
Maestría: ECONOMÍA Y GESTIÓN DE LA SALUD**Curso: Políticas y Sistemas de Salud****Clase 6****1.--- Políticas de Salud en Europa. Reformas de los años noventa y su impacto en América Latina**

Las políticas de salud aplicadas en Europa como parte de una serie de reformas iniciadas en la década de los años 80 se consideran bases conceptuales para comprender e interrelacionar criterios que permitan comprender los procesos que luego se trasladaron como intentos de mejoras a los sistemas de salud de América Latina. En principio, los objetivos se centraron en lograr sustentabilidad económica, equidad en la asistencia sanitaria y mejoras en la calidad para mejor satisfacción de la población beneficiaria. Pero es la cobertura universal en salud, finalmente, lo que ha sido planteado como el gran desafío del Siglo XXI.

Según la OMS, la cobertura universal de salud (CUS) garantizara que todas las personas puedan utilizar los servicios de salud que necesiten sin penurias financieras. Hoy esta cobertura constituye un objetivo primordial de la OMS y también de buen número de gobiernos del mundo, pero es un objetivo no cumplido. Indudablemente, es imprescindible para los pueblos, y sobre todo, para las poblaciones más vulnerables, tanto de los países del Norte como los del Sur.

El pensamiento sanitario mundial ha ido evolucionando del qué hacer hasta cómo lograrlo, obligando a los líderes políticos a ir en búsqueda de experiencias concretas, que puedan brindar información y acelerar el proceso --- único en cada país --- de lograr este objetivo común. En esta dirección, numerosos países latinoamericanos han implementado una primera etapa de reformas de salud ---a menudo conjuntamente con transformaciones estructurales y sociales más amplias cuyo fin declarado ha sido mejorar el acceso a la salud, fortalecer la protección financiera y reducir inequidades.

Las estrategias escogidas para lograr estas metas han sido diversas ---tanto entre países como en diferentes momentos en un mismo país --- abarcando desde el incremento del rol del Estado hasta una ampliación de la injerencia del mercado y complejos enfoques mixtos, con mayores o menores resultados. Después de décadas de asistir a reformas en salud, las lecciones aprendidas por Europa y América Latina constituyen un sólido aunque poco divulgado conjunto de conocimientos, particularmente pertinente para los países de ingresos bajos y medios en el mundo.

La segunda mitad del Siglo XX ha sido escenario de importantes cambios políticos e institucionales en casi todos los países del mundo, en particular en los occidentales. La crisis del Estado de Bienestar, que se venía gestando en Europa desde mediados de los años 70 hizo necesarias correcciones institucionales y económicas que posibilitaran mejor sustentabilidad a sus países. Como no podía ser de otra forma, los "Estados de Compromiso" latinoamericanos, con un *mix* de modelo híbridos entre *bismarckianos* y *beveridgeanos* no escaparon a estas tendencias, incluyendo a las políticas sociales y dentro de estas a las de salud y seguridad social.

Si una reforma es planteada como un objetivo, es bajo el supuesto que se necesitan cambios en la estructura, organización financiamiento, y/o funcionalidad del sistema. Reformar es buscar articular las acciones, los recursos y los actores de modo que cumplan con la misión del sistema: aumentar la vida saludable y la satisfacción. Todas las Reformas de los sistemas de Salud han sido procesos complejos porque involucran muchos sectores y actores que redefinen sus

principios, interese, conflictos y relaciones, tanto como sus misiones y funciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que las reformas en el sector de la salud tratan de corregir problemas de la atención médica que dificultan la prestación de servicios prioritarios.



Hay cinco metas que subyacen a la idea de porque reformar:

- Eficiencia (las mejoras en el área de salud se deben realizar al menor costo posible)
- Calidad (la población debe tener a su disposición servicios clínicos seguros y adecuados, instalaciones apropiadas; personal idóneo y equipamiento, insumos y medicamentos esenciales)
- Igualdad (los recursos de salud deben distribuirse imparcialmente, de manera que a nadie se le niegue el acceso a servicios esenciales)
- Respuesta a las necesidades de los usuarios/beneficiarios (el sistema debe cumplir con las expectativas de la gente y proteger sus derechos a la dignidad, privacidad, autonomía de decisión y elección del proveedor de servicios de salud);
- Sustentabilidad (el sistema de salud puede alcanzar sus metas mediante el uso de recursos disponibles).

En la mayoría de los casos, las reformas se plantearon como una necesidad vinculada a la reforma del Estado con eje en la economía. Si en Europa lo hicieron sobre diferencias basadas en contextos políticos, culturales y económicos propios de sociedades de larga vida democrática pero homogéneas en su composición.

En América Latina su contracara fue la permanente ruptura del orden constitucional y la imposición de modelos o instrumentos alejados de toda posibilidad de ser una respuesta social organizada, y más fruto de negociaciones entre grupos de poder o de intereses económicos. En forma paralela, el cambio en el perfil de la demanda, que superó décadas de estancamiento epidemiológico e ingresó en un nuevo perfil demográfico, más las innovaciones tecnológicas que en muchos casos generaron profundas grietas de inequidad en cuanto a las posibilidades que diferentes segmentos de la población tenían de alcanzarlas, fue haciendo obligatorio la adopción de cambios.

En Europa la tendencia general ha sido la de intentar contener el gasto aunque manteniendo la financiación pública con impuestos y/o seguridad social, a excepción de algunos pocos países que favorecieron el ingreso de seguros privados del tipo de los *Health Maintenance Organizations* (HMO) de Estados Unidos. Si bien las fuentes de financiamiento han sido sometidas a debate, los países que tienen presupuestos globales como Francia y Alemania son los que mejor han podido contener el gasto, una línea que sostiene Evans al expresar que el financiamiento público es más efectivo y eficiente. Esta postura, combatida por Einthoven quien sostenía que la competencia entre aseguradoras privadas (muchas) llevaba a mayor eficiencia en la contención del gasto se demostró como más equitativa y menos libremercadista.

Lo que sí se avanzó en muchos países europeos es en la separación entre el financiamiento y la provisión de servicios, y en los modelos de contratación, incluso del recurso humano. Se crearon modelos híbridos que combinaron aspectos del sector público y privado tanto a nivel del médico general como en los hospitales. En general se pasó de un pago mediante presupuesto a un pago por contrato. Y esto está alineado con el principio de sostener que una vía única de financiación es esencial para contener costos, pero que las modalidades de pago incentivan conductas más innovadoras y eficientes.

Por lo tanto, puede sostenerse que ni la propiedad privada en condición necesaria para la competencia, ni que sea sencillo permitir competencia público –privada en un mercado público.

Los objetivos de una y otra son totalmente distintos, y la competencia solo puede llevar a una inestabilidad del mercado que compromete la equidad del sistema.

Quizás uno de los aspectos más importantes de las reformas europeas haya sido la modalidad de contratación. Han sido el eje de las mismas y una exigencia para mejorar las regulaciones que permitan mejorar resultados con calidad. Los contratos permiten controlar el gasto, que el dinero siga al paciente, que se discriminen los servicios por resultados y que ciertas actividades no importantes ni imprescindibles queden fuera del marco contractual. El proceso de adaptación de los proveedores habituados a la integración vertical presupuestaria no es fácil, por estar habituados al “*incrementalismo*”. Pero al momento de exigir un presupuesto y recibirlo deben estar mucho más atentos a los costos que históricamente. En el caso del Reino Unido, el contrato entre los médicos generalistas y el NHS hace que el consumidor tenga poca posibilidad de elección salvo de su médico de cabecera, ya que la mayor parte de las intervenciones hospitalarias y hasta de tratamiento farmacológico son potestades de éste.

En cuanto a la gestión, siendo un medio para articular financiación, compra y provisión de servicios, las reformas europeas han sido paradigmáticas al ser el eje central de los contratos públicos. Al descentralizarse la toma de decisiones, y tener en cuenta la satisfacción del usuario y el cumplimiento de la contención de costos, se evidencia la eficiencia de la gestión en generar respuestas efectivas sin inequidades de por medio. Una buena gestión no solo sustituye sino por cambios en la financiación ni en los procesos administrativos. Requiere una armonización entre el perfil del gestor, el tiempo necesario para cambiar la dinámica de la organización y los incentivos que estimulen la misma.

Resumiendo, las reformas europeas han tenido cuatro principios centrales, que impactaron en mayor o menor medida en América Latina quizás porque esta se vio envuelta en una transformación política y económica de sesgo neoliberal que distorsionó los objetivos que teóricamente procuraban alcanzarse:

1. La financiación pública es la predominante, sobre la base ideológica del Estado de Bienestar
2. Las reformas se han basado mucho en las nuevas reglas de contratación entre financiadores y proveedores, incluso en Atención Primaria
3. La generalización de los contratos implica la necesidad de nuevas técnicas de gestión, que incluyen la mezcla de instrumentos empresariales con la preservación de objetivos de la propiedad pública de los efectores.
4. En todas las reformas se han seguido aplicando nuevas reformas de diferente intensidad, que apuntan a corregir los resultados parciales que se han ido monitoreando.

2. Del modelo centralista a las transferencias descentralizadas. El NHS inglés, del centralismo a la compra de servicios

El Sistema de Salud del Reino Unido se modela a partir de la introducción del ideario de los derechos del ciudadano, en este caso a la salud, que forma parte de las necesidades de potenciar el Estado de Bienestar en la postguerra para superar sus catastróficas secuelas. Esta idea, fundada en el pensamiento de Lord Beveridge, se plantea como superador de la primera etapa iniciada en 1942 caracterizada por un modelo *bismarckiano* de extensión de cobertura del desempleo, el subsidio a la niñez y a la atención médica basada en la condición de empleo y la necesidad del gobierno de mejorar los niveles de productividad y competitividad económica. En 1948 se simplifica el modelo de seguro social para pasar a constituir un modelo de Seguridad Social homogeneizando beneficios y haciéndolo extensivo a todos los ciudadanos como función asumida por el Estado a partir de rentas generales. Con el impulso del creador del NHS, Aneurin Bevan, se consolidaron las características de financiamiento, aseguramiento y provisión de

servicios de salud en forma integrada verticalmente: Su principio era la accesibilidad de todo ciudadano inglés sin restricciones de ningún tipo, con énfasis en la equidad y dando lugar así a la aparición del modelo “*universalista*”, totalmente diferente en su estrategia del “*particularista*” de Bismarck

La implementación del Sistema Nacional tuvo un primer conflicto de intereses con los médicos, que suponían una pérdida de libertad profesional en manos del modelo burocrático que se instalaba. Esta situación fue resuelta a partir de negociaciones entabladas por el propio Bevan, que autorizó a los médicos generalistas (*General Practitioner o GP*) ejercer su profesión como contratados independientes del NHS, en tanto los médicos de los hospitales que pasaron a ser asalariados, pudieron mantener su actividad privada en forma paralela.

El sistema, fuertemente centralizado, se mantuvo con pequeñas modificaciones organizacionales hasta los años 90. Las autoridades sanitarias regionales eran responsables por la atención de la población ubicada en áreas geográficas predeterminadas y disponían de un presupuesto que financiaba la gestión hospitalaria. En tanto, los médicos generalistas (GP) actuaban en forma independiente bajo contrato en el nivel de Atención Primaria.

En 1987, en un contexto económico complejo y con una alta insatisfacción de la población con el Sistema, fundamentalmente las listas de espera y un fuerte debate sobre los gastos de la Seguridad, el gobierno conservador de Margaret Thatcher plantea un análisis del funcionamiento del mismo. Los problemas frecuentemente enunciados eran las variaciones de rendimiento entre hospitales y también entre Médicos Generalistas, la falta de incentivos para mejorar calidad y eficiencia, la centralización excesiva y burocrática con menor iniciativa local, la asignación de un lugar secundario al paciente con consultas breves e impersonales, Hospitales con instalaciones inadecuadas y mal manejo de lo no urgente y escasez de personal, especialmente anestesistas y enfermeras calificadas.

Este análisis, denominado “*Working for patients*” y las recomendaciones que lo siguieron dieron lugar a los lineamientos de reforma que posteriormente se incorporaron a la National Health Service and Community Care Act de 1990. El fundamento fue el del mercado planificado o “*planning market*”, a través del cual se introdujeron instrumentos de mercado para aumentar la eficiencia de gestión y la eficacia de resultados, sin romper el principio de la equidad en la distribución de beneficios.

De esta forma, a través del establecimiento de un “mercado interno” o “*cuasi – mercado*) se definieron cuatro ejes centrales de transformación:

- La separación entre financiación y provisión
- La provisión a partir de los denominados fideicomisos (*trusts*) con 1600 hospitales de atención especializada
- La descentralización de los hospitales y su transformación en organizaciones semiindependientes sin fines de lucro
- El nuevo rol del GP como puerta de entrada al sistema con transferencia de la administración de fondos (*GP fundholders*)

Más allá de las tres primeras estrategias de apertura de Sistema a la creación de un mercado competitivo entre hospitales, quizás el punto más revolucionario estuvo dado en el paso de los médicos asistenciales a médicos – administradores de fondos (de allí lo de *fundholders o GPFH*) obteniendo autonomía sobre las indicaciones y prescripciones pero al mismo tiempo decidir sobre la compra de servicios de internación para sus pacientes, siguiendo la propia

competencia que entre si – por mejores precios – realizaban los *trusts* a través de sus hospitales.

Los resultados fueron variados. Los GPFH inicialmente redujeron los costos farmacéuticos y de derivación al segundo nivel, pero con el paso del tiempo los consumos de ambos productos volvieron a niveles similares a los iniciales. Respecto de los costos administrativos, fueron sustancialmente mayores que en el modelo previo a agregarse el peso de los costos de transacción. En la faz clínica, no existían grandes diferencias en el desempeño entre gestores de presupuesto (GPFH) y médicos generales y la introducción de los GPFH aumentaba la capacidad de elección de los pacientes, pero no producía un sustancial cambio de pacientes entre cupos. Lo más grave fue que se observaron amenazas evidentes para la equidad del sistema, debido a la selección adversa de los pacientes según riesgos, lo que dio lugar a dos modelos diferentes de gestión de pacientes dentro del propio NHS.

Con el cambio de gobierno de 1997, de sesgo laborista, se plantearon nuevos procesos de reforma sobre la organización del NHS, a partir de comprobarse con el informe del “*NHS White Paper*” que entre otros factores, la competencia de precios que debía generar el *cuasi mercado* no había dado el resultado esperado. No obstante, se mantuvo el principio de la separación financiación – provisión, incorporando algunas nuevas estrategias.

Los nuevos instrumentos fueron variados. En primer lugar, los proveedores hospitalarios debían establecer acuerdos con los compradores. La organización del sistema comenzó a cambiar, adecuándose a la manera como trabajaba el *cuasi mercado* creado. Los GPFH desaparecieron (habían alcanzado el 50% de las organizaciones de GP) y el universo de GP fue incluido en los denominados Grupos de Atención Primaria (*Primary Care Group GP*). Esto configuró el avance hacia un modelo de gerenciamiento de servicios, sumándolo al esquema de los *trusts*.

El concepto ahora utilizado fue el de modernización del Sistema, ya que este debía a pasar a ser de tan alta eficiencia como un sistema de negocios (*business system*), según sugiere Marmor (2009).

Los instrumentos que se incorporaron a la reforma de la reforma fueron, entre otros

- Paso de GP individuales con manejo de presupuesto a Grupos de Atención Primaria y más tarde también a *Trusts (PCT)*, en número de 152, descentralizando provisión y manejo presupuestario. Los constituyen 29.000 médicos generalistas y 18.000 odontólogos y manejan el 80% del presupuesto global. El *Acute Trust* controla los establecimientos con internación, además del *Ambulance Trust* y el *Mental Health Trust*
- Reemplazo de las autoridades regionales de salud por Autoridades Estratégicas de Salud (SHA's). Son diez y forman el vínculo entre la autoridad local y el Departamento de Salud. Desarrollan planes locales de atención, promoción y control y monitorean a los prestadores
- Reformas del sistema de pagos con contrataciones de largo plazo (3 años) desviando el eje de control de costos a mejora en la calidad de los servicios. Igual planteo para los Generalistas, no pago por pacientes sino asociado a calidad de servicios
- Reforma en la asignación del presupuesto: Plan de 3 años con cronograma de gestión y rendición de gastos por periodo
- Mecanismos de Pago a hospitales: contratos entre autoridad local y establecimientos de tres tipos:
 - a) *Sophisticated Book Contracts* (69%) definen servicios para la población por una suma predeterminada,

- b) *Cost and Volume Contracts* (25%) paquete capitado de servicios más específicos,
- c) *Cost per case Contracts* (5%) definen según nivel de actividad de los hospitales el nivel de atención del paciente.
- Control anual: La autoridad sanitaria emite un ranking de prestadores en función de calidad y uso de recursos (incentivos)

Los PCT se convirtieron en los responsables de la atención primaria y servicios comunitarios, por ejemplo los 1.600 establecimientos de salud mental, y comprendieron la compra en sus áreas geográficas definidas de los servicios hospitalarios. A su vez, las Autoridades Estratégicas pasaron a responsabilizarse en alcanzar los objetivos del sistema de atención de Salud, alineando los organismos locales de salud.

El Sistema también desarrolló nuevas agencias regulatorias para la evaluación de tecnologías y medicamentos como el Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia Clínica (NICE) y la Comisión de Calidad de la Atención (CQC) y promovió un incremento de la participación del sector privado de servicios de salud a través de la Iniciativa de Financiación Privada (PFI), que pasa a contratar empresas privadas para construir y gestionar instalaciones para el NHS por un espacio de treinta años o más. Este modelo posteriormente pasará a España bajo la forma de los denominados PPP.

3.- La reforma en España y el paso del INSALUD a la descentralización

En el año 2012 se produjo una importante reforma del sistema de salud de España. Es parte de un cambio del Sistema que comienza en los años 80. El gobierno central, a través del Ministerio de Sanidad, tenía la responsabilidad de promover la coordinación y cooperación en el sector sanitario. Y a partir de 1986 realizó la transformación de un Sistema de Seguridad Social de tipo *bismarckiano* de financiación de los servicios sanitarios por medio de cuotas de las empresas y trabajadores, a un modelo *beveridgeano* con financiación y responsabilidad estatal a través de impuestos y de los presupuestos generales del Estado que se denominó INSALUD.

En 1981, de acuerdo con el principio de descentralización territorial, se inició el traspaso de competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las Comunidades Autónomas, proceso que posteriormente culmina en el año 2001. En su desarrollo, con la aprobación de la Constitución española de 1978, se reforma el sistema sanitario y se realizan las transferencias de competencias en materia sanitaria a las diferentes comunidades autónomas en número de diecisiete. La forma jurídica elegida para las organizaciones sanitarias públicas es la de organismos autónomos de carácter administrativo (OAA) y entes gestores de la Seguridad Social (INSALUD e Instituto Catalán de la Salud).

Desaparece el organismo gestor de las prestaciones sociales (el INP) que se transforma en el INSALUD, quien pasa a gestionar y administrar la red de servicios públicos de diez comunidades autónomas (las siete restantes regiones funcionaban con autonomía de gestión en materia sanitaria), dejando en forma libre la gestión de las mutualidades de funcionarios (MUFACE, ISFAS, MUGEJO).

En 1986 la Ley General de Sanidad establece el nuevo módulo de organización sanitaria española, creándose el Sistema Nacional de Salud, y definiendo el concepto de servicio sanitario público que debe prestar el Estado. Con la aprobación de la Constitución española en el año. Se establece un sistema sanitario en dos niveles de actuación, no relacionados; la asistencia primaria (ambulatorios y Centros de Salud) y asistencia especializada, con hospitalización a través de los hospitales, primarios, secundarios y terciarios.

La LGS incorporó dos elementos clave ya en desarrollo en esos momentos, como la descentralización mediante las transferencias del INSALUD a las comunidades autónomas, y la

reforma de la Atención Primaria a través del Real Decreto 137/1984 con un modelo más orientado a aumentar la capacidad de resolución de problemas mediante una mejora de la coordinación entre asistencia primaria y especializada.

Durante 1978, el acuerdo con las comunidades autónomas facilitó la ordenación territorial sanitaria mediante las normas de confección del Mapa Sanitario de cada una, elemento básico para la reestructuración de la Atención Primaria. A partir de la creación de la especialidad Medicina Familiar y Comunitaria se procuró dotar a la APS de un médico bien formado en lo científico y que, como figura fundamental del sistema sanitario, realizara una atención médica integrada y completa.

Lo que se pretendió fue llevar el nivel alcanzado en los hospitales públicos con el sistema de residencia MIR a los consultorios ambulatorios del INSALUD donde se prestaba una Atención Primaria de menor nivel científico.

A partir de 1989 se fue ampliando la previsión constitucional en lo que se refiere a la protección de la salud de los ciudadanos. Por una parte con el cambio de financiación del gasto sanitario público que paso al Estado a través del sistema impositivo ordinario. Por la otra, con la extensión de cobertura sanitaria de la Seguridad Social a las personas no incluidas en la misma y sin recursos suficientes.

En 1990 Cataluña creó su Servicio Catalán de Salud (SCS) como Ente Público, sin transformar la regulación de los servicios sanitarios del INSALUD que se transfirieron, sino regulando la relación con los hospitales concertados. Posteriormente, la Comunidad Valenciana también desarrolla su Servicio Valenciano de Salud, como órgano indiferenciado de la comunidad autónoma y rango de Dirección General. Se van creando así nuevos organismos administrativos aunque entremezclados con ciertas rigideces en materia económica, organizativa y de contratación laboral.

Como respuesta a los problemas existentes en la sanidad española, surgen en 1991 propuestas gerenciales y de cuasimercado, siguiendo la reforma inglesa, a partir del "Informe Abril Martorell". En este se menciona la necesidad de avanzar en la separación de las funciones entre financiación, compra y provisión de servicios, y configurar los centros sanitarios como empresas públicas regidas por el derecho privado y fuera, por tanto, del ámbito del derecho administrativo.

En 1997 se aprueba un informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del SNS, en cuyas conclusiones se establece que en la organización y gestión del mismo era necesario, entre otras medidas, impulsar la autonomía de la gestión sanitaria tal como se expresaba en el Informe, configurando a su vez los centros asistenciales como organizaciones autónomas con facultades de decisión efectivas y responsables, facilitando la extensión de las nuevas formas de gestión a toda la red de asistencia pública.

El Sistema Nacional de Salud estableció en 1995 un paquete universal por decreto real extendido en el año 2003 por la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. El mismo, obligatorio para las mutuales, incluyó la atención de salud primaria y especializada, medicamentos, ortopedia, transporte de paciente etc. Dejó la regulación de los beneficios de los paquetes a las comunidades autónomas.

Los principios de la reforma del sistema español se concentraron en tres aspectos

1. Descentralización

2. control de costos y
3. reducción de tiempos de espera.

Los responsables políticos tanto del INSALUD como de los servicios regionales de salud de las comunidades autónomas con transferencias, desarrollaron estas líneas de acción a través de Planes Estratégicos que incluían como nuevo instrumento funcional el desarrollo de Contratos - Programa o Contratos de Gestión. Con una caracterización de tipo “ficción legal” estos representaban la posibilidad de establecer una nueva relación con los centros públicos sanitarios, al vincular actividad y resultados con el presupuesto asignado. Los Contratos - Programa establecían objetivos de producción, el monto de financiación disponible y en ocasiones anexaban sistemas de incentivos para directivos como estímulo a la eficiencia de gestión.

Posteriormente, la Ley 15/1997 sobre Habilitación de Nuevas Formas de Gestión del SNS no excluyó ninguna forma jurídica concreta para la gestión de centros sanitarios, siempre y cuando mantuviera la naturaleza o titularidad pública y el carácter de servicio público de la asistencia. Los hospitales reciben pagos prospectivos por sistemas de ajustes de riesgos, en particular por los grupos relacionados por el diagnóstico (GRD). Posteriormente han surgido modelos de gestión innovadora a través de las Fundaciones, que son hospitales públicos con actividad clínica igual pero estatus de fundación.

Así se transforman en unidades autónomas con menos control burocrático externo. En Valencia y más tarde en Madrid se transfirió la gestión a privados manteniéndolos en la esfera pública, con un responsable de Estado en el Directorio. Se denominan PPP y los hospitales son contruidos con dinero privado pero pasan a formar parte del ámbito público, cediéndose la gestión por contrato por treinta años. El proyecto más avanzado fue el denominado Alzira, que lleva esa denominación por la localidad valenciana en la que se edificó en 1999 el primer hospital público español gestionado bajo la modalidad de concesión administrativa, el Hospital de la Ribera. Básicamente el modelo es financiación pública--- gestión privada, y los contratistas son empresas de capital de riesgo.

Cada comunidad autónoma paso así a realizar la planificación, administración y gestión de los servicios sanitarios de su territorio, en base a los lineamientos estratégicos establecidos por la LGS, pero con cierta elasticidad en cuanto a la oferta de servicios. En cada comunidad autónoma el organismo gestor máximo en materia sanitaria paso a ser la Consejería de Sanidad, encargada de organizar una red de salud integrada por ambulatorios (abiertos) y hospitales (cerrados). Cada comunidad autónoma dividió el territorio en Áreas Sanitarias, que se definen como Unidades Básicas Geográficas y Funcionales de la asistencia sanitaria. Cada área de salud es autónoma, puede establecer planes de salud específicos y adecuar los recursos a las necesidades de la población bajo su órbita. Las áreas sanitarias previstas en la LGS deben dar cobertura a cerca de 200.000 habitantes, con eje en un Centro Hospitalario Terciario y diferentes Centros de Salud periféricos, uno por cada 20.000 habitantes estimativamente.

La estructura organizativa desde la LGS es una rectoría central a través del Ministerio de Sanidad, que asume la responsabilidad de áreas estratégicas como la coordinación general y la legislación sanitaria básica, la definición de la cartera de servicios básica del SNS, la política farmacéutica y la educación sanitaria de pre y posgrado. El Ministerio establece además los sistemas de información y asegura la cooperación entre las diferentes comunidades autónomas. Estas poseen a su vez poderes de planificación y capacidad para organizar sus servicios de salud, respetando la cartera de servicios básica fijada por el gobierno central.

Desde el año 2002 la descentralización de recursos y gastos culminó con el proceso. El nivel Central comenzó a coparticipar parte del Impuesto al Consumo y del Impuesto al Ingreso de las Personas generados en esos territorios. Al tiempo que se les permitió a las mismas incrementar algunos tributos directos que ya eran recaudados regionalmente. Las medidas para contener costos incluyeron que el gasto en salud en cada comunidad autónoma no debería superar el crecimiento del PBI y se fijó un tope al incremento de los impuestos directos. Con este límite superior a la presión impositiva teórica, se buscó que las CA se concentraran en la contención de costos, en vez de dejar crecer el gasto en salud.

Dentro del Ministerio, y con participación de todas las comunidades autónomas, existe el Consejo Interterritorial de Sanidad, con la finalidad de promover los principios básicos de la Ley de Cohesión y Calidad del SNS del año 2003. El Ministerio es responsable directo de la planificación, gestión y administración de las comunidades autónomas de Ceuta y Melilla en materia sanitaria por medio del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA) creado por Real Decreto 840/2002 que modifica y desarrolla la estructura básica del Ministerio de Sanidad y Consumo. Este instrumento considera imprescindible la adaptación del INSALUD a una entidad de menor dimensión, aunque conservando la misma personalidad jurídica, económica, presupuestaria y patrimonial, su naturaleza de Entidad Gestora de la Seguridad Social que pasa a denominarse Instituto Nacional de Gestión Sanitaria. Culminado el proceso de transferencias a las comunidades autónomas, a este nuevo Instituto le corresponde la gestión de los derechos y obligaciones del INSALUD, así como las prestaciones sanitarias en el ámbito territorial de las Ciudades de Ceuta y Melilla y realizar otras actividades necesarias para el normal funcionamiento de sus servicios.

En cuanto a la financiación del Sistema de Salud, todos los gastos sanitarios públicos (a excepción de los fondos mutuales de los funcionarios, como MUFACE) se cubren con impuestos generales del Estado, con lo cual da cobertura al 99,8% de la población, incluyendo indigentes e inmigrantes. Existen aseguradoras privadas que ofrecen cobertura adicional complementaria para paliar las largas listas de espera diagnóstica y quirúrgica del SNS. Al año 2003, el 18,7% de la población tenía contratado algún tipo de seguro privado. En cuanto a los fondos mutuales de los funcionarios se financian 70% a cargo del Estado y 30% con contribuciones de los propios funcionarios.

En las comunidades autónomas, las dos principales fuentes de financiación son los impuestos y las asignaciones del gobierno central. En el sector público no hay oficialmente copago a excepción del pago por medicamentos.

Desde 1984 la Atención Primaria experimentó un profundo proceso de reforma. Predominantemente pública, la mayoría de sus médicos son asalariados. Actúan en teoría como puerta de acceso al resto de la asistencia sanitaria (*gatekeepers*) y son el primer punto de contacto con el sistema. El principal problema del SNS sigue siendo la falta de coordinación entre Asistencia Primaria y especializada. Existen retrasos y duplicidad de pruebas diagnósticas y tiempos largos de espera en diagnósticos y tratamientos especializados en los hospitales.

En 2002, al culminar los traspasos de competencias en materia de asistencia sanitaria a las regiones, el Instituto Nacional de la Salud quedó disuelto. A partir de entonces, la prestación sanitaria pública pasó a ser asumida por el Sistema Nacional de Salud. De esta manera se pretende que los españoles reciban la misma atención sanitaria independiente del lugar donde vivan. Se introdujo la informatización del sistema con Tarjeta Única de Identificación del asegurado, así como recetas electrónicas e historia clínica digital. Para mayor equidad, el copago de productos farmacéuticos se diferenció acorde a la edad, la renta y el grado de enfermedad, quedando exentos aquellos en situación más vulnerable.

En conclusión, la Reforma del Sistema Sanitario español se ha desarrollado durante los últimos 30 años con una serie de medidas complementarias que llegan hasta la actualidad. Las reformas sanitarias de la década de los 80 tuvieron como principal objetivo la ampliación de la cobertura y del acceso a los servicios sanitarios, completando así la transición desde un sistema de seguridad social restringido hasta un servicio nacional de salud de cobertura universal financiado a través de impuestos. En los años 90, debido al contexto económico imperante, las reformas se centraron en la contención de los costos y la innovación en la gestión. Posteriormente, en la primera década del siglo XXI el esfuerzo estuvo en lograr coordinación y cohesión tras el traspaso de las competencias de salud.

La finalización del traspaso pleno de las competencias de salud a las comunidades autónomas procura mecanismos para equilibrar la tensión entre la federalización y un punto de vista nacional coherente que garantice la igualdad de derechos de los españoles con independencia de la comunidad autónoma en la que residan. Las últimas reformas, realizadas en la década actual a partir del 2012 tiende a garantizar la sostenibilidad del sistema, incrementando la eficiencia en la gestión, y tratando de hacerlo más solidario evitando los abusos del sistema.

Por lo tanto, el proceso de reformas en su secuencia puede agruparse en torno a los siete elementos clave que deberán mejorarse en un contexto de descentralización:

1. *Adaptación de los organismos y las herramientas a la nueva arquitectura federal.* Partiendo de la base de la (LGS), la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 estableció las directrices. Se elevó al CISNS (Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud) a la posición de máxima autoridad del Sistema Nacional de Salud, con la formulación de políticas basadas en la gestión del conocimiento. Este enfoque se reforzó con la aprobación en 2005 del Plan de Calidad del SNS, que se ha convertido en uno de los principales motores del diseño, la implantación y el seguimiento de normas de calidad en todo el SNS, con el desarrollo de Estrategias nacionales en salud para abordar tanto las enfermedades crónicas de mayor prevalencia (como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc.), como las enfermedades raras, así como de la Estrategia de Seguridad de los Pacientes. A partir de la Ley GSP (Ley General de Salud Pública) de 2012 se implantaron diversas medidas en el ámbito de la e-salud, que implican una mayor y mejor utilización de las nuevas tecnologías, sobre todo cohesionando la gestión (Tarjeta sanitaria, receta electrónica e historia clínica digital). Asimismo, también se incluye la creación de una Plataforma de Compras Centralizada. De este modo, se aplica tanto para medicamentos hospitalarios como para tecnología médica. Asimismo, la reforma incluye mecanismos para que el sector de la Sanidad y el de los Servicios Sociales funcionen de manera coordinada, y así se aprovechen los recursos de forma ordenada en beneficio de los pacientes.
2. *Cartera de servicios comunes.* La nueva cartera de servicios que preveía la Ley de Cohesión y Calidad del SNS debía ser lo suficientemente amplia para incluir todos los servicios enumerados en el catálogo de 1995 y también las nuevas prestaciones que se habían consolidado desde entonces. En el año 2006, se modernizan determinados conceptos, como las prestaciones de salud pública. La otra innovación de dicha Ley era el establecimiento de un procedimiento de actualización de servicios que regulaba explícitamente los mecanismos y requisitos para la inclusión de nuevas prestaciones. Se hacía especial hincapié en el papel de la evaluación de las técnicas, tecnologías o procedimientos sanitarios y en la aplicación de un enfoque de evaluación basado en la

relación entre coste y efectividad. La nueva Ley General de Salud Pública del 2012 sienta las bases para establecer, con criterios de igualdad, calidad, eficacia y eficiencia, una cartera

de servicios común. La cartera básica común de asistencia sanitaria incluirá los servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se dispensan en centros sanitarios o socio---sanitarios, así como el transporte sanitario urgente. Éstos seguirán siendo gratuitos no estableciendo el copago en la asistencia sanitaria básica. Se unifican para todas las Comunidades Autónomas las aportaciones del usuario en las prestaciones ortoprotésica, dietoterápica y transporte sanitario no urgente. Se establece una Cartera Común Básica de Servicios, que garantizará que todos los ciudadanos reciban las mismas prestaciones sanitarias, con independencia de la comunidad autónoma en la que vivan.

3. *Adjudicación y distribución de fondos para ayudar a las administraciones regionales a asumir las competencias traspasadas.* La revisión de la ley de financiación autonómica de 2001 dio lugar al primer sistema de financiación en el que se suprimieron las transferencias finalistas de fondos para sanidad y estos fondos se integraron en el sistema general de financiación. Las modificaciones aprobadas se tradujeron en una mayor autonomía fiscal de las comunidades autónomas, incrementando el porcentaje de los impuestos generales y especiales. Se redefinieron las herramientas de mejora de la equidad horizontal y vertical estableciéndose en fondos de compensación y garantía a fin de asegurar que las comunidades autónomas con rentas más bajas puedan prestar la misma cantidad de servicios, y con la misma calidad, que las que tienen rentas más elevadas. Asimismo, se modificó el criterio de reparto per cápita, que pasa a distribuirse por el total de población ajustado por la población protegida efectiva, la en edad escolar y la mayor de 65 años, además de incorporar factores geográficos como la ruralidad. La reforma del 2012 establece de esta forma las nuevas bases para garantizar la sustentabilidad financiera futura de la salud. Contribuye a lograr el equilibrio presupuestario y permite, con medidas de eficiencia, una mejor gestión del gasto sanitario público. Todas las medidas están orientadas a mejorar el funcionamiento del sistema, al buen uso de los fármacos y a mejorar la eficiencia.
4. *Sistema nacional de información.* Abarca tanto el nivel autonómico como el nacional y permite transparentar el seguimiento de resultados y la distribución de recursos en todo el territorio nacional. El Plan de Calidad del SNS incluye la implantación del Sistema de información sanitaria del SNS, un sistema de identificación fiable de los pacientes que incluye información clínica relevante y el desarrollo de una historia clínica digital/electrónica para todo el territorio nacional. Se establecen así los fundamentos para que el SNS actúe como asegurador único y garantice a los pacientes la continuidad de la atención sanitaria, fuera de la comunidad autónoma en la que residan. Los ciudadanos disponen de una tarjeta sanitaria individual interoperable, que se puede utilizar en cualquier lugar del país, lo que facilita su asistencia. La historia clínica digital permite que los profesionales sanitarios tengan acceso, con garantías de privacidad, a los datos del paciente, aunque venga de otra Comunidad Autónoma. De esta manera se evitan trabas burocráticas y también la repetición innecesaria de pruebas diagnósticas y de consultas. La receta electrónica ha sido otra de las metas de la reforma del 2012. Se centralizaron las compras de medicamentos, tecnología sanitaria y otros servicios para conseguir ahorros. Se adecuaron los envases de fármacos a la duración del tratamiento, para evitar que se desechen medicamentos de forma innecesaria.
5. *Derechos y equidad.* Una sanidad universal pero al mismo tiempo que ponga fin a determinados abusos estableciendo medidas frente al denominado “turismo sanitario” y al uso fraudulento en los servicios de salud. Esto significa que todos los españoles tengan derecho a la asistencia sanitaria, así como los extranjeros con residencia legal, no aquellos con residencia ilegal. Equidad en el gasto de bolsillo protegiendo a las personas en situación más vulnerable. La reforma establece un sistema más justo, porque ahora se tendrán en cuenta la renta, la edad y el grado de enfermedad de los ciudadanos. Los trabajadores desocupados o parados sin prestación, no tienen que pagar por los

medicamentos. Los titulares de pensiones no contributivas y los de rentas mínimas de inserción también estarán exentos de pagar en la farmacia.

6. *Integración entre lo sanitario y lo social.* Las enfermedades crónicas asociadas a discapacidad, especialmente las neurológicas y mentales, obligaran a integrar políticas socio – sanitarias de forma coordinada para aumentar la eficacia y mejorar la asistencia en los servicios de rehabilitación, de asistencia al anciano y a las personas discapacitadas.
7. *Mejor formación del recurso humano.* Reconocimiento de los profesionales como el mejor activo del sistema sanitario. Su formación y desarrollo son prioritarios. La reforma facilita la movilidad de médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios entre las distintas Comunidades Autónomas. Además, se regulan las Áreas de Capacitación Específica para hacer realidad las "superespecialidades". El reto sigue siendo la escasez de infraestructuras en Asistencia Primaria.

4.--- El modelo ISAPRES chileno. Fortalezas y debilidades de la introducción de las aseguradoras privadas. Inequidad y nuevas regulaciones

A comienzos de los años setenta, el sistema de salud chileno se organizaba fundamentalmente a través de la interacción de cuatro agentes: el Ministerio de Salud (MS), el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado. El Ministerio de Salud tenía una escasa participación y las funciones de administración y operación del sistema público radicaban en el SNS. El país se dividía en 13 zonas de salud, las cuales se encontraban subordinadas al Director del SNS. El SNS, bajo administración estatal, era responsable de atender a obreros, sus familias y a los indigentes. La afiliación era obligatoria y no existía libertad de elección ni en el ámbito de establecimientos de salud ni al nivel de personal médico. Los obreros podían recibir prestaciones en el sector privado, las que debían financiar en su totalidad con recursos propios. El financiamiento del SNS provenía de aportes patronales, de aportes de los trabajadores y de aportes fiscales. El SERMENA financiaba las atenciones de salud de los empleados y sus familias, bajo un esquema de libre elección de prestadores, pero no entregaba prestaciones directas y su base de financiamiento consistía en afiliación de los empleados dependientes y pagos directos de los beneficiarios al momento de solicitar una atención. El sector privado atendía a los beneficiarios de SERMENA que optaban por atenderse con prestadores privados, a la población que contaba con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional.

Hacia fines de la década de los setenta, el gobierno de facto inició una serie de reformas estructurales que tenían como objetivos fundamentales la introducción del pensamiento neoliberal en la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía social de mercado. Pionero de lo que vino a partir de la década de los 90 en América Latina, Chile profundizó el principio de subsidiariedad del Estado, la participación activa del sector privado en la economía y en asignación de los recursos a través del mercado.

En 1979, por Decreto Ley 2.763, se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud y se crean el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST). El sistema de salud público pasa a ser liderado por el Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área, y la supervisión, evaluación y control de las políticas de

salud. FONASA es el continuador de las labores de administración y financiamiento que realizaban el SNS y SERMENA, constituyéndose para tales efectos como un servicio público descentralizado.

En esta primera etapa, el FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área. El órgano que asume la labor ejecutora de los antiguos SNS y SERMENA es el SNSS, el cual está conformado por 27 entidades descentralizadas, con autonomía administrativa, con personalidad jurídica y patrimonio propio. De éstas, 26 son responsables de entregar servicios curativos, preventivos y de promoción de la salud en zonas geográficas determinadas, y la restante es el Servicio de Salud del Ambiente.

En 1981 se producen dos reformas importantes. En primer lugar, se comienza con el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria. Por el mismo decreto se traspasa, entre 1981 y 1988, un porcentaje estimado en 70% de los establecimientos de atención primaria del SNSS a las municipalidades. En segundo lugar, con el Decreto Ley 3.626 se abre el sistema al mercado estableciéndose la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). De esta manera, se permite la libertad de elección para el trabajador dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud, ya sea del sistema público (FONASA) o del recién creado sistema privado (ISAPRE).

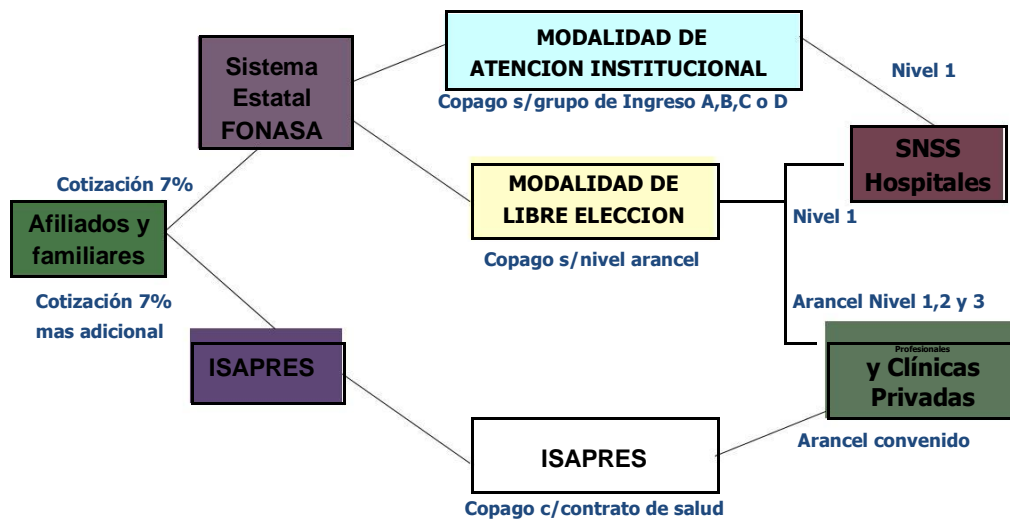


Como parte del paquete de reformas estructurales implementadas desde 1974 en adelante, se realizan en Chile dos cambios fundamentales en el sector salud en 1981

1. Establecimiento para los trabajadores dependientes (que tienen obligación de cotizar) de la opción de afiliarse a seguros privados de salud llamados ISAPRES.
2. Reestructuración del sistema público de salud, separando la formulación de políticas, supervisión y regulación de la provisión de bienes públicos (Ministerio de Salud) de la administración y distribución de los flujos del sistema público de salud (FONASA)
3. Descentralización de la oferta de servicios de salud del sector público (27 servicios regionales públicos y autónomos a cargo de los hospitales públicos), y municipalización de la atención primaria

Con la creación de las ISAPRE se promueven cambios ideológicos de importancia en el país. En primer lugar, se introduce la noción de que **la salud es un bien que requiere de un pago**. En segundo lugar, se reconoce al lucro en salud como legítimo y necesario para promover la llegada de capitales y tecnología privada con el objetivo de obtener mejoras en la salud de la población. En tercer lugar, al permitir libertad de elección entre los sistemas público y el recién creado sistema privado de ISAPRE, se eliminan en parte los subsidios cruzados como una fuente de financiamiento de la salud pública. En tercer lugar, los aportes solidarios de los trabajadores (7% del salario) pueden ser derivados a una ISAPRE o quedar en FONASA. Pero en caso de pasar al régimen privado, la cobertura de su salud y del grupo familiar obligara a desembolsos directos según el plan elegido.

Esquema de modelo chileno de salud.



En términos del marco regulatorio para el funcionamiento del sector de seguros de salud privada, durante gran parte de la década de los 80, FONASA asumió el papel de regulador del sistema ISAPRE. Posteriormente, la Ley 18.933/90 crea la Superintendencia de ISAPRE, entidad encargada de fiscalizarlas, velar por el cumplimiento de la normativa y promulgar disposiciones relativas al funcionamiento del sector. A partir de 1990, el esfuerzo del gobierno se centra en la elevación del gasto de salud. Se producen importantes modificaciones en los instrumentos de pagos vigentes. Para la Atención Primaria se establece un sistema capitado de acuerdo a población adscrita, ajustado por riesgo y edad. Para la atención hospitalaria secundaria y terciaria, se reemplaza el mecanismo de pago de tipo retrospectivo por un sistema de pago asociado a diagnóstico, combinado con un sistema de pago prospectivo por prestación. Con estas modificaciones se procura corregir los problemas del sistema de pago histórico, con el objetivo de incentivar la eficiencia y la calidad de los servicios provistos. En el ámbito regulatorio, después de amplios debates se modificó la Ley 18.933, disminuyendo algunas restricciones al otorgamiento de beneficios, aumentando la flexibilidad para cambiarse de ISAPRE y normatizando el tema de los excedentes de afiliación. Finalmente, se implementaron medidas para mejorar los contratos entre los prestadores privados de salud y sus afiliados, principalmente con la elaboración de compromisos de gestión entre el FONASA y los Servicios de Salud.



Modelo Chileno Problemas de Eficiencia

Los ISAPRES cobran un precio del seguro que es independiente del nivel de ingreso y del riesgo del asegurado
 FONASA cobra un precio (relativo al beneficio) que aumenta con el ingreso y disminuye con el riesgo del asegurado
 El Estado no tiene en sus hospitales ventajas comparativas con el privado en la producción directa de servicios asistenciales respecto de la calidad

Con estas reformas, el sistema de salud chileno paso a ser un sistema mixto, con participación de los sectores público y privado en materia de seguros, financiamiento y entrega de los servicios de salud. El sistema de salud público sigue liderado por el Ministerio de Salud, que tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área y la

supervisión, evaluación y control de las políticas de salud. El MINSAL (Ministerio de Salud) tiene bajo sus principales responsabilidades la gestión administrativa de los prestadores públicos, sin énfasis en la coordinación. En relación al funcionamiento del sector salud chileno, los problemas de gestión se reflejan en una débil integración institucional. Los procesos de reforma, por lo tanto, deben incluir políticas de recursos humanos que destaquen su financiamiento y sus funciones en los nuevos modelos asistenciales, así como normas claras para los mecanismos de Contratación y regulación.

La reforma en la salud en Chile es un ejemplo de que es posible transferir poder a las personas, dignificando su condición de ciudadanos que pasan a ser el eje de las políticas públicas. No obstante, hay problemas derivados de la lógica del mercado imperfecto que condicionan el logro de un sistema más equitativo y con menos desigualdad de derechos.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Modelo Chileno Problema de Equidad

Las personas de ingresos más bajos y de riesgos más altos contribuyen a FONASA, mientras que las de mayores ingresos y menores riesgos contribuyen a las ISAPRES (Cream Skimming o Descreme)
Las personas tienden a no asegurarse contra eventos catastróficos en las ISAPRES, cubriéndose en particular contra eventos de alta probabilidad y frecuencia, de bajo costo y no catastróficos
La información asimétrica respecto de beneficios de la ISAPRES aumenta los costos de transacción para las personas
Se observa discriminación de precios entre ambos sistemas y racionamiento por cantidades (colas, tiempos de espera) en el sistema público

Desde los resultados, una evaluación del sector salud en Chile debe reconocer el hecho de que el país presenta excelentes indicadores clásicos de salud. Los niveles de Mortalidad Infantil y Materna y de Esperanza de Vida se corresponden con los de países desarrollados. La reducción de la Tasa de Mortalidad fue el primer cambio de importancia en el país y se tradujo en una reducción de los Años de Vida Potencialmente Perdidos.

La reforma logro una mejor salud para todos los chilenos, aunque no resolvió el problema de la igualdad de derechos. Los objetivos declarados del proceso de reforma de salud chileno fueron los siguientes:

- mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad
- reducir las desigualdades en salud
- mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad.

El proceso de reforma a la salud chilena se intensifico a partir del año 2000 cuando se estableció la Comisión de Estudios de la Reforma y se presentaron los cinco proyectos legislativos al Congreso Nacional, cuyos contenidos fueron:

1. Derechos y deberes del paciente. La ley, aún en trámite legislativo, regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean éstos privados o públicos: toda persona tiene derecho a recibir atención en salud del prestador en salud y a no sufrir discriminaciones arbitrarias en su entrega la persona tiene además una responsabilidad que debe asumir al momento de solicitar y recibir atención de salud por parte de un prestador determinado, debiendo respetar la normativa de prevención vigente y las instrucciones impartidas por la autoridad sanitaria correspondiente.

2. *Financiamiento*. Considera el incremento del Impuesto al Valor Agregado (IVA) y de impuestos específicos destinados a financiar principalmente el Plan de Salud con Garantías Explícitas (GES), para todos los beneficiarios del Fondo Nacional de Salud (FONASA). Dicho régimen se reconoció como el de “*Garantías Explícitas en Salud*” (GES) conocido originalmente como AUGE “*Acceso Universal con Garantías Explícitas*”.

3. *Autoridad Sanitaria y Gestión*. Fortalece las potestades de conducción sanitaria del Ministerio de salud, así como las de regulación y fiscalización, las que entrega a organismos especializados. Crea nuevos instrumentos para una mejor gestión de la Red Asistencial y otorga mayores atribuciones para los directivos de los establecimientos e incentivos financieros para el personal.

4. *Ley de ISAPRES*. Con creación de un régimen especial de vigilancia y control; y los reajustes de precios de los planes de salud; la elaboración de aranceles de prestaciones; la difusión de información por parte de la Superintendencia, así como acceso a información de prestadores en convenio y el registro de agentes de venta.

5. *Régimen de Garantías en Salud*. Establece, entre otras materias un plan de salud de carácter obligatorio para FONASA y las Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES) y considera el financiamiento público para los ciudadanos carentes de ingresos o indigentes.

Estos cinco proyectos constituyeron la base jurídica de la Reforma en salud. La reforma se materializó con la aprobación de cuatro leyes que modifican el sistema hasta el momento vigente: la Ley 19 966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE), la Ley 19 937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificatorio del Decreto Ley 2 726 de 1979), la Ley 20 015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y la Ley 19 888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan AUGE.

Un punto específico surge de considerar el denominado Sistema de Garantías en Salud: Desde 1985 la Ley 18.469 regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud de carácter preventivo y curativo, a las que tienen derecho los afiliados y beneficiarios del sector público y privado que cotizan en algún sistema previsional. En 2004 se promulga una nueva ley que establece el Régimen General de Garantías en Salud (AUGE), que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud. Como instrumento de regulación sanitaria, le corresponde establecer las prestaciones de carácter promocional, preventivas, curativas, de rehabilitación y paliativas, y los programas que el FONASA deberá cubrir a sus beneficiarios en su modalidad de atención institucional.

El Régimen General de Garantías incluye también las Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud. Alcanzan por igual a todos los beneficiarios del sistema público o de las ISAPRE, trabajadores o indigentes, sin exclusiones de ninguna naturaleza. Se definen a partir de:

- *Garantía Explícita de Acceso* es la obligación del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional de asegurar el otorgamiento de las prestaciones de salud contempladas en el régimen GES garantizadas a los beneficiarios. Por su parte, *Garantía Explícita de Calidad* es el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador registrado o acreditado. Esta garantía será exigible cuando entren en vigencia los sistemas de certificación, acreditación y registro de la Superintendencia de Salud, disponibles los estándares generales de calidad para establecimientos de atención abierta y cerrada.

- *Garantía Explícita de Oportunidad* se refiere al plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas, en la forma y condiciones que determina el Decreto respectivo.
- *Garantía Explícita de Protección Financiera* es la contribución que deberá efectuar el afiliado por prestación o grupo de prestaciones, la que deberá ser de un 20% del valor determinado en un Arancel de Referencia del Régimen establecido para estos efectos. No obstante, el FONASA deberá cubrir el valor total de las prestaciones. También se consideran elementos como Carga Financiera y Suficiencia de la Oferta. A partir de ello, se definieron los primeros 25 problemas de salud (período 2005 - 2006).

El Régimen GES ha sido uno de cinco pilares jurídicos de la etapa más avanzada de la Reforma de Salud Chilena, que procura disminuir las inequidades en salud que se generaron tras la división del sistema. No obstante, los niveles de inequidad siguen siendo elevados de acuerdo al tipo de cobertura. Un estudio efectuado en 2015 por encuesta de 1593 personas de ambos sexos, constato que el 73% posee cobertura de FONASA, el 17,8% de Isapres, el 3.8% no tiene afiliación, el 1,6% de las FFAA y el 2,8% tiene otra cobertura. La utilización de los servicios de salud fue más usual por parte de los quintiles 3 y 4, y el 68,9% de ellos tuvo al menos una consulta en los últimos seis meses, el 74% financiado por el FONASA y el 17.54 a través de una ISAPRE.

El sitio de consulta más frecuente fue el Centro de Atención Primaria en el 44.2%, el 22.7% lo hizo en la consulta privada y tanto el sector público hospitalario como el privado tuvieron un 14% de utilización. Pero el sistema de Atención Primaria mostró bajo nivel de resolución, derivando 1 de cada 4 personas. Sumando, el 62% de la consulta se realizó en el ámbito privado y el 38% en el público.

Lo más significativo fue que el 90% de la muestra se encontraba en lista de espera para ser atendida en el FONASA. Para un médico especialista correspondía el 59% del total, y para cirugía el 12%. El tiempo promedio de espera era de más de 6 meses para el 36,6% de la muestra y menor de 6 meses para el 63.4%, en tanto un 44,6% había empeorado durante el tiempo de espera. E.

En conclusión. Analizando los Objetivos Sanitarios 2000-2010 del Ministerio de Salud de Chile, si bien a nivel nacional los indicadores muestran cifras satisfactorias en muchos aspectos, existen grandes diferencias en la situación de salud, tanto a nivel geográfico, por género y nivel socioeconómico. El objetivo entonces es, durante el decenio, mejorar la situación de salud y calidad de vida de los sectores más pobres para disminuir las desigualdades en salud: reducción de la mortalidad infantil; aumento de la esperanza de vida de los más vulnerables. Pero la dinámica del sistema en cuanto a mejorar la satisfacción de los usuarios y reducir las desigualdades de atención aún persiste complejo y como asignatura pendiente.

Como todos los países latinoamericanos, y más allá de la reforma, Chile enfrenta varios desafíos sanitarios:

- El envejecimiento progresivo de su población, que involucra una creciente carga de patologías degenerativas de alto costo de atención médica
- Las desigualdades en la situación de salud de la población, que se traducen en una brecha sanitaria existente entre los grupos de distinto nivel socioeconómico y cobertura
- La necesidad de responder adecuadamente a las expectativas legítimas de la población respecto al sistema de salud, continuamente señalado como un elemento de insatisfacción para la sociedad

- La resolución de los problemas de salud pendientes y el mantenimiento de los logros sanitarios alcanzados.

5. - El modelo de Salud de Colombia post ley 100 y el pluralismo estructurado en la protección social

La evolución del sistema de salud de Colombia puede desarrollarse temporalmente a través de una secuencia de tres etapas. La primera se inició con el texto constitucional de 1886 y se extendió hasta mediados de la década de 1950. Como en toda América Latina prevaleció el «modelo higienista --- salubrista», a través del cual se atendían aspectos de carácter sanitario. Por su parte, la atención preventiva y curativa se financiaba en forma directa por los usuarios o en el caso de la población más pobre a través de instituciones de caridad. En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión, que pasa a encargarse de la salud de los empleados públicos y posteriormente el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (a posteriori Instituto de Seguros Sociales) que absorbe a los trabajadores del sector privado con empleo formal. El modelo inicial se plantea como *bismarckiano* tradicional, haciéndose cargo el Estado de los fuera del sistema del seguro social.

La segunda etapa, entre 1970 y 1989, se caracteriza por la creación del Sistema Nacional de Salud, bajo el esquema de subsidio a la oferta. Los recursos del gobierno central destinados a la salud se transferían en forma directa a la red de hospitales públicos del país. El problema era la insuficiencia de recursos financieros y físicos para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos ingresos. En tanto, el componente contributivo se desarrollaba al ritmo de la industrialización y la creación de puestos de trabajo en la economía formal.

La tercera - y última etapa - dio inicio 1990 con el dictado de la Ley 10.8, periodo que se extiende hasta 1993 en que se establece por la Ley 100 y bajo los principios de la Constitución Política de 1991, el Sistema de Protección Social. La finalidad es regular el sistema de pensiones, las condiciones de trabajo y servicios complementarios que deben ser prestados en base a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación. La reforma al sistema de salud, incluida en los términos de la Ley, se plantea a través de una estrategia de “mercado planificado” de sesgo neoliberal, que rompe el monopolio del Estado en el campo de la organización del sistema y permite el derecho de competencia con la incorporación de empresas privadas aseguradoras y prestadoras de salud.

Básicamente se eliminó el monopolio del Instituto de Seguros Sociales, que administraba el seguro obligatorio de salud estableciendo para el nuevo Sistema de Salud un modelo de financiamiento único que asocia el modelo contributivo tradicional del seguro social con un componente no contributivo a través de subsidios estatales, como complemento para dar cobertura a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales, la Ley 100 de 1993 estableció reglas básicas para la regulación del servicio público de salud, que permitieran el logro de mayor equidad, la obligatoriedad de la cobertura, el concepto de protección integral, la libre elección del asegurador, la autonomía de las instituciones aseguradoras, la descentralización administrativa de los establecimientos asistenciales estatales, la participación social y la De acuerdo a la ley 100 de 1993, los principios del Sistema de Seguridad Social Integral relacionados en el artículo son eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

Eficiencia: Es la mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados en forma adecuada, oportuna y suficiente;

Universalidad: Es la garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida;

Solidaridad: Es la ayuda mutua entre las personas, generaciones, sectores económicos, regiones y comunidades, bajo el principio del más sano al más enfermo, del más joven al más anciano. El Estado debe ser garante de la solidaridad en el régimen de Seguridad Social a través de su participación activa, regulación y control. Asimismo los recursos provenientes del gasto público al Sistema de Seguridad se direccionaran a los grupos de población más vulnerables;

Integralidad: Resulta de la cobertura de cualquier contingencia que afecte la salud, la capacidad económica del individuo o su familia y las condiciones de vida de toda la población. Cada quien contribuirá según su capacidad económica pero recibirá lo necesario para resolver su situación de salud bajo el amparo de la Ley.

Unidad: Corresponde a la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones que permita alcanzar los objetivos y fines de la Seguridad Social

Participación: Resulta de la intervención de la comunidad, a través de los beneficiarios de la protección social, en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto.

La Ley 100 estableció así el Sistema de Protección Social en Salud, una idea de reforma de Frenk y Londoño basada en el denominado “pluralismo estructurado” y compuesta estructuralmente por tres estamentos:

- El Estado (Gobierno): actúa como ente de rectoría, coordinación, dirección y control. Sus organismos son El Ministerio de la Salud y Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que tiene como misión vigilar y controlar a los actores del sistema.
- Los Aseguradores: Son entidades privadas con y sin fines de lucro, que aseguran a la población trabajadora o no trabajadora de acuerdo a su sistema de contribución. Actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el Estado en forma de prima anual, denominada Unidad de Pago por Capitación (UPC). Se dividen en Entidades Promotoras de Salud (EPS), a cargo de los recursos contributivos de los trabajadores) y las Administradoras de Régimen Subsidiado (ARS).
- Los Prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS) conformadas por hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios aportando la totalidad de recursos necesarios para la recuperación de la salud. Incluye los profesionales independientes de salud (médicos, enfermeras/os, etc.) así como los transportadores especializados de pacientes (Sistema de Ambulancias).

Comisión de Regulación en Salud: Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Era una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco

comisionados expertos elegidos por el presidente de la república.⁴ Esta Comisión fue liquidada en diciembre de 2012 y sus funciones y competencias fueron asumidas por el Ministerio de Salud y protección Social.

Superintendencia de Salud: Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa entidad promotora de salud (EPS), administradora de riesgos laborales (ARL) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son tres:

- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS): su función es administrar los recursos transferidos como UPC del régimen contributivo así como organizar y garantizar la prestación de las atenciones de salud que se encuentran incluidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud). Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con asl IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.) y la Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como EPS basándose en su infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cobertura.
- Administradoras del Régimen Solidario (ARS) brindan afiliación a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes.
- Administradoras de riesgos Laborales (ARL): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARL. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARL.

Los servicios de atención son prestados por las denominadas Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). Pueden ser públicas o privadas. Para su clasificación en niveles de complejidad y de atención, se tipifican según el tipo de servicios que habiliten y acrediten, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según información del Ministerio de la Protección Social, 84,3% de las IPS corresponden a primer nivel de atención, 13,4% al segundo nivel y 2,3% al tercer nivel de atención o alta complejidad

La particularidad del sistema colombiano reside en su modalidad de financiamiento. Para la atención de lo relacionado con enfermedad general y con riesgos no laborales, el Gobierno destina recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSyGA) creado en el artículo 218 de la ley 100 y el artículo 1ro del Decreto 1283 como cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social. Esta cuenta, de tipo fiduciaria, recibe

mensualmente los aportes provenientes del 12% de las nóminas y reconoce a cada administradora de capitas 1/12 del valor de la UPC por cada beneficiario/mes. El aporte máximo mensual corresponde al 12% de 20 salarios mínimos mensuales (aprox. U\$ 400) y el aporte mínimo al 12% del salario mínimo (aprox. U\$ 20). El FOSyGA se encarga de realizar una distribución a cada una de las subcuentas para cubrirá todos los beneficiarios del sistema de seguridad social, las que se clasifican en:

1.- Subcuenta ECAT: destinada a cubrir costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito y de eventos catastróficos y terroristas. Brinda cobertura a la atención integral de hospitalización, medicamentos, diagnósticos, prácticas y rehabilitación del paciente hasta completar un total de 800 salarios mínimos legales vigentes. Si la cobertura del paciente excede este valor el sobre costo queda a cargo de la EPS a la que se encuentre afiliado el usuario.

2.- Subcuenta Compensación: se entiende como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades a partir de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. Con la Ley 100 los aportes para la Seguridad Social pasaron del 6 al 12% del salario del trabajador, para cubrir cónyuge e hijos. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de la UPC (Unidad de Pago por Capitación)_ajustada por riesgos y diferencial por región geográfica y grupo etéreo. La CRES establece una tarifa fija para la UPC por usuario afiliado y el FOSyGA gira después a cada una de las EPS el valor de la UPC proporcional a la cantidad de afiliados que estas tienen, independientemente de si hacen uso o no de los servicios asistenciales.

3.- Subcuenta Solidaridad: Recauda recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte menor al 1,5 de la cotización a las EPS es aportada por todas las personas afiliadas al régimen contributivo. Estos recursos tienen como destino la cobertura que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a este régimen a partir de un subsidio a la demanda que consiste en el pago de la prima o UPC a las ARS. Cuantos más recursos se obtengan en esta subcuenta mayor podrá ser la cobertura de la población con trabajo informal o pobre que puede llegar a ser cubierta por el régimen no contributivo o subsidiado.

4.- Subcuenta Promoción: son recursos destinados a actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que forman parte del Plan de Atención Básica – PAB.

Respecto del personal de las FFAA, Maestros y Universidades Nacionales, la financiación resulta de fondos específicos de cada régimen exceptuado. No obstante, existen subsidios cruzados con el sistema no contributivo, ya que deben aportar recursos para la subcuenta de solidaridad del Régimen Subsidiado del Sistema General.

El Sistema de Protección Social en Salud tiene dos formas de afiliación, uno Contributivo y el restante subsidiado. Mediante el régimen contributivo toda persona vinculada a través de un contrato de trabajo estable, pensionados y jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago, efectúan una cotización mensual Este aporte corresponde al 12,5% del salario base, porcentaje que asumen en su totalidad los trabajadores independientes. En el caso de los empleados en relación de dependencia éste aporta el 4% y el empleador contribuye con el 8,5%. restante. En el caso de los jubilados, asumen el 100% del pago del aporte desde la pensión, que oscila entre la mitad a un tercio de su ingreso salarial originario.

El empleado puede escoger una EPS, agregando los datos de su grupo familiar, debiendo comunicarlo al empleador. El pensionado continúa la misma afiliación que tenía en su etapa activa de trabajador, notificando al Fondo de Pensiones cuál es la EPS donde se derivara su aporte, salvo que decida un cambio. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los pensionados y sus familias y son responsables de transferir el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados han escogido.

El régimen contributivo asegura al afiliado y su familia con la cobertura garantizada del POS, puede otorgarle un subsidio monetario en caso de incapacidad por enfermedad y en caso de licencia de maternidad.

El Régimen No Contributivo o subsidiado está cubierto por fondos del Estado e incluye a la población sin empleo o con trabajo informal o bien con ingresos económicos insuficiente sin capacidad de pago (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) y considerada pobre. El financiamiento se efectúa a través de las transferencias efectuadas por el Estado Nacional como aporte a los Departamentos y Municipios, más una parte del Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) que recibe 1.5 puntos de la cotización de los regímenes especiales y de excepción y también hasta 1.5 puntos de lo que cotizan los afiliados al Régimen Contributivo.

Los ingresantes al régimen subsidiado se registran en cada municipio o distrito a partir de información consolidada y certificada que surge de instrumentos de focalización del Estado, priorizando a los recién nacidos, los menores bajo protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar que están fuera del conflicto armado interno, la población de áreas rurales y urbanas de bajos recursos y la población indígena. Cada municipio identifica la población potencial mediante la «encuesta denominada SISBEN o Sistema de Identificación y Clasificación de Potenciales Beneficiarios, el listado censal de las comunidades indígenas y la identificación de la población en situación de pobreza por ingresos. El SISBEN es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite una selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Al afiliarse al régimen subsidiado el usuario tiene derecho a recibir iguales beneficios del POS que en el Régimen Contributivo. Esto es resultado de la unificación del POS del régimen subsidiado con el del régimen contributivo del año 2012 que apunto a romper la inequidad existente entre los dos sistemas de aseguramiento en cuanto a nivel de cobertura.

Finalmente, bajo la denominación de Vinculados o población pobre no asegurada (PPNA) quedan personas sin afiliación alguna a la Protección Social en Salud. Estas personas, que pueden o no estar registradas por el SISBEN reciben atención médica mediante contratos de prestación de servicios entre Entes territoriales y las denominadas Empresas Sociales del Estado (E.S.E) que son hospitales descentralizados de baja, mediana y alta complejidad. Respecto del tipo de cobertura que deben ofrecer las intermediarias de gerenciamiento (EPS y ARS) a los beneficiarios, se divide en cuatro planes:

- Plan de Atención Básica (PAB), también llamado Plan Nacional de Salud Pública. Son un conjunto de acciones gratuitas y colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad. Incluye actividades individuales específicas de diagnóstico y tratamiento de ciertas patologías que son de interés en salud pública provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales. Siguiendo los lineamientos de la política de Atención Primaria, procura establecer sobre las comunidades una conducta preventiva activa. Incluye vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano. Se realizan para toda la población de manera gratuita sin que deba estar vinculada a alguna forma de afiliación en salud.
- Plan Obligatorio de Salud (POS), que rige tanto para el régimen contributivo como para el subsidiado y se compone de una canasta de prestaciones a nivel primario, secundario y terciario, a los que tiene derecho un usuario. Su finalidad es la protección integral de

la salud desde la prevención a la rehabilitación de enfermedades. Incluye la provisión de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar. Debe proveer de manera integral acciones de salud individual y colectiva, incluyendo prioridades, objetivos, metas y estrategias nacionales en salud. Estas deben estar alineadas con los indicadores de situación de salud, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores de gobierno. La definición del menú del POS, que estaba a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES), al ser suprimida en el año 2012 pasó a ser regulado por Ministerio de Salud y Protección Social.

- Planes Adicionales de Salud (PAS), que representa coberturas adicionales financiadas en forma voluntaria por los usuarios, que desean complementar el POS con prestaciones diferenciadas o intervenciones con mayor tecnología. Comprenden planes de medicina prepaga, pólizas complementarios y de hospitalización y cirugía, provistos por las prestadoras registradas para esa finalidad.
- Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre accidentes de tránsito con lesiones hasta un monto determinado, en forma complementaria al POS. Se financia a través de la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de Tránsito (ECAT) del FOSyGA.
- Eventos catastróficos: específicamente destinado a inundaciones, terremotos, etc., con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Se financian desde la subcuenta ECAT.

Existen además otros planes de cobertura que son otorgados a la población víctima de desplazamientos forzados por la guerra interna y a la población internada en establecimientos carcelarios, usualmente suplementarios al POS.

Analizando la dinámica del sistema reformado a partir de 1993, al cobertura poblacional del SGSSS al 2007 estadísticamente alcanzó cerca del 76% de la población objetivo, que sumado a los regímenes especiales llega a una cobertura total del 89,3 % en total, 46,7 % correspondiendo al régimen contributivo, 40,1% al régimen subsidiado y 2,5 % a los regímenes especiales. Esto incluye sectores que han adquirido acceso a servicios que antes de la reforma del Sistema solo les era prestado en un esquema de asistencia pública.

Las principales dificultades del Sistema han estado en el modelo de intermediación y gestión por parte de las EPS, motivo de críticas y denuncias permanentes al considerárselas costosas e ineficientes y constituirse en barrera de acceso para la prestación. Mucho de eso se expresó a través del exceso de judicialización de coberturas para enfermedades de alto costo (tutelas), producto de rechazos de las EPS. La Corte Constitucional expidió en 2008 un fallo (Sentencia T---760) conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema, lo que obligó a l pago de las prestaciones por parte del Estado con lo cual las EPS conseguían un beneficio económico extraordinario al eludir la cobertura

Algunas EPS presentaron además insuficiencias e ineficiencias de la red de operaciones y servicios, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos. En muchos casos se los obligó a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar en la complicación de la salud de la persona.

En cuanto al decil más pobre de la población, solo tiene 58% de probabilidades efectivas de ser atendido en el sistema, y una cobertura de aseguramiento del 39%. A pesar de los resultados, diez años después de la reforma, un 15% de la población aún carece de seguro, hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. En 2011 el

gobierno denunció fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el FOSyGA y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS. El sistema lleva tres reformas por ley efectuadas desde su original Ley 100. En 2007 la Ley 1122 establece "realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia, control, organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud". En el 2011 la Ley 1438 de 2011 tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera." Finalmente en 2012, la Ley 1562 modifica el Sistema General de Riesgos Laborales y dicta disposiciones en materia de salud ocupacional. En 2013 el sistema prácticamente colapsó debido a la corrupción y a la negativa de las EPS a prestar servicios reglamentarios como consultas médicas especializadas y medicamentos, además de negar el pago a hospitales públicos y privados a pesar de las demandas, por lo cual se establecieron nuevos proyectos de Ley aun en curso de dictado.



Recuerde:

- 1- Leer toda la bibliografía obligatoria
- 2- Realizar las tareas consignadas en el campus.