

# **La seguridad social en Europa Occidental**

## **Reformas y tendencias en los sistemas de salud**



**Mauricio Rojas**

**ENASA 2014 – XVIII Encuentro Nacional de la Salud – Santiago – 10.12.2014**

# Dos grandes modelos de seguridad social

**Alemania**  
**Holanda**  
**Suiza**  
**Bélgica**  
**Austria**  
**(Europa del Este)**



Otto von Bismarck (1883)



**Reino Unido**  
**Países Nórdicos**  
**España**  
**Italia**

# **Modelo Bismarck**

**Aseguradoras**

**(profesiones/gremios)**

**Aportes (impuestos)**

**Miembros (universalidad)**

**Diversidad de prestaciones  
(uniformidad creciente)**

**Provisión privada de servicios  
(complemento público)**

**Asegurador distinto del  
proveedor**

**Libertad de elección**

# **Modelo Beveridge**

**Estado**

**(a nivel nacional/regional)**

**Impuestos (copago)**

**Universalidad/ciudadanía**

**Uniformidad de prestaciones**

**Provisión pública de servicios  
(complemento privado)**

**Sistema público único**

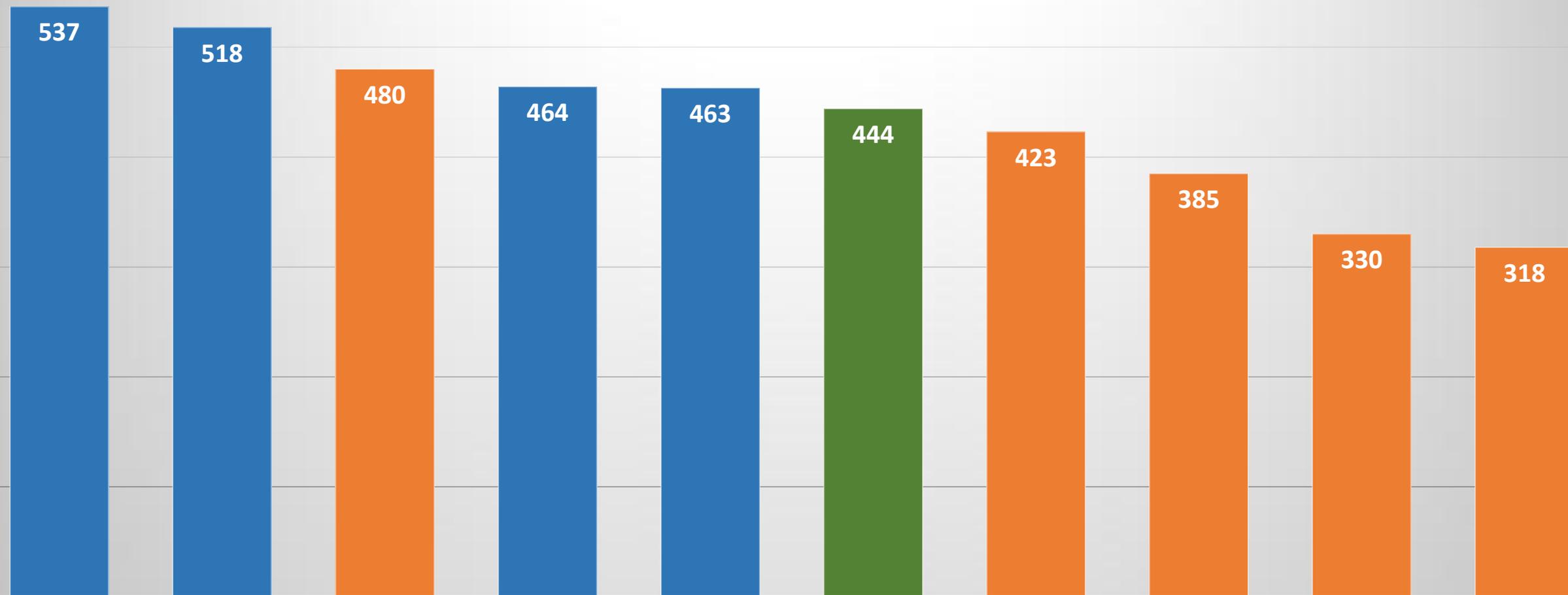
**Asignación administrativa  
(mayor libertad de elección)**

# **Ambos sistemas están sometidos a fuertes presiones financieras y necesitan constantes reformas**

- **Cambios demográficos**
- **Problemas económicos (crecimiento lento/crisis)**
- **Problemas fiscales (sobre expansión del gasto público y alta carga tributaria)**
- **Compromisos de bienestar difíciles de cumplir (pensiones, amplitud y calidad de los servicios, altos niveles de subsidios)**
- **Nuevas demandas y posibilidades (nuevos tratamientos, medicamentos, instrumental, etc.)**

# Evaluación global (2013)

Azul: Bismarck; Naranja: Beveridge; Verde: Mixto



HOLANDA

SUIZA

NORUEGA

BÉLGICA

ALEMANIA

FRANCIA

SUECIA

INGLATERRA

ESPAÑA

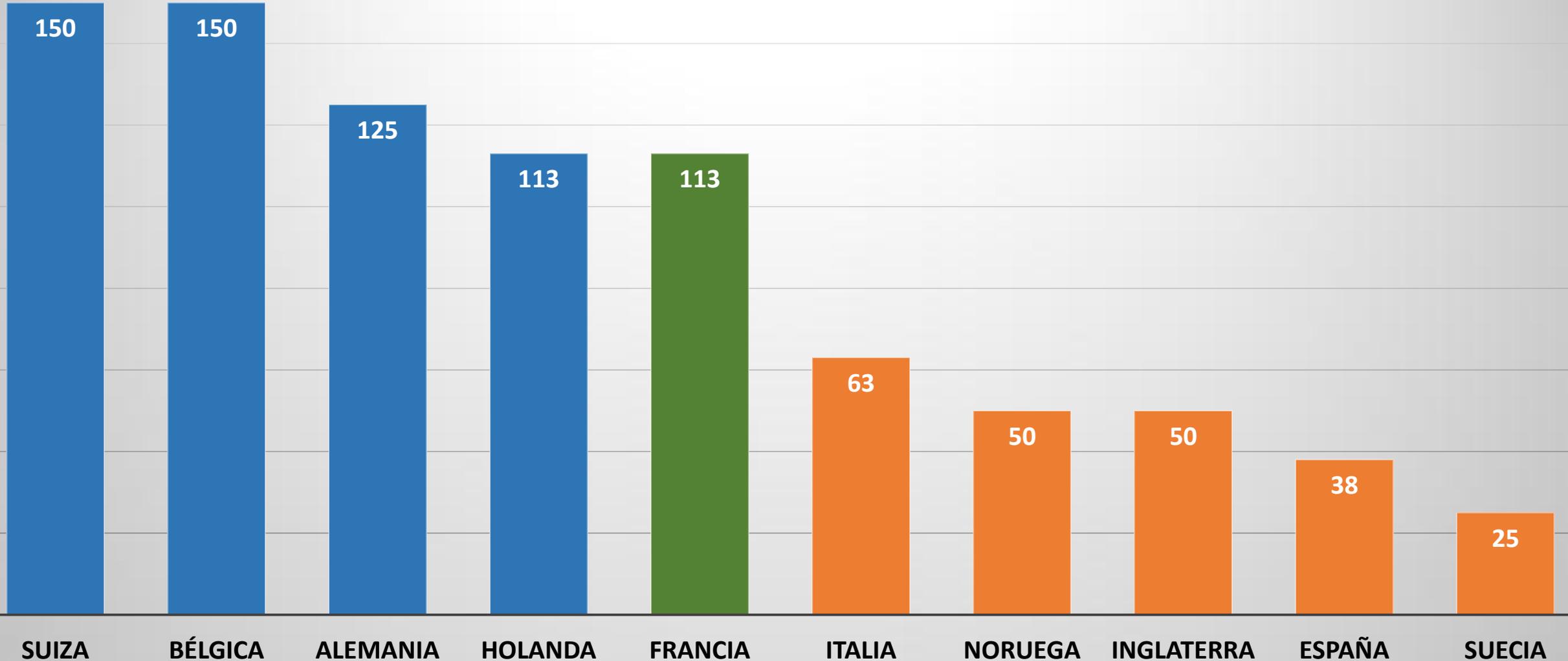
ITALIA

Basado en 48 indicadores. Puntaje máximo 667.

Fuente: Elaboración propia basada en *EuroHealth Consumer Index 2013*, Health Consumer Powerhouse.

# Accesibilidad (2013)

Azul: Bismarck; Naranja: Beveridge; Verde: Mixto

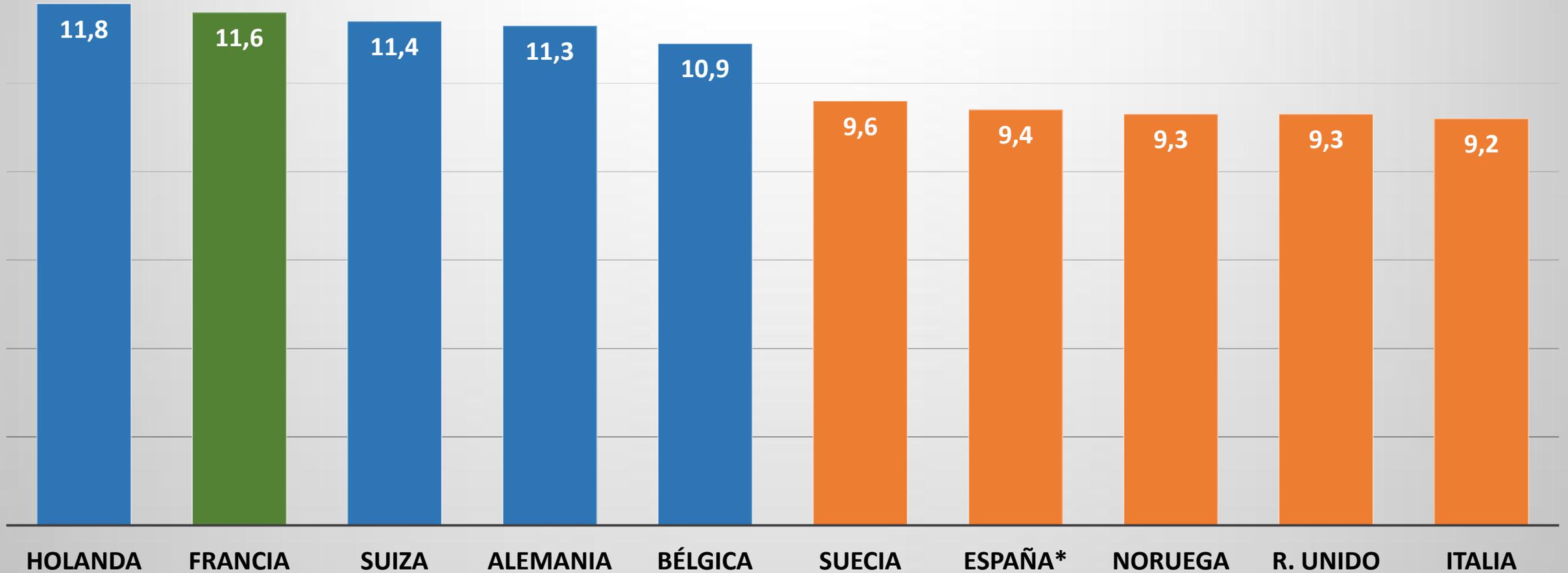


Basado en 6 indicadores. Puntaje máximo 150.

Fuente: Elaboración propia basada en *EuroHealth Consumer Index 2013*, Health Consumer Powerhouse.

# Gasto total en salud, % del PIB (2012)

Azul: Bismarck; Naranja: Beveridge; Verde: Mixto



\*España 2011.

Fuente: Elaboración propia basada en OCDE, *Health Statistics 2014*.

# Reformas en modelos Bismarck:

## Holanda (2006)



- Seguro obligatorio único, libre elección/cambio de aseguradora
- Aseguradoras privadas con o sin fines de lucro (44/4 controlan 80%)
- Canasta básica común de servicios de salud
- Acceso universal a todo asegurador (no selección)
- Prima comunitaria (no por riesgo) determinada por la aseguradora
- Franquicia (2014: € 360-860) y plan de salud modifica la prima
- Fondo de igualación del riesgo (empleador paga 7,7% del salario bruto)
- Fondo de solidaridad (financiado por el Estado vía impuestos)
- Libertad de elección de proveedor o plan de servicios (modifica prima)
- Seguro obligatorio aparte para enfermedades crónicas
- Seguros voluntarios complementarios

# Reformas en modelos Bismarck:

## Alemania (2007)



- Seguro universal obligatorio
- Sistema dual: *GKV* regulado y *PKV* desregulado (2014: sobre € 53.550)
- *GKV* (cerca 90% población): Canasta básica de servicios de salud a asegurado y dependientes
- Contribución de 15,5% del salario bruto (7,3% empleador y 8,2% asalariado) va a un fondo central que la redistribuye, igualando el riesgo, entre unas 150 aseguradoras públicas y privadas
- Acceso universal a aseguradoras (no selección), libre elección/cambio
- Proveedores públicos y privados (con o sin fines de lucro) de servicios (Hospitales 3/3; médicos independientes certificados y colegiados)
- Libre de elección de proveedor, tendencia a plan integrado de servicios
- Seguros voluntarios complementarios

# Reformas en modelos Beveridge:

## Suecia (1999, 2007, 2010)



- **Sistema público descentralizado (provincias/regiones)**
- **Financiado con impuestos regionales (70%) y nacionales (30%)**
- **Universalidad e igualdad de acceso**
- **Copago igualitario con límite de gasto anual**
- **Atención primaria: libertad de empresa, competencia entre proveedores públicos (67%) y privados con o sin fines de lucro (33%), libertad de elección, pago por capitación (y servicio)**
- **Atención especializada: proveedores públicos (93%) y privados con o sin fines de lucro (7%), licitaciones discrecionales, pago por diagnóstico (y servicio), plena libertad de elección**

# Tendencias generales de los sistemas de salud europeos



- **Contención del gasto: copago, franquicia, fijación de precios, mayor eficiencia administrativa y competencia**
- **Refuerzo financiero: Aumento de cotizaciones, impuestos, copago y franquicia**
- **Unificación de sistemas obligatorios, descentralización, igualdad de acceso y garantía de servicios básicos**
- **Libre elección ciudadana de proveedores/(aseguradores)**
- **Creciente apertura a la colaboración público-privada**
- **Creciente competencia entre proveedores/(aseguradores)**
- **Mayor complemento de seguros privados voluntarios**



**¡Gracias por haberme escuchado!**

**Mauricio Rojas**

**ENASA 2014 – XVIII Encuentro Nacional de la Salud – Santiago – 10.12.2014**