2013). Por tanto, la forma en que se organiza el financiamiento de la respuesta sanitaria y sus posibles reformas, constituyen una discusión permanente tanto en nuestro país como en el mundo (Thomson, 2010; Cid et al, 2014).

Desde la Organización Mundial de la Salud, se han hecho reiterados llamados a alcanzar la cobertura universal, dirigiendo los esfuerzos en dar acceso a los servicios de salud con adecuada protección financiera para evitar que el acceso quede condicionado a la capacidad de pago de los individuos (OMS, 2000). Los sistemas de financiamiento deben diseñarse para garantizar el acceso a servicios sanitarios necesarios -incluida la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación-, de calidad, a toda la población sin que esto signifique exponer al usuario a dificultades financieras (OMS, 2000).

Desde nuestra perspectiva, la forma en que un sistema de salud se financia y asegura el acceso a prestaciones de salud, constituye un ejercicio que no se limita a discusiones técnicas, sino que involucra lineamientos valóricos y políticos, que configuran características identitarias de una sociedad. A modo de ejemplo, una sociedad donde las cotizaciones de las personas laboralmente activas, financian solidariamente la salud de quienes no participan del mercado del trabajo, se diferencia de otra donde los aportes de las cotizaciones se limitan a cubrir solamente las necesidades de salud de los cotizantes. En estas definiciones, se plasma en qué medida principios como la solidaridad forman parte de los arreglos de seguridad social de un país o que tanto valor se le asigna a la equidad en el acceso a los servicios de salud como criterio de justicia.

En la literatura internacional se describen diferentes modelos (Laurell, 2013; Cid et al, 2013; Buris & Bustamante 2014), utilizando este término como categoría de análisis que permite agrupar sistemas de financiamiento de la salud que comparten formas de organizar funciones y actores. Sin duda, los sistemas de salud son construcciones complejas, asociadas a la historia y estructura político-social de cada país, dificultando las comparaciones. No obstante sus limitaciones, una perspectiva comparada puede entregar ciertas luces sobre las alternativas que han adoptado distintas sociedades en el mundo, para dar respuesta organizada a las necesidades de salud de una determinada población en un determinado contexto.

El objetivo de este documento es aportar elementos básicos para comprender el funcionamiento del financiamiento de la salud, la realidad del sistema chileno y un panorama de modelos característicos, de cara a la necesaria discusión de reforma en nuestro país. De esta forma, el texto sigue la siguiente estructura. Primero, se abordan las funciones y principios fundantes de los arreglos de financiamiento de los sistemas de salud. En segundo lugar, se analiza en base a dichas funciones y principios, el estado actual de la organización del sistema de salud chileno. Así mismo, se presentan de manera comparada tres tipos de organización de los sistemas de salud frecuentemente observados en el mundo, a saber: sistemas nacionales, seguros nacionales y seguros sociales. Finalmente, se plantean los elementos fundamentales que deberían regir cualquier proceso de reforma a la actual organización del sistema de salud, incorporando de manera explícita los principios de la seguridad social.

A partir de esta comprensión, pretendemos promover una discusión informada y amplia, donde los actores involucrados sean protagonistas en la generación de una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile.

# **1- FINANCIAMIENTO DE SISTEMAS DE SALUD: FUNCIONES Y PRINCIPIOS**



# FUNCIONES DEL FINANCIAMIENTO

---

Dentro de las funciones de un modelo de financiamiento, podemos identificar tres que tienden a ser comunes en las revisiones sobre la materia: recaudación, mancomunación (o pooling) y compra.

## RECAUDACIÓN

En la recaudación se incluyen todas las acciones y procesos orientados a recolectar los recursos, destinados a financiar prestaciones y productos del sistema, provenientes de distintas fuentes tales como impuestos (generales o específicos), cotizaciones obligatorias (trabajadores o empresas), así como gastos privados (cotizaciones voluntarias, gastos de bolsillo) en proporciones variables según la estructura del sistema.

## MANCOMUNAMIENTO

En el mancomunamiento o pooling, una o varias entidades se encargan de distribuir los recursos recaudados en función de criterios previamente acordados, generando subsidios cruzados en grados variables, garantizando que los recursos disponibles sigan las necesidades en salud y no la capacidad contributiva de los beneficiarios. De esta forma, hay modelos que mancomunan el total de recursos en un único pool de beneficiarios, permitiendo la compensación de riesgos entre un número mayor de individuos. En contraste, otros segmentan el mancomunamiento en un número variable de fondos.

## COMPRA

La función de compra se refiere a la transferencia de recursos desde una entidad que actúa como pagadora, ejerciendo el rol de seguro, hacia prestadores de servicios de salud. Este traspaso ocurre mediante distintas vías denominados mecanismos de pago, tales como pagos capitados, pagos por resultados, pagos por prestación, entre otros. En el caso de los sistemas nacionales de salud, esta función se suele denominar mecanismos de asignación de recursos. A este nivel se generan las decisiones estratégicas que se vinculan con la forma y oportunidad en que se entregan los servicios, definiendo, por ejemplo, qué tipo de prestadores y bajo qué condiciones pueden estar sujetos a recibir reembolsos o pagos de la seguridad social.

Los actores que se encargan de ejecutar estas tres funciones varían en los distintos modelos. Habitualmente, cuando se caracteriza a los actores que ejercen estas funciones, se especifica su naturaleza pública o privada, ya sea con o sin fines de lucro.

# PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Los distintos modelos tienen formas diferentes de aproximarse a los principios de la seguridad social. Para efectos de este artículo, en concordancia con el trabajo de la última comisión presidencial que trabajara en la materia, destacamos los principios de la seguridad social ahí mencionados, tomando como antecedentes la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ONU, 1966), y la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2012).

El grado de cumplimiento o adherencia a estos principios por parte de los distintos modelos, suele ser complejo de describir, ya que muchas veces los modelos pueden considerar ciertos principios y cumplirlos total o parcialmente, por lo que no siempre tendremos categorías excluyentes.

**TABLA 1: PRINCIPIOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL**

**Universalidad:** Capacidad del sistema de salud de entregar cobertura a toda la población, sin exclusiones.

**Integralidad:** Articulación y suficiencia de las prestaciones de salud, incluyendo las dimensiones de coordinación y coherencia dentro de las distintas actividades del sistema.

**Equidad:** Capacidad del sistema de asegurar que todos los ciudadanos y ciudadanas tengan acceso a salud de acuerdo a sus necesidades, independientemente de su capacidad de pago u otras características.

**Solidaridad:** Progresividad en las contribuciones y mancomunamiento que implique subsidios cruzados entre distintos grupos de riesgo (ejemplo: Que las personas con más recursos aporten a las que tienen menos recursos, que los más sanos aporten a los enfermos, que las personas más jóvenes aporten a personas de mayor edad, etc).

**Eficiencia:** Alcanzar los mejores resultados sanitarios posibles con los recursos disponibles asignados por la sociedad, incorporando por tanto la noción de efectividad.

**Participación:** Participación social en la toma de decisiones a distintos niveles, incluyendo la libertad de elección.

**Sustentabilidad:** Sostenibilidad financiera, política y social en el largo plazo.

*Fuente: Adaptado de Comisión Asesora Presidencial 2014 (Cid et al 2014)*

## RESULTADOS

Como ya se mencionó, cuando hablamos de modelos de aseguramiento, y de sistemas de salud en general, la evaluación de su asociación con resultados sanitarios es compleja, debido a que ellos obedecen a múltiples causas (Lalonde, 1981). Sabemos, por ejemplo, que el nivel de educación y equidad de una sociedad se asocian a mejores indicadores de salud, lo que no es producto de la acción del sistema de salud. Sin embargo, aunque la causalidad sea difícil de establecer, es evidente que los sistemas de salud influyen en los indicadores sanitarios. Si bien, los resultados sanitarios no son el objetivo de este trabajo, en el análisis de modelos se utilizan como referencias países que, utilizando diferentes modelos, logran resultados sanitarios destacados.

# **2- ORGANIZACIÓN ACTUAL DEL FINANCIAMIENTO EN CHILE Y ANÁLISIS COMPARADO DE SISTEMAS DE SALUD**





En nuestro país contamos con un modelo con características particulares. Como en la mayor parte de los países latinoamericanos, el desarrollo del sistema de salud en Chile siguió fases diversas, en muchos casos contradictorias, que tuvo por resultado la generación de un sistema “dual” o “mixto” que presenta altos niveles de segmentación en el aseguramiento y fragmentación en la atención de salud generando importantes ineficiencias e inequidades (Bossert et al, 2014). Dentro de esta línea, una característica peculiar del sistema de salud chileno es que sus cotizantes tienen la opción de dejar de contribuir a Fonasa al afiliarse a una Isapre (“opt out”), permitiendo que determinados grupos de la población trasladen sus cotizaciones de salud obligatorias a un sistema privado con una lógica de aseguramiento individual. Esto contraviene el principio de solidaridad y provoca una asignación de recursos inequitativa (Thomson, 2006; Van Kleef 2013).

Hay consenso en la necesidad de realizar reformas a este modelo, sin embargo a la hora de definir estos cambios, existen diferencias relevantes. Esta situación se evidenció en el marco de la reciente “Comisión asesora para la reforma del aseguramiento del sector privado de salud” (Cid et al, 2014), donde los grupos de expertos convocados por el gobierno se dividieron en torno a dos propuestas con principios y orientaciones de modelos de aseguramiento, contrapuestas. Cabe destacar que en dicha instancia, el acuerdo general fue la necesidad de dar una mirada global al sistema, siendo imposible pretender una reforma exclusivamente para el aseguramiento privado, suponiendo que ello no tiene relaciones o implicancias con el aseguramiento público.

Para abordar con la profundidad que se requiere la discusión sobre una reforma integral al financiamiento de la salud en Chile, a continuación, se describe una síntesis de funciones, actores y problemas identificados que facilitan el análisis y la distinción de posturas con propuestas discordantes. Al final del documento, se presenta una tabla que contiene una síntesis de los modelos presentados.

## FUNCIONES

Para hablar de funciones en nuestro modelo de financiamiento, debemos resaltar que en Chile conviven a lo menos dos subsistemas diferentes<sup>1</sup>. Describiremos separadamente el sistema de financiamiento según su carácter público o privado, en base a algunas de las referencias consultadas (Cid et al, 2013; Cid et al, 2014; Buris & Bustamante, 2014).

En el caso del sector público, los fondos provienen de diversas fuentes. La principal es la contribución de fondos recaudados por el gobierno central, seguidos por la cotización de los individuos laboralmente activos y el pago directo de las personas a través de copagos o compras directas. La recaudación de estos recursos la realiza FONASA, entidad pública que a su vez ejerce la función de distribución (con un alto grado de mancomunamiento) y compra a los prestadores, por medio de diferentes vías. Todos los fondos recaudados son reunidos en un único pool de riesgo que distribuye recursos entre los afiliados a FONASA.

La compra de FONASA se produce principalmente a prestadores públicos agrupados en la red del Servicio Nacional de Servicios de Salud, a través de diversos mecanismos de pago incluyendo pagos capitados (atención primaria), pagos por prestación (Programa de Prestaciones Valoradas), pagos por resolución de caso (GRD) y presupuestos históricos (Programa de Prestaciones Institucionales). Además realiza compras

---

<sup>1</sup> En estricto rigor podemos identificar a lo menos 4 subsistemas: público, privado, FFAA y del orden y mutualidades (salud laboral). Los dos primeros representan la mayor parte del sistema de salud en términos del financiamiento y prestación de servicios razón por la que nos concentramos en su análisis.

a prestadores privados a través de distintas vías como Modalidad de Libre Elección<sup>2</sup>, la compra directa de servicios hospitalarios o ambulatorios, utilizando eminentemente mecanismos de pagos por prestación y más recientemente, pagos por resolución de casos (GRD). En el presupuesto de la nación de 2018, el 11% del presupuesto de FONASA está contemplado en transferencias al sector privado.

Los individuos cubiertos por este seguro público, corresponden al 77% de la población del país (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Dentro del FONASA existen 4 niveles de aseguramiento, según el ingreso de las personas, con distintas posibilidades de acceder a compra de servicios al sistema privado mediante copagos, y diferente porcentaje de copago en ciertas prestaciones del aparato público.

En relación al sector privado, a nivel del aseguramiento su principal actor son las ISAPRE, entidades privadas con fines de lucro, que cubren aproximadamente al 15% de la población (Ministerio de Desarrollo Social, 2015). Los fondos que administran provienen principalmente de la captación de los aportes de las cotizaciones obligatorias de la seguridad social de los asegurados, cuya base es el 7% del sueldo bruto del cotizante, más un monto adicional voluntario que varía dependiendo del plan de coberturas y el perfil de riesgo del cotizante, alcanzando en promedio un 3% adicional de cotización por esta vía. Las ISAPRE reciben estos recursos y los administran conforme a un modelo seguros privados individuales, en el cuál el riesgo de cada individuo debe ser compensado por sus aportes personales. Por tanto, prácticamente no existe mancomunamiento, con la excepción de un pequeño fondo de compensación inter-ISAPRE creado en el contexto de la reforma del sector salud que instala el sistema de Garantías Explícitas en Salud. Estas entidades pueden apropiarse de los recursos provenientes de cotizaciones obligatorias no utilizadas para financiar prestaciones de salud, además de contar con facultades para subir unilateralmente sus primas, ambos fenómenos que explican, al menos en parte, sus altas ganancias. Debe mencionarse que el incremento de las primas ha permitido que la rentabilidad media de las ISAPRE nunca haya sido negativa, reportando una tasa de rentabilidad media de un 30% en el período 1990-2015, una de las más altas del mercado chileno (Cid & Uthoff 2017).

La función de compra se establece a través de convenios entre las ISAPRE y los prestadores, en su gran mayoría privados. El mecanismo de esta compra habitualmente corresponde a un pago por prestación. Dentro de la relación entre las ISAPRE y prestadores privados, destacan altos grados de integración vertical a través de la creación de holdings económicos (Tobar et al, 2012). Esta relación ha sido criticada como mecanismo que limita la competencia y se presta para conflictos de interés en la decisión de compra (Bijlsma et al, 2008; Berenson 2017), pero también ha sido defendida como mecanismo de contención de costos por las aseguradoras en determinadas circunstancias (Cutler, 2000). Así, es relevante analizar si los potenciales beneficios de la integración vertical se traducen en mejores resultados para los pacientes, o si se limitan a aumentar las ganancias de las aseguradoras (Afendulis & Kessler, 2011; Frakt et al, 2013).

## PRINCIPIOS

### Universalidad

Si bien toda la población tiene la posibilidad de acceder a un seguro, no siempre existe una cobertura efectiva y oportuna, en especial para aquellas patologías no incluidas en la lista positiva explícita de beneficios (GES). Esto se traduce en abultadas listas de espera y un importante gasto de bolsillo.

### Solidaridad y equidad

El sistema de salud chileno ha sido señalado, tanto nacional como internacionalmente, por contar con ba-

---

<sup>2</sup> Voucher que otorga el seguro público para compra de servicios médicos, principalmente atenciones de especialistas, pero también paquetes de prestaciones integradas a un problema de salud.

jos niveles de solidaridad y equidad debido a que existe una segmentación de los individuos en relación a su capacidad de pago: los individuos sanos, laboralmente activos y de mayores recursos se concentran en las ISAPRE, mientras que los enfermos, con menor participación en el mercado laboral y de menores recursos, están en el seguro público. Esto se produce por fallas de regulación que permiten que las ISAPRE puedan seleccionar a las personas más rentables a través de mecanismos discriminatorios. Por ejemplo, la tabla de factores utilizada por las ISAPRE calcula un precio mayor para las mujeres que para los hombres, práctica cuestionable y que fue prohibida en el 2011 en la Corte Europea de Justicia (Bünnings, 2014). Por el otro lado, FONASA funciona con un financiamiento solidario, que es limitado parcialmente por el tope imponible de aproximadamente \$140.000 (CLP)<sup>3</sup>.

A nivel de sistema se produce un mecanismo de solidaridad a través de los aportes fiscales, al recibir FONASA dineros provenientes principalmente de impuestos generales. Sin embargo, a pesar de estos mecanismos, se han mantenido diferencias sustantivas entre los recursos per cápita en el sistema público y los seguros privados (Cid, 2011; Urriola, 2017).

### **Eficiencia**

Si bien los indicadores de salud globales son buenos en un contexto de bajo nivel de gasto en salud, existen elementos que evidencian defectos importantes. Los indicadores suelen tener alta desigualdad según nivel de ingreso y la oportunidad de atención en muchos problemas de salud es en extremo tardía, en comparación a países miembros de la OCDE (OCDE, 2017).

Adicionalmente, los seguros privados tienen un gasto administrativo 10 veces superior al sistema público (Nicolle & Mathauer, 2010) y no se cuenta con indicadores de resultados que evidencien que este mayor gasto se asocie a mejores resultados sanitarios, indicando la existencia de importantes ineficiencias. En términos de indicadores de producción, el sector privado realiza en promedio más atenciones ambulatorias y hospitalizaciones por individuo, pero sin conocerse si esto impacta en resultados sanitarios. Dentro del seguro privado y en la modalidad de libre elección del seguro público, el uso de mecanismos de pago por prestación, presiona al sistema por mayor cantidad de prestaciones y mayores costos, desincentivando la contención del gasto (Buris & Bustamante, 2014).

### **Sustentabilidad**

En términos generales, existe un importante grado de insatisfacción de la ciudadanía con el sistema de salud y sus diversos actores. Esta mirada crítica se ha acrecentado durante los últimos años (Cuadrado, 2016). Los altos gastos de administración (Nicolle & Mathauer, 2010) y la alta judicialización producida a partir de las alzas unilaterales en los planes de las ISAPRE, sumado a la heterogeneidad de los mismos, evidencian que la sustentabilidad del sistema de aseguramiento privado se encuentra en entredicho. Este diagnóstico es compartido por una amplia gama de actores técnicos y políticos en el país.

### **Participación y libertad de elección**

Dentro del sector público, existe la modalidad libre elección para ciertas prestaciones en las que el beneficiario puede elegir al profesional y/o entidad pública o privada que se encuentre inscrita en FONASA, el ejemplo lo que ocurre con el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) para beneficiarios FONASA en tramos B, C y D. A nivel de atención primaria, en algunos centros de salud públicos, las personas pueden optar entre diferentes profesionales para una atención. En el sector privado, los planes contemplan prestadores preferentes, donde suele haber posibilidad de elegir al profesional que atiende dentro de un

---

<sup>3</sup> El tope imponible a 2017 asciende a 75,7 Unidades de Fomento (UF), equivalentes a \$2.023.949 al 1 Diciembre 2017. Un, 7% de este monto corresponde a \$141.676.

centro de salud privado acogido al convenio. Habitualmente, mientras más alto el valor de un plan hay mayor posibilidad de elegir entre centros y profesionales, y mientras menor, esta opción se ve reducida. Sin embargo, debido a los elevados costos, la multiplicidad de planes y la asimetría de información existente dentro del sistema ISAPRE, un 47.3% de sus afiliados se encuentran cautivos y no pueden cambiarse de aseguradora, limitando la libertad de elección (CAP, 2014).

Existen avances en materia de regulación sobre los mecanismos de participación en el sector público en los últimos 20 años. En el Instructivo Presidencial del año 2000 se instauraron las Cuentas Públicas participativas y las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) (Peroni, 2009). Luego en el año 2011 se dictó la Ley 20.500 y posteriormente la Norma General de Participación Ciudadana, donde se determinó que todas las instituciones públicas debían tener organismos de participación de la sociedad civil. Sin embargo, estos mecanismos han sido clasificados como insuficientes, evaluando que en la práctica existe escasa participación vinculante de la ciudadanía y que la participación se ha instrumentalizado para fines institucionales (Barros & Rivera, 2013; Merino & Torres, 2015). En contraste, el sector privado no cuenta con mecanismos colectivos de participación en ninguno de sus niveles.

**TABLA 2: RESUMEN DE PRINCIPALES PROBLEMAS DEL FINANCIAMIENTO DE LA SALUD EN CHILE**

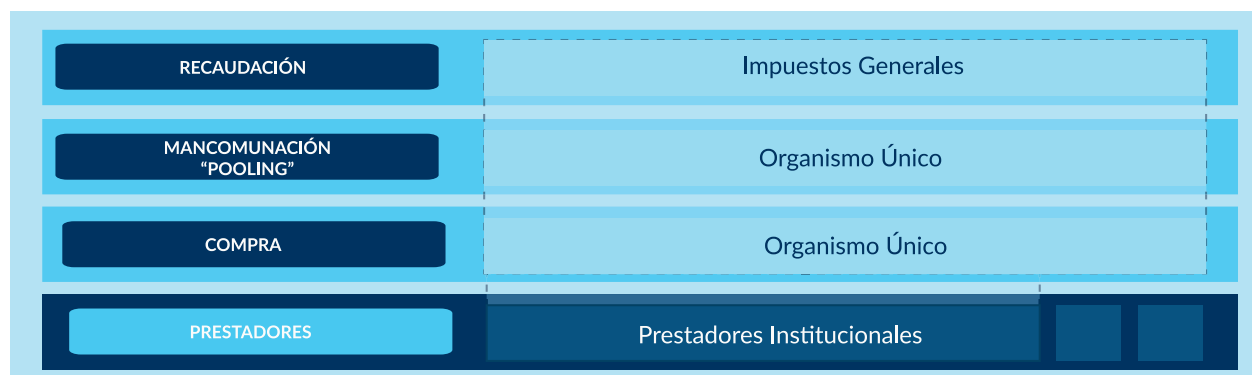
1. Baja cobertura financiera evidenciada por un alto gasto de bolsillo.
2. Financiamiento insuficiente de la red pública.
3. Mecanismos de asignación del FONASA a los prestadores que no potencian la coordinación, integración y eficiencia en el uso de los recursos.
4. Cautividad y discriminación por pre-existencias (enfermedades conocidas).
5. Alza unilateral de las primas por parte de las ISAPRE.
6. La gran cantidad de planes privados (miles) lleva a una gran heterogeneidad de las coberturas e importantes asimetrías de información.
7. Segmentación de los fondos según nivel de renta y ausencia de mancomunamiento entre las cotizaciones de individuos de ambos sistemas.
8. Concentración y oligopolización de la industria, con alto nivel de integración vertical, generando potencialmente barreras de entrada para nuevos actores.
9. Competencia en selección de las personas menos riesgosas generalizada del sector privado, llevando a una segmentación en base a los riesgos de la población.
10. Altos costos de administración en el aseguramiento privado.
11. Mecanismo de pago por prestación en el sector privado que presiona por incremento en los costos, sin existir incentivos a la eficiencia.
12. Falta de protocolos y redes de derivación que racionalicen la demanda en el sector privado.

# SISTEMA NACIONAL DE SALUD

En la primera mitad del siglo XX, nace entre las alternativas para el financiamiento y organización de la salud, el modelo “Sistema Nacional de Salud” (también llamado modelo Beveridge o modelos basados en impuestos generales) (Kutzin et al, 2009). El caso más emblemático en la implementación de este modelo es el Reino Unido con el NHS (National Health System) que se estableció en 1948, y que se mantiene en esencia hasta el día de hoy.

Cabe destacar que los países han implementado un largo abanico de variaciones de este modelo. Algunos autores como Savedoff clasifican a los sistemas de salud basados en impuestos como los que tienen más de un 50% del gasto público a partir de impuestos generales u otros aportes fiscales (Savedoff, 2004).

Figura 1: Sistema Nacional de Salud



## FUNCIONES

En términos generales, este modelo se caracteriza por ser financiado por recursos recaudados a través de impuestos generales u otros aportes fiscales. También se caracteriza por estar constituido por un único organismo que maneja y distribuye los recursos para toda la población. En cuanto a la provisión, en el modelo tradicional, los Sistemas Nacionales de Salud administran los proveedores (instituciones de salud), en contraste con los Seguros de Salud, en el cual se establecen contratos con proveedores externos. Otra característica tradicional de este modelo, es que cuenta con un nivel primario que actúa como articulador del sistema, cuya función es ser un primer contacto de la población con el Sistema de Salud (“gatekeepers”). Así, los “gatekeepers” regulan el acceso a especialistas, con una alta resolutivez y enfoque preventivo (Savedoff, 2004). Este rol no es exclusivo de este modelo. Por ejemplo, en el Sistema público chileno la Atención Primaria de Salud cumple esta función, sin existir un equivalente en el sector privado.

## PRINCIPIOS

### Universalidad

El Sistema Nacional de Salud cumple con el principio de universalidad, ya que todos los individuos tienen cobertura solo por su condición de ciudadanos, sin exclusiones. Al respecto, hay autores que argumentan la importancia de no asociar la cobertura de salud a la contribución directa. En relación a esto, los seguros sociales tendrían el riesgo de generar ciudadanos de primera y segunda categoría, donde los ciudadanos que no contribuyen tendrían peor acceso que los que sí contribuyen (Lloyd Sherlock, 2006). En esta línea, como en el Sistema Nacional de Salud el aporte es indirecto a través de impuestos generales, no existiría tal riesgo.

## **Equidad y solidaridad**

Los impuestos generales suelen ser una fuente de financiamiento altamente progresiva, siendo este modelo el que presenta la mayor progresividad de pago al compararlo con otras alternativas de organización del sistema de salud (Savedoff, 2004). Con respecto a la provisión, este modelo ofrece acceso a las atenciones de salud, independiente del pago y de acuerdo con las necesidades del individuo y las comunidades, por lo que promueve la equidad en el acceso. También, al integrar en un único Sistema de Salud a todos los prestadores, podría haber mayor posibilidad de priorizar la atención según la necesidad de los individuos. Asimismo, este modelo cumple con el principio de solidaridad, ya que al pertenecer todos los ciudadanos al mismo sistema de salud, se logra una mancomunidad de los riesgos de salud de toda la población. De este modo, se evita la selección y segmentación por riesgo, uno de los aspectos a destacar de este modelo.

## **Eficiencia**

Este modelo tiene tanto ventajas como desventajas desde el punto de vista de la eficiencia. Por un lado, al ser el Sistema Nacional de Salud una única entidad, se beneficia de generar economías de escala, con bajos gastos administrativos, buen manejo del riesgo financiero y alto poder adquisitivo (Savedoff, 2004). También, este modelo podría presentar menores costos de transacción que los otros, donde las funciones de aseguramiento y provisión son ejecutadas por distintas instituciones (Carrin & James, 2004). Por otro lado, este modelo potencialmente puede ofrecer una atención de salud que sea más integrada, ya que tiene menores niveles de fragmentación que otros. No obstante, al tener asignadas múltiples funciones tanto de financiamiento como de provisión, pueden existir dificultades para cumplir estas funciones de manera idónea; esto puede dificultar la rendición de cuentas y el control social. Algunos autores han planteado que la separación del financiamiento y la provisión es más eficiente y mediante la competencia entre proveedores, podría lograr mejores resultados (Gaynor et al, 2010). No existe consenso en la literatura respecto al efecto de la introducción de mecanismos de competencia en la eficiencia de los sistemas sanitarios. Por esta razón, se desarrollará en mayor extensión en la sección de discusión.

## **Sustentabilidad**

Autores han planteado que el financiamiento de un Sistema de Salud puede ser más inestable debido a la dependencia del presupuesto en las negociaciones políticas del momento (Carrin, 2004). Con respecto a efectos en otros indicadores económicos, se han planteado ventajas del Sistema Nacional de Salud con respecto a los Seguros sociales en término de indicadores laborales. Como en el SNS el aseguramiento no está vinculado al empleo formal (en contraste con el Seguro Social), este modelo tiene teóricamente menos riesgos de sufrir déficit financiero frente a situaciones de crecimiento en la tasa de desempleo o aumento en la población en edad de jubilación. Además, se evita el desincentivo al empleo formal para evitar el pago. Un ejemplo empírico de esto, es un estudio conducido por Wagstaff en el año 2009 que comparó países con Sistema Nacional de Salud versus Seguro Social, mostrando que en los países con Seguro hubo una reducción de la proporción de empleo formal significativamente superior a los países con Sistema Nacional (Wagstaff, 2009). Con respecto a la viabilidad política, se ha planteado como argumento en contra del financiamiento del sistema de salud a través de impuestos generales, que las personas estarían más dispuestas a pagar impuestos específicos, directamente dirigidos a salud, que a pagar impuestos generales más altos (Jacobs, 2000).

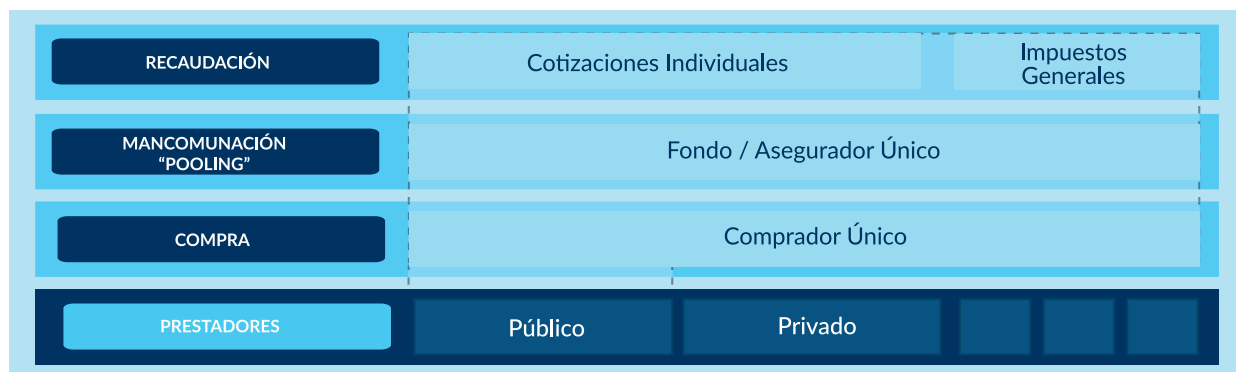
## **Participación y libertad de elección**

En este modelo, los individuos no tienen la posibilidad de elegir asegurador, ya que toda la ciudadanía es parte del mismo Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, depende de la regulación local el rol que los Seguros Privados complementarios pudieren cumplir. Por otro lado, este modelo no es incompatible con que la población pueda elegir entre la red de prestadores públicos dónde desea recibir atención. En el caso inglés o italiano, por ejemplo, las personas pueden elegir su atención en una red de prestadores en convenio con el seguro. Si bien un modelo en principio centralizado como el Sistema Nacional de Salud implicó desde sus inicios desafíos para la participación en modelos como el NHS (Klein, 1979), se ha avanzado en mecanismos de participación de la ciudadanía en distintos niveles, con un mayor énfasis en la atención primaria (NHS England, 2017). En general, hay escasos estudios que vinculen la efectividad de la participación a uno de los modelos de financiamiento en particular, que se mencionan en este documento.

# SISTEMA DE SEGURO ÚNICO NACIONAL DE SALUD

Los modelos basados en un Seguro Nacional de Salud (National Health Insurance) se ubican en un punto intermedio entre los modelos basados en un Sistema Nacional de Salud y los de Seguros Sociales. En general, surgen de procesos de integración de sistemas que previamente presentaban un alto nivel de fragmentación. Algunos ejemplos pueden encontrarse en países como Australia, Canadá o Corea del Sur.

Figura 2: Seguro Único Nacional de Salud



## FUNCIONES

Su diferencia con el sistema nacional de salud es que en general el seguro único está financiado por una proporción mayor de contribuciones mediante cotizaciones de trabajadores y empresas, además de no necesariamente existir una integración del seguro con los prestadores, existiendo contratos con diversas instituciones públicas, privadas con y sin fines de lucro para asegurar la prestación de servicios. Su principal diferencia con los modelos de Seguros Sociales, es que elimina el mercado a nivel del aseguramiento, contando con un pagador único con mayor poder negociación con los prestadores, garantizando un mancomunamiento global de los recursos y una cobertura equitativa para toda la población.

Los modelos de Seguro Nacional comparten algunas ventajas con los modelos de Sistema Nacional de Salud, como el mancomunamiento y eficiencia generada por un pagador único. Destaca también que la lógica de un asegurador y prestador no integrados, basado en contratos, permiten teóricamente concentrarse en el objetivo de aseguramiento de la salud de la población, independizando su actividad de los prestadores y a la vez centrando su gestión en entregar incentivos que alineen a los proveedores de servicios con los objetivos de la seguridad social.

Existen dos importantes desventajas que son posibles de mencionar para este tipo de modelos. Por un lado, los sistemas de Seguro Nacional de Salud pueden presentar dificultades para lograr captar cotizaciones de los empleos del sector informal, o trabajadores por cuenta propia. Este elemento debe ser considerado en el contexto chileno, en el cual aún no existen contribuciones mediante cotizaciones obligatorias a la seguridad social del sector empleado por cuenta propia. En segundo lugar, los efectos laborales: si bien este tipo de sistemas pueden contar con una recaudación menos dependiente de los ciclos políticos, su recaudación puede ser muy sensible a los cambios en el mercado del trabajo, afectando de manera importante en contextos de crisis económicas o envejecimiento de la población. Así mismo, las

contribuciones con cargo a cotizaciones pueden potencialmente afectar el mercado del trabajo, disminuyendo los sueldos y/o aumentando el desempleo.

## PRINCIPIOS

### Universalidad

El Sistema de Seguro Único de Salud cumple con el principio de universalidad sólo en cuanto la cobertura no esté vinculada a la contribución. Esto puede lograrse mediante normativas de contribución obligatoria, contando con mecanismos efectivos de fiscalización y aplicación. Como se ha mencionado, la vinculación de la cobertura a la contribución, puede generar ciudadanos de primera y segunda categoría. (Lloyd Sherlock, 2006).

### Equidad y solidaridad

La estructura del financiamiento de estos modelos apunta a una mayor equidad en el acceso, al entregar una cobertura universal a la población independiente de su capacidad contributiva, y al disminuir las barreras financieras para acceder al sistema de salud. La progresividad en este modelo depende en buena medida de la estructura de las contribuciones mediante cotizaciones. Por ejemplo, la existencia de topes imponibles en el impuesto a la renta para las cotizaciones de la seguridad social. El principio de solidaridad se ve claramente reflejado en el mancomunamiento universal de los aportes, generando subsidios cruzados entre la población en base a su capacidad para aportar el sistema, independiente de sus riesgos de enfermar.

### Eficiencia

Este modelo busca generar eficiencia a través del ejercicio del poder monopsonico de un pagador único, generando incentivos sobre los prestadores mediante su poder de compra y la generación de contratos. Por otro lado, el Seguro Nacional permite reducir los costos de administración y transacción al eliminar el mercado de seguros y los sistemas de compensación de riesgo que son necesarios de implementar en modelos de seguros sociales. El hecho de que exista una entidad compradora única, podría permitir que los proveedores compitan para lograr adjudicarse la prestación. Esta presión podría ofrecer teóricamente servicios de mayor calidad y menor precio, en caso de que el seguro así lo defina mediante mecanismos de compra con criterios de calidad y costo efectividad. Esto es controversial y se discutirá con mayor profundidad en la sección de discusión.

### Sustentabilidad

La sustentabilidad del modelo se articula en su relativa mayor independencia de los ciclos políticos, respecto a otros modelos. Además, según los valores sociales imperantes, puede recibir una mayor aceptabilidad por parte de la población que los modelos de Sistema Nacional de Salud desde el punto de vista contributivo y de la prestación. Por otro lado, la recaudación puede ser muy sensible a los cambios en el mercado del trabajo, siendo afectada de manera importante en contextos de crisis económicas. Así mismo, las contribuciones con cargo a cotizaciones pueden potencialmente afectar el mercado del trabajo, disminuyendo los sueldos y/o aumentando el desempleo.

### Participación y libertad de elección

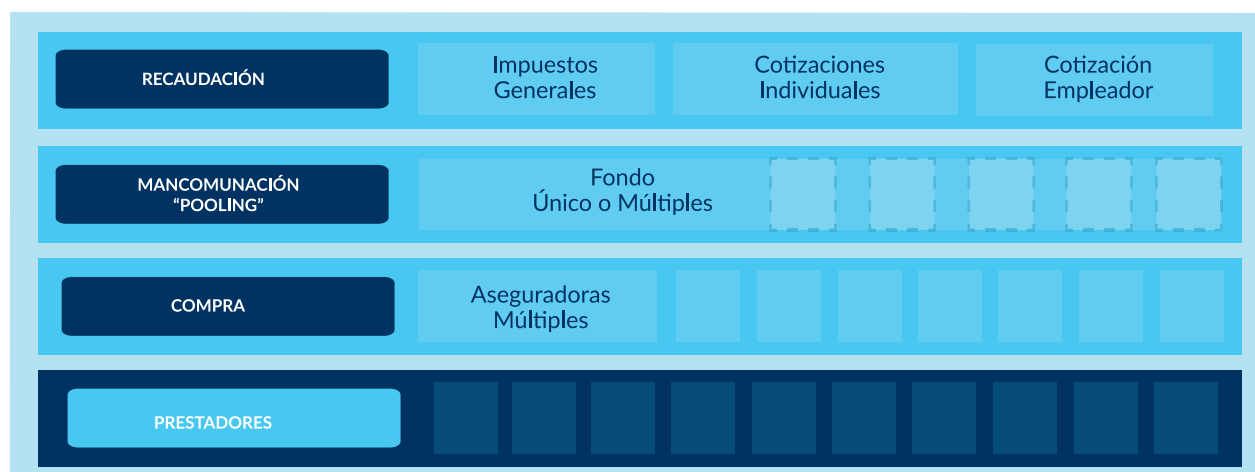
La estructura unitaria del Seguro Único facilita la incorporación de representantes de diversos sectores de la sociedad en su estructura y procesos de toma de decisión. Un riesgo de este tipo de modelos, es la captura por grupos de interés, por lo cual resulta particularmente importante incorporar elementos en su estructura que sirvan de resguardo. Por otro lado, desde la lógica de los usuarios, la libertad de elección presenta un importante desarrollo en los modelos de Seguro Nacional de Salud, existiendo en general acuerdos con redes de prestadores de distintos niveles, incluyendo actores públicos y privados, dentro de los cuales los individuos tienen posibilidad de elegir entre la oferta de prestadores.



# SISTEMA DE SEGUROS SOCIALES DE SALUD

En la segunda mitad del siglo XIX, en principio en Alemania y Bélgica, surgen las primeras formas de organización del financiamiento de la salud, denominado modelo de Bismarck o de “Seguros Sociales de Salud”, denominado así por el primer ministro de Prusia, Otto Von Bismarck, quien sentó las bases del Estado de Bienestar como medida de la unificación de Alemania en 1883. En ese momento el Estado toma responsabilidad de los fondos de enfermedad de los sindicatos, lo cual explica su vinculación a las contribuciones y beneficios ligados al trabajo, además de contar con diferencias entre distintos sectores productivos. En su concepción inicial, la cobertura estaba dada exclusivamente a los trabajadores, sin incluir a sus familias, elemento que con los años se ha corregido hasta dar cuenta de modelos con cobertura prácticamente universal. Interessantemente, Reino Unido adopta inicialmente un modelo de Seguros Sociales (1911), el que daría posteriormente lugar al desarrollo del Sistema Nacional de Salud (NHS) previamente comentado.

Figura 3: Seguros Sociales de Salud



## FUNCIONES

Las principales características de los sistemas en base a seguros sociales son que se asegura el acceso de todos los beneficiarios a un plan de salud definido y que la contribución o el pago que cada persona realiza se desconecta en gran medida de su estado de salud. Esto último se realiza, generalmente, mediante una combinación de fuentes de financiamiento que involucra a empleados, empleadores y al Estado, buscando que quienes tienen mayores ingresos contribuyan más que los que no y que los enfermos no paguen más que los sanos, permitiendo la diversificación de los riesgos financieros entre diferentes personas y durante el ciclo de vida (Doetinchem et al, 2010). Estos recursos pueden ser recaudados por un fondo único y distribuidos en aseguradoras, públicas o privadas, para su administración (recaudación y mancomunación separadas), o bien por múltiples fondos en cuyo caso el cotizante aporta directamente a una compañía aseguradora (recaudación y mancomunación en la misma institución), dependiendo del arreglo de cada país (Busse & Blümel 2014).

Aun cuando existen economías que compatibilizan la participación pública, la estructura inherente del modelo permite externalizar ciertos servicios a privados, bajo el supuesto de que una regulación exigente puede lograr que estos trabajen a favor de los propósitos fiscales (Buris & Bustamante, 2014)

En varios países con modelos de Seguros Sociales bien establecidos, existen mecanismos de compensación de riesgos, que buscan ajustar la distribución de recursos entre las aseguradoras, acorde a la utilización de servicios esperada y observada, según las características de la población asegurada. Mientras más fragmentada es la función de mancomunación (mayor número de aseguradoras, y mayor heterogeneidad entre ellas), más difícil es lograr una adecuada distribución del riesgo. Existen estudios que han demostrado que pese a la existencia de mecanismos de mancomunación y compensación de riesgo, sigue existiendo selección por riesgo de los individuos por parte de las aseguradoras (Grunow & Nuscheler, 2014; van Kleef et al, 2013; Thomson et al, 2013).

Los sistemas de seguros sociales rara vez tienen un médico que actúe como puerta de entrada al sistema, para los proveedores de segundo nivel. Estos, en su mayoría, no administran directamente su propia red de proveedores, sino que contratan a proveedores, a menudo de los sectores público y privado siendo la tarifa por servicio (fee for service) el mecanismo de pago más común (Wagstaff, 2009).

La función de compra la realiza directamente cada entidad aseguradora, permitiendo la interacción variada entre aseguradoras y prestadores independiente de su carácter público o privado (Greb et al, 2002). Es importante destacar que el carácter público de un seguro, en este caso, no necesariamente implica que sea de propiedad estatal. Habitualmente, estos sistemas tienen una alta regulación de sus actores para reducir los mecanismos de selección de riesgo, buscando mantener la equidad entre los fondos y asegurar la calidad (Greb et al, 2002; Busse & Blümel 2014).

## PRINCIPIOS

### Universalidad

En países en que la cotización de salud es obligatoria, toda la población debería tener acceso a salud, sin embargo en aquellos países en que no es obligatoria, esta puede ser variable, por tanto no es un valor característico de este modelo.

### Equidad y solidaridad

Al igual que en el caso de universalidad, el apego al principio de solidaridad es variable, dependiendo de la organización de cada país. Se puede ver en la recolección, si esta se basa en la existencia de contribuciones obligatorias de acuerdo al nivel de ingresos y que los beneficios son entregados de acuerdo a la necesidad, promoviendo equidad en acceso y cobertura. Así mismo, buena parte de los países con este tipo de sistemas deben recibir aportes del Estado debido a los cambios en el mercado laboral que se han producido en las últimas décadas, configurando otra fuente de financiamiento solidaria. En los modelos en que la cotización es voluntaria, como en el alemán, la solidaridad es parcial ya que si las personas de mayores ingresos deciden no contribuir al seguro base, se pierde un importante porcentaje de la recaudación. En contraste, el sistema Holandés cuenta con contribuciones obligatorias evitando este fenómeno. La existencia de topes imponentes a la cotización es otro elemento en el que se pueden observar divergencias, atentando contra la progresividad de las contribuciones.

Este modelo frecuentemente tiene mecanismos de distribución de los recursos basado en el riesgo de los afiliados de cada seguro y/o compensación posterior por utilización (ajuste retrospectivo). Sin embargo, a pesar de estos mecanismos de compensación, como hemos discutido persiste el riesgo de que las ase-

guradoras practiquen mecanismos de selección de riesgo, provocando segmentación de los fondos (van Kleef et al, 2014).

### **Eficiencia**

El modelo de seguros sociales, busca optimizar la eficiencia mediante la competencia en un mercado regulado, donde múltiples proveedores de seguros y servicios de salud compiten por asegurados y pacientes, que pueden elegir libremente con quién asegurarse y con quién atenderse. Lograr este objetivo requiere de una alta regulación y un avanzado manejo de ajustes por riesgos y gastos reales. Por lo mismo, contar con esta capacidad se vuelve un requisito para lograr eficiencia. También es necesario destacar que, en la práctica, complejos mecanismos de regulación no han logrado eliminar la selección de riesgo en países como Alemania y Holanda, llevando a problemas de eficiencia. Por otro lado, en general los modelos de seguros sociales muestran un incremento del gasto en salud a una tasa más alta que los modelos de sistemas nacionales de salud (van der Zee & Kroneman, 2007).

Por otra parte, la existencia de variados seguros, aumenta la probabilidad de numerosas relaciones con prestadores de salud, lo que puede llevar a una fragmentación de la atención poniendo en riesgo la continuidad de los cuidados, y con eso la eficiencia sanitaria del sistema.

### **Sustentabilidad**

Al igual que en el caso del seguro único, dado su mecanismo de financiamiento, presenta una relativa mayor independencia de los ciclos políticos con respecto al Sistema Nacional de Salud y podría existir una mayor aceptabilidad por parte de la población a contribuir impuestos específicos a salud (Jacobs & Goddard, 2000). Los dos principales aspectos del sistema que causan preocupación son su dependencia de los cambios del mercado del trabajo, así como su relativa menor eficacia para controlar el aumento de los costos. En caso de que el seguro no sea obligatorio, existe el riesgo de la reducción del número de cotizantes en el seguro obligatorio y/o migración hacia seguros privados, y con esto disminución del financiamiento.

### **Participación y libertad de elección**

Los grados de participación en este tipo de modelos son muy variables. En los casos de seguros sociales vinculados a sectores productivos específicos, la participación de grupos de trabajadores en la estructura ha sido históricamente frecuente. Desde la perspectiva de la libertad de elección, es un elemento prioritario en este tipo de modelos, en tanto los pacientes pueden elegir entre proveedores privados, así como entre aseguradoras. En tanto, la libertad de elección es vista como una condición para la competencia entre aseguradores.

# **3- LA REFORMA DE SALUD EN CHILE: UNA DISCUSIÓN NECESARIA**



## UNA TAREA PENDIENTE

En 1952, Chile promulga la ley que crea el Servicio Nacional de Salud, dando un salto cualitativo por la cobertura de salud de los trabajadores. Sin embargo, ya en ese período no fue posible lograr un sistema que incluyera a toda la población, quedando bajo otro sistema los empleados de mayor calificación y profesionales. Durante la dictadura militar, se implementan reformas al financiamiento que incluyen seguros privados a la administración de las cotizaciones, generando una serie de conflictos en relación a los principios de la seguridad social que persisten hasta hoy.

Durante la última reforma de la salud el año 2004 se propuso la creación de un fondo solidario de salud que mancomunara cotizaciones de beneficiarios FONASA e ISAPRE para generar mayor solidaridad en el sistema. Sin embargo, esta propuesta fue sacrificada a cambio de la aprobación del plan AUGE en el parlamento (Cuadrado, 2015). El debate a continuado en los últimos años con a lo menos 3 comisiones asesoras para tratar la temática, dos durante el primer mandato de Sebastián Piñera y una en el segundo mandato de Michelle Bachelet.

En el programa presidencial de Michelle Bachelet para el periodo 2014-2018, se planteó crear una nueva Ley de ISAPRE para terminar con los abusos del sector privado de salud. En el año 2014, se convocó a una Comisión Asesora Presidencial “Para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el Sistema de Salud Privado”, compuesta por 17 integrantes. El informe de la comisión propuso, que una reforma al sector privado debe necesariamente involucrar al sector público de salud. Una mayoría de la comisión, apoyó la propuesta de la implementación a largo plazo de un Fondo Único con Seguro Nacional de Salud (FUS) y seguros privados complementarios regulados. Por otro lado, una minoría se inclinó por un modelo de fondo único con multiseuros. La comisión plantea una reforma de transición inmediata hacia el Fondo Único. Esta transición consistiría básicamente en un Plan de Seguridad Social, único y universal para todos los ciudadanos, financiado a través del 7% de cotización, o con cotizaciones adicionales para las ISAPRE. Este sería acompañado por un Fondo Mancomunado Universal entre FONASA e ISAPRE, que tendría la función de redistribuir recursos a favor de la solidaridad del sistema para cubrir insumos de alto costo (Comisión Asesora Presidencial, 2014). Habiendo terminado ya el período presidencial, la reforma al financiamiento de la salud en Chile sigue pendiente.

## ¿EXISTE UN MODELO IDEAL?

Si bien los modelos presentados en el documento pueden servir para ilustrar las diferencias para el debate, la implementación de un modelo de salud es altamente dependiente del contexto y la historia del país. Es así, como a nivel internacional, vemos que los países presentan una composición de distintos elementos de los modelos descritos. Al mismo tiempo, el modelo ideal va depender de cuáles son los principios que la sociedad quiere que su modelo de salud promueva. El Commonwealth Fund generó recientemente un estudio que comparó resultados sanitarios en 11 países de acuerdo a 72 indicadores de procesos, acceso, eficiencia administrativa, equidad y resultados en salud (Schneider et al, 2017). Este estudio reportó que acorde al resultado en estos indicadores, los países con mejor desempeño serían Reino Unido (Sistema Nacional de Salud), Australia (Seguro Único Nacional de Salud) y Holanda (Seguros Sociales de Salud). Posiblemente lo que este tipo de estudios refleja, es que por medio de diferentes modelos se pueden alcanzar buenos resultados, sin embargo los factores de éxito para uno u otro sistema son probablemente diferentes y altamente dependientes del contexto local.

## PRINCIPIOS PARA UNA REFORMA DEL MODELO CHILENO

Desde el Departamento de Políticas de Salud y Estudios, consideramos que como país de altos ingresos pero aún en vías de desarrollo, Chile tiene un desafío enorme. En materia sanitaria, los ojos de Latinoamérica estarán atentos a nuestras definiciones, a cómo resolvemos la encrucijada de generar acceso a salud de calidad y equitativo.

En primer lugar, estamos de acuerdo con una definición obvia planteada por la última Comisión Presidencial: la reforma de salud no puede incluir solo a los seguros privados, sino que debe rediseñar el sistema en su conjunto. En un sistema dual como el chileno, lo que ocurre en el sector privado tiene fuerte impacto en el sector público y vice versa. Un ejemplo de esto, es cómo la selección de riesgo en el sector privado (selección de los más sanos) provoca selección adversa en el sector público de salud (quedan los más riesgosos). Frente a esta co-determinación, una reforma debe incluir al sector público y privado, buscando superar la fragmentación del sistema. En el centro debe estar la mirada de que el sistema de salud es uno solo, independiente de que en él puedan participar múltiples actores.

### Solidaridad y equidad

Creemos firmemente que un piso mínimo para la generación de un modelo de salud es asegurar **cobertura universal con equidad y solidaridad**. La cobertura universal debe incluir todos los servicios necesarios<sup>4</sup> para asegurar el derecho a la salud de toda la población, sin que esto implique dificultades financieras a las personas. Debemos avanzar en mecanismos de contribuciones progresivas, sin topes impositivos. El sistema de salud debe proporcionar acceso a atención en salud de acuerdo a la necesidad de cada ciudadano y no a su capacidad de pago. La solidaridad debe estar presente a través de una correcta mancomunación por riesgos entre toda la población.

En este aspecto, si bien todos los modelos presentados podrían teóricamente lograr estos 3 principios, creemos que hay algunos que tienen mayores posibilidades de cumplirlos a cabalidad. Vemos ventajas en el Sistema Nacional de Salud, ya que la universalidad de la cobertura en términos de población estaría garantizada. Sin embargo, se debe asegurar una inversión pública suficiente para lograr cobertura de todos los servicios<sup>5</sup> y con pagos y cobros reducidos (o inexistentes). Con respecto a la solidaridad, este modelo tiene varias ventajas, ya que el pago proviene de impuestos generales que son generalmente progresivos, y el fondo de mancomunación incluye a la totalidad de la población.

Por su parte, el Seguro Único también podría alcanzar una cobertura universal. Sin embargo, para ello debe asegurar que no existan diferencias en la cobertura que perjudique a los ciudadanos que no coticen (ejemplo: tercera edad, niños y niñas, personas de bajos ingresos). La progresividad del pago va a depender de que no existan topes impositivos, como el que existe actualmente. La mancomunación en este modelo está asegurado por un fondo que incluye a toda la población.

Con respecto al modelo de seguros sociales, hay mayores dificultades para cumplir estos objetivos. Hay riesgo de que ciertos grupos queden excluidos de la cobertura debido a que no contribuyen al sistema. Es posible que los seguros tengan segmentación de riesgo, que reduce la solidaridad y equidad en el acceso. Para evitarlo, países como Alemania u Holanda han adoptado un mecanismo de recolección única y posterior redistribución entre los seguros. Sin embargo, en estos casos hemos visto que, a pesar de tener

---

<sup>4</sup> Los procesos de priorización de los servicios incluidos en la cobertura son complejos y exceden el objetivo de este documento.

<sup>5</sup> Los procesos de priorización de los servicios incluidos en la cobertura son complejos y exceden el objetivo de este documento.

mecanismos de redistribución complejos y que necesitan de mucha información, la selección de riesgo continúa existiendo (Grunow & Nuscheler, 2014; Bunning & Tauchmann, 2015). Así, es necesario evaluar si Chile tiene la capacidad institucional y de sistemas de información para implementar mecanismos de redistribución apropiados, ya que por el contrario esta opción arriesga mantener las inequidades del sistema actual.

## **Eficiencia**

Si bien es urgente avanzar a un aumento en el gasto público en salud, al mismo tiempo, el sistema debe ser capaz de dar garantías de administrar de forma eficiente los recursos. La eficiencia es entendida como la forma de alcanzar los mejores resultados sanitarios posibles con los recursos disponibles asignados por la sociedad. Todo incremento en eficiencia que lleve a ahorros potenciales permite liberar recursos para responder a necesidades no cubiertas por el sistema.

Desde una mirada de las funciones, probablemente la función de compra es una de las más relevantes a la hora de incrementar la eficiencia del sistema. Para ello, es imprescindible dotarla de una inteligencia sanitaria para hacer frente a las decisiones de cobertura de insumos y tecnologías cuyos costos tienden a crecer en el tiempo, entregando muchas veces beneficios marginales. Para estos fines, la creación de una Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETESA) ha sido una estrategia que países con diversos modelos de financiamiento han adoptado. Desde el lado de los prestadores, el pagador debe ser capaz de generar incentivos para organizar de forma adecuada a las redes asistenciales, promoviendo la colaboración y coordinación en red de los prestadores. Así mismo, la experiencia comparada subraya la necesidad de impulsar decididamente una atención primaria universal fortalecida, como puerta de entrada al sistema, que esté en el centro de los cuidados.

Desde una perspectiva general, hemos ya discutido que en general cualquier tipo de modelo puede alcanzar buenos resultados en salud (Schneider et al, 2017), por lo que lo que el análisis de su eficiencia relativa debe ir acompañada por la pregunta de *“¿a qué costo son logrados estos resultados?”*. Los modelos como el Sistema Nacional de Salud o el Seguro Único, logran buenos resultados en salud en general a menores costos que los modelos de seguros sociales (van der Zee & Kroneman, 2007). Esto podría explicarse por elementos tales como la reducción de gastos a nivel de recaudación y administración, mayor grado de regulación y control sobre los prestadores dada su posición de pagador único, así como un incremento en la capacidad de integración de las redes de salud. El riesgo potencial de estos modelos es el riesgo de la burocratización, escasa transparencia y en último tiempo captura por grupos de interés, lo que llevaría a una menor eficiencia. Es por esto que los países con este tipo de modelos han debido avanzar en modernizar y fortalecer sus mecanismos de rendición de cuentas, además de incorporar participación vinculante de la comunidad en las decisiones de salud como mecanismos para enfrentar estos desafíos.

Una receta frecuentemente sugerida para incrementar la eficiencia es fomentar una mayor competencia. Muchos países, incluyendo Chile, han incluido mecanismos de competencia esperando que lleven a un aumento de la eficiencia. Sin embargo, los resultados no han sido concluyentes. La evidencia hasta el momento es contradictoria, por lo que la introducción de estos mecanismos debe ir acompañada de una estrecha evaluación y monitoreo de potenciales costos y beneficios al sistema (Goddard 2015; Schut 2011). Interesantemente, los modelos de seguros sociales en salud buscan explotar los elementos de competencia del sistema tanto a niveles de seguros como prestadores. Pese a ello, no han demostrado tener un mejor desempeño en términos de la contención de costos que los sistemas nacionales o de seguro único. Esto podría explicarse dado que en la práctica, pese a múltiples intervenciones, persistenten importantes características de un mercado imperfecto tales como las asimetrías de información o selección por riesgo (Hsiao, 1995).

## **Elección de prestadores**

La capacidad de elección por parte de los usuarios dentro del sistema de salud es una característica relevante a ser analizada, la cual tiene un grado de desarrollo variable entre modelos. En sistemas altamente regulados, como se observa en la mayor parte del mundo desarrollado, la capacidad de elección de mayor importancia para los usuarios se encuentra a nivel de la prestación. Esto tiene pleno sentido, dado que si las contribuciones y coberturas se definen de manera universal, lo relevante para las personas se centra en las características de los prestadores que entregan los servicios que directamente los benefician.

Dicho esto, tanto los modelos basados en seguros sociales y de seguro único tienen en general un grado mayor de libertad de elección por parte de los usuarios, al incorporar un número más amplio de prestadores. En la medida en que se establecen redes de atención más acotadas (por ejemplo geográficamente), esto puede generar ganancias de eficiencia pero al costo de perder capacidad de elección por parte de los usuarios.

Debe mencionarse que si bien un Sistema Nacional en primera instancia parece el con menor capacidad de elección, experiencias como la de Inglaterra, incluyen la capacidad de elegir entre distintos prestadores dentro del sistema público, proporcionando información sobre el desempeño de estos a los ciudadanos para facilitar su elección. Por tanto, no debe reducirse la discusión en este tema a la posibilidad de acceder a un determinado tipo de prestador (por ejemplo prestadores privados), sino que debe mirarse de manera integral para dar cuenta los grados de elección que tienen los beneficiarios del sistema en todos sus niveles. Esto varía de sistema en sistema, existiendo diferencias importantes entre el grado de elección según el nivel de complejidad del problema de salud. Por ejemplo, puede existir una alta libertad de elección de médicos de familia dentro de una zona geográfica, al mismo tiempo de una nula libertad a la hora de definir el hospital de alta complejidad para realizar un trasplante.

Dos desafíos importantes deben considerarse a la hora de discutir el grado de elección de prestadores por parte de las personas en el sistema de salud. La primera, reconocer que sin importar el grado de información que se entregue, siempre persiste un importante nivel de asimetría de información entre prestadores y usuarios del sistema. Por tanto, para permitir una genuina libertad de elección debe garantizarse equidad en el acceso (protección financiera) y adecuados mecanismos de aseguramiento de estándares de calidad por parte de los prestadores. En segundo lugar, incrementar el grado de elección debe ir de la mano de una mirada a la eficiencia del sistema. En un extremo, un sistema donde hay completa libertad de elección de prestadores puede llevar a importantes ineficiencias en el uso de recursos por las dificultades de coordinación e integración de la atención. En el otro, es probable que un óptimo de eficiencia técnica podría alcanzarse en un sistema con escasa libertad de elección por parte de las personas. El adecuado equilibrio entre uno y otro debe ser un elemento socialmente discutido y definido.

## **Participación**

La participación como principio en los modelos de financiamiento, es una dimensión en desarrollo con importantes desafíos pendientes, pero que se plantea necesaria en el análisis. A través de esta revisión, no hemos podido identificar si es que algún modelo se asocia a participación más efectiva que otro. Por lo tanto, independiente del modelo que se implemente debemos avanzar hacia la participación vinculante de la ciudadanía en todos los niveles. Para todos los tipos de modelo la participación es un elemento fundamental para resguardar la legitimidad y sustentabilidad del sistema.

En el caso de los sistemas en que el nivel de aseguramiento es público (sistemas nacionales y sistema único) y/o la prestación es realizada en por actores públicos, hace pleno sentido que la participación forme parte de su mandato esencial. Sin embargo, en el caso de los actores privados de un sistema de



salud, esto no es tan claro. ¿En qué medida los actores privados son capaces de responder a una legítima demanda por mayor participación? Más allá de la función dicotómica de elegir (o no) un seguro o prestador, el grado de participación de los usuarios de actores privados suele ser bastante limitado en la mayor parte del mundo. Esto representa un desafío que debería ser considerado seriamente para responder a los desafíos de legitimidad y sustentabilidad de largo plazo de cualquier sistema de salud.

### **Elementos esenciales para un proceso de reforma en Chile**

Al plantear una reforma de principios en el financiamiento, se abre la oportunidad de incluir una mayor cantidad de puntos de vista. Si la intención de reforma considera avanzar hacia un sistema con mayor representación de los principios éticos de los ciudadanos, es necesario asegurar mecanismos para que estos se vean representados, y de esta manera, diseñar un modelo sanitario con la mayor legitimidad social posible. Discusiones tales como ¿Queremos lucro en el sistema sanitario?, y en el caso afirmativo, ¿Quién establece los límites? ¿Hasta qué punto lo permitiremos?, son solo ejemplos de las preguntas que se deben responder en una definición de principios. Proponemos que esta toma de posición no puede estar monopolizada por solo algunos actores sociales, por el contrario, debe intentar representar al mayor número de ciudadanos posibles.

Los elementos en que juzgamos indispensable avanzar en la discusión de reforma se encuentran descritos a continuación en la Tabla 3:

**TABLA 3: ELEMENTOS ESENCIALES DE UN BUEN MODELO DE FINANCIAMIENTO EN SALUD**

#### **Cobertura Universal, Equidad y Solidaridad:**

- Garantizar una cobertura universal de toda la población, sin exclusiones, ni discriminaciones de ningún tipo.
- Establecer un sistema de contribuciones para el financiamiento del sistema de salud progresivo, ya sea mediante impuestos generales o cotizaciones sin topes imponibles, reduciendo de manera significativa el gasto de bolsillo.
- Generar un mecanismo de mancomunamiento de los recursos entre toda la población.
- Acceso al sistema de salud de acuerdo a las necesidades de atención y no la capacidad de pago de los individuos.

#### **Eficiencia**

- Reducir sustancialmente los elevados gastos de administración y recaudación con fondos de la seguridad social actualmente existente. Esto incluye la discusión sobre el lucro con los recursos de la seguridad social.
- Asegurar transparencia y adecuados mecanismos de rendición de cuentas en todos los niveles.
- Promover la colaboración y coordinación entre los proveedores públicos.
- Promover la atención primaria de salud como elemento central del sistema.

#### **Capacidad de elección**

- Promover la capacidad de elección de prestadores por parte de la ciudadanía, resguardando la equidad en el acceso y calidad.

#### **Participación**

- Avanzar hacia un modelo de salud que promueva la participación vinculante en todos los niveles.

# COMPARACIÓN DE MODELOS

Dimensión	MODELOS			
	Sistema Nacional de Salud (SNS)	Seguro Único Nacional de Salud (SUS)	Seguros Sociales de Salud (SSS)	Seguros Privados de Salud (SPS)
<b>Recolección y recaudación</b>	Impuestos generales y otros fondos fiscales.	Cotizaciones.	Cotizaciones. Estas pueden ir a un fondo único, y distribuidos a múltiples aseguradoras, o ir directamente a las aseguradoras.	Aportes voluntarios de trabajadores y empresas y gasto de bolsillo
<b>Progresividad del pago</b>	Generalmente progresivo.	Generalmente progresivo. Topes a la contribución reducen progresividad.	Generalmente progresivo. Topes a la contribución reducen progresividad.	Generalmente regresivo.
<b>Mancomunación (pooling)</b>	Amplia magnitud de mancomunación.	Amplia magnitud de mancomunación.	A mayor número de fondos, es más difícil lograr una adecuada mancomunación.	No existe mancomunación o esta es mínima.
<b>Acceso equitativo</b>	Acceso equitativo, en la medida de que existan copagos reducidos.	Acceso equitativo, en la medida de que existan copagos reducidos.	Acceso equitativo, en la medida de que existan copagos reducidos.	Acceso no equitativo.
<b>Eficiencia</b>	Se benefician de economías de escala para la administración, manejo del riesgo y poder de compra.  Corren el riesgo de tener múltiples objetivos difíciles de abordar y tener reducida rendición de cuentas	Se benefician de economías de escala para la administración, manejo del riesgo y poder de compra.	Eficiencia busca lograrse a través del mercado, en general con alto grado de regulación.	Eficiencia busca lograrse a través del libre mercado. Fallas de mercado limitan su eficiencia.

<b>Rol del sector privado en el aseguramiento</b>	Escasa participación de seguros privados.	Seguros privados pueden entregar coberturas suplementarias o complementarias.	Seguros privados, en general sin fines de lucro, son los principales seguros.	Seguros privados, en general con fines de lucro, son los principales seguros.
<b>Rol del sector privado en la prestación</b>	Usualmente proveedores estatales. Pueden existir contratos con proveedores privados.	Conviven prestadores públicos, privados sin fines de lucro y privados con fines de lucro.	Prestadores generalmente privados.	Prestadores privados.
<b>Ejemplos de sistemas</b>	Reino Unido, Nueva Zelanda, Italia, España	Australia, Canadá, Corea del Sur, Taiwán	Alemania, Colombia, Francia, Holanda, Japón	Chile (ISAPRE), EEUU

\* Se presentan los elementos que normalmente predominan en cada modelo, sin embargo, la implementación varía en cada país.

# REFERENCIAS

---

Afendulis C, Kessler D. Vertical integration and optimal reimbursement policy. *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2011;11(3):165-79.

Barros X, Rivera V. 2013. Participación social en políticas de salud. ¿por qué aún sigue siendo un desafío inconcluso para Chile? Sugerencias desde el trabajo social para una adecuada lectura del fenómeno a partir del caso de los consejos de desarrollo local. *Documentos de Trabajo Social*, n°51.

Berenson R. 2017. A Physician's Perspective On Vertical Integration. *Health Affairs*. 2017;36(9):1585-90.

Bijlsma M, Shestaova V, Zwart G. 2008. Vertical foreclosure: a policy framework, CPB Document 157. 2008.

Bossert T et al. Comparative Review of Health System Integration in Selected Countries in Latin America. 2014. Technical Note IDB-TN-585. Inter-American Development Bank.

Buris P, Bustamante N. Análisis crítico del sistema de salud chileno: la Puja Distributiva y sus Consecuencias. 2014;

Bünnings C, Tauchmann H. 2015. Who Opts out of the Statutory Health Insurance? A Discrete Time Hazard Model for Germany. *Health Economics*. 2015;24(10):1331-47.

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

Carrin G, James C. 2004. Reaching universal coverage via social health insurance: key design features in the transition period. Geneva: World Health Organization, 2004.

Cid C. 2011. Problemas y desafíos del seguro de salud y su financiamiento en Chile: el cuestionamiento a las ISAPRE y la solución funcional. *Temas de agenda pública* 6; 49. Centro Políticas Públicas UC.

Cid C, Torche A, Herrera C, Bastias G, Barrios X. 2013. Bases para una reforma necesaria al seguro social de salud chileno. Capítulo VI en: *Propuestas para Chile: Concurso Políticas Públicas UC* 2013.

Cid C, Aguilera X, Arteaga Ó, Barría S, Barría P, Castillo C, et al. 2014. Comisión Asesora Presidencial para el estudio y propuesta de un nuevo régimen jurídico para el sistema privado de salud. Informe Final. 212 p.

Cid C & Uthoff A. La reforma a la salud pendiente en Chile: re exiones en torno a una propuesta de transformación del sistema. *Rev Panam Salud Publica*. 2017;41:e170.

Cuadrado C. 2015. Solidaridad: un análisis del hecho y el valor en el proceso de la reforma del sistema de salud. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile.

Cuadrado C. 2016. Políticas públicas de salud en Chile: buscando la confianza perdida. *Medwave* 2016 Sep;16(8):e6532.

Cutler, D., McClellan, M. and Newhouse, J. 2000. 'How Does Managed Care Do It?' *Rand Journal of Economics* Vol. 1 31(3): 526-48.

Doetinchem, O., Carrin, G. Evans, D. 2010. 'Thinking of introducing social health insurance? Ten questions,' *World Health Report (2010), Background Paper 26*.

Frakt AB, Pizer SD, Feldman R. 2013. Plan-provider integration, premiums, and quality in the Medicare Advantage market. *Health Serv Res.* 2013;48(6 Pt 1):1996-2013.

Frenk J. *The World Health Report 2000: expanding the horizon of health system performance.* *Health Policy Plan* 2010, 25(5):343-345.

Gaynor M, Moreno-Serra R, Propper C. 2010. Death by market power: reform, competition, and patient outcomes in the National Health Service. *NBER Working Paper 16164*

Goddard M. 2015. Competition in Healthcare: Good, Bad or Ugly? *International Journal of Health Policy and Management* 2015; 4(9), 567-569.

Greb S, Okma KGH, Wasem J. 2002. Private health insurance in social health insurance countries -market outcomes and policy implications.

Grunow M, Nuscheler R. 2014. Public and private health insurance in Germany: the ignored risk selection problem. *Health Econ.* 2014;23(6):670-87.

Hsiao W. 1995. Abnormal economics in the health sector. *Health Policy* 32 (1995): 125-139.

Jacobs R, Goddard M. 2000. *Social Health Insurance Systems in European Countries. The Role of the Insurer in the Health Care System: A Comparative Study of Four European Countries.* Centre for Health Economics, University of York.

Klein R. 1979. Control, participation, and the British National Health Service. *Milbank Mem Fund Q Health Soc.* 1979;57(1):70-94.

Kutzin J, Ibraimova A, Jakab M, O'Dougherty S. 2009. Bismarck meets Beveridge on the Silk Road: coordinating funding sources to create a universal health financing system in Kyrgyzstan. *Bull World Health Organ.* 2009;87(7):549-54.

Kutzin J. 2013. Health financing for universal coverage and health system performance: concepts and implications for policy. *Bull World Health Organ.* 2013 Aug 1; 91(8): 602-611.

Lalonde M. 1981. A new perspective on the health of Canadians. *Minist Natl Heal Welf.* 1981;76.

Laurell AC. 2013. *Sistemas Universales de Salud : Retos y Desafíos.*

Lloyd-Sherlock, P. 2006. When Social Health Insurance Goes Wrong: Lessons from Argentina and Mexico. *Social Policy & Administration.* 2006;40: 353-368.

Merino Jara CE, Torres Andrade MC. 2015. Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. *Cienc enferm.* 2015;21(1):115-25.

Ministerio de Desarrollo Social. Encuesta CASEN 2015 - Síntesis de resultados salud. Gobierno de Chile. Disponible en: [http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CA-SEN\\_2015\\_Resultados\\_salud.pdf](http://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/casen-multidimensional/casen/docs/CA-SEN_2015_Resultados_salud.pdf)

Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(6):717-731.

NHS England. 2017. Patient and public participation in commissioning health and care: Statutory guidance for clinical commissioning groups and NHS England. NHS. Disponible en: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/patient-and-public-participation-guidance.pdf>.

Nicolle E, Mathauer I. 2010. Administrative costs of health insurance schemes: Exploring the reasons for their variability. Geneva: WHO.

Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal De Derechos Humanos. 1948;(3):1-5. Disponible en: [http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR\\_Translations/spn.pdf](http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf)

Organización de Naciones Unidas. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. 1966. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales [Internet]. 1966;(2200 A (XXI)):1-7. Disponible en: <http://www2.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>

Organización Económica de Cooperación y Desarrollo. 2017. Health at a Glance 2017. OECD Indicators. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>

Organización Internacional del Trabajo. 2012. R202 - Social Protection Floors Recommendation, 2012 (No. 202). Recommendation concerning National Floors of Social Protection. Adoption: Geneva, 101st ILC session (14 Jun 2012).

Organización Mundial de la Salud. 2000. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud.

Organización Mundial de la Salud. 2007. Everybody's Business. Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's Framework for Action. Geneva: WHO; 2007.

Peroni A. 2009. La participación ciudadana en el sector de la salud: un estudio cualitativo de la realidad chilena. *Revista de Fomento Social*; 64:287-320

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M: Getting Health Reform Right. 2004. A Guide to Improving Performance and Equity New York: Oxford University Press; 2004.

Savedoff W. 2004. Tax-based financing for health systems: options and experiences. Discussion Paper 4. World Health Organization.

Schneider E, Sarnak D, Squires D, Shah A, Doty M. 2017. *Mirror, Mirror: How the U.S. Health Care System Compares Internationally at a Time of Radical Change*. The Commonwealth Fund.

Schut F, van de Ven W. 2011. *Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty?* *Health Econ Policy Law*. 2011;6(1):109-23.

Thomson S, Mossialos E. 2006. *Choice of public or private health insurance: learning from the experience of Germany and the Netherlands*. *Journal of European Social Policy*, 16 (4). pp. 315-327.

Thomson S. *Implementing Health Financing Reform Lessons from countries in transition*. *Implement Health Financ Reform [Internet]*. 2010;1-8. Available from: <http://www.euro.who.int/en/what-we-publish/abstracts/implementing-health-financing-reform-lessons-from-countries-in-transition>

Thomson S, Busse R, Crivelli L, van de Ven W, Van de Voorde C. *Statutory health insurance competition in Europe: a four- country comparison*. *Health policy (Amsterdam, Netherlands)*. 2013;109(3):209.

Tobar J, Cabrera S, Nuñez P, Vasallo C, Guerrero J, Ríos M. 2012. *Mercado de la Salud Privada en Chile*. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso.

Urriola R. 2017. *Las isapres frente a Fonasa: historia de un mercado segmentado e inequitativo*. En: *Bachelet II. El difícil camino hacia un Estado democrático social de derechos*. *Barómetro de Política y Equidad*. Volumen 13.

van der Zee J, Kroneman M. *Bismarck or Beveridge: a beauty contest between dinosaurs*. *BMC Health Services Research* 2007, 7:94

van Kleef RC, van de Ven WPMM, van Vliet RCJA. 2013. *Risk selection in a regulated health insurance market: a review of the concept, possibilities and effects*. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*. 2013;13(6):743.

Wagstaff A. 2009. *Social health insurance vs. tax-financed health systems - evidence from the OECD*. Washington, DC