



Fundación **MAPFRE**

**SISTEMAS DE SALUD:
UN ANÁLISIS GLOBAL**

Servicio de Estudios de MAPFRE

Sistemas de salud: un análisis global

**Comparación internacional
de sistemas sanitarios seleccionados**

Este estudio ha sido elaborado por el Servicio de Estudios de MAPFRE.
Los derechos para su edición han sido cedidos a Fundación MAPFRE.

Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida
en este estudio siempre que se cite su procedencia.

© Imagen de cubierta iStock

© De los textos:
Servicio de Estudios de MAPFRE
Carretera de Pozuelo, 52 - Edificio 1
28222 Majadahonda Madrid España
servicio.estudios@mapfre.com

© De esta edición:
2018, Fundación MAPFRE
Paseo de Recoletos, 23. 28004 Madrid
www.fundacionmapfre.org

Diciembre, 2018.

ISBN: 978-84-9844-713-2
Depósito Legal: M-39895-2018

Servicio de Estudios de MAPFRE

Manuel Aguilera Verduzco

Director General

avmanue@mapfre.com

Ricardo González García

Director de Análisis, Estudios Sectoriales y Regulación

ggricar@mapfre.com

Gonzalo de Cadenas Santiago

Director de Análisis Macroeconómico y Financiero

gcaden1@mapfre.com

José Brito Correia

jbrito@mapfre.com

Begoña González García

bgonza2@mapfre.com

Isabel Carrasco Carrascal

icarra@mapfre.com

Fernando Mateo Calle

macafee@mapfre.com

Rafael Izquierdo Carrasco

rafaizq@mapfre.com

Eduardo García Castro

gcedua1@mapfre.com

José María Lanzuela

Carlos Sebastián Macías Rojas

Alba Zahariu Bermejo

Paula Baliña Vieites

Markel Zubizarreta

Contenido

Presentación	9
Introducción	11
Resumen ejecutivo	13
1. Marco conceptual	25
1.1 Esquema del estudio	25
1.2 Marco conceptual	26
2. Análisis de modelos de salud en países seleccionados	29
2.1 Estados Unidos	29
2.2 México	42
2.3 Brasil	52
2.4 Chile	61
2.5 Australia	71
2.6 Japón	81
2.7 Singapur	95
2.8 España	108
2.9 Francia	117
2.10 Holanda	125
2.11 Reino Unido	133
3. Indicador global de eficacia de los sistemas de salud	143
3.1 El indicador	143
3.2 Ranking de sistemas de salud	144
4. Síntesis y conclusiones	153
4.1 Síntesis	153
4.2 Principales conclusiones	168
Índice de tablas, gráficas y recuadros	173
Referencias	179
Referencias bibliográficas	183

Presentación

La salud es un derecho fundamental del individuo cuya protección está encomendada generalmente a los poderes públicos. En las últimas décadas, una de las principales preocupaciones de los gobiernos nacionales y organismos internacionales ha sido avanzar hacia la cobertura sanitaria universal de la población, es decir, que todas las personas puedan recibir servicios sanitarios de calidad, sin que tengan que enfrentarse por ello a dificultades económicas. A pesar de que se han conseguido importantes avances en este propósito, se estima que la mitad de la población mundial todavía no puede acceder a los servicios de salud que precisa.

Además del acceso universal a los servicios de salud, los sistemas sanitarios enfrentan diferentes problemas a los que los gobiernos buscan dar solución. En este sentido, y para contribuir al debate en torno a la problemática que afecta a los sistemas de salud, el Servicio de Estudios de MAPFRE ha realizado este informe que ahora publica Fundación MAPFRE, el cual aborda la situación actual de los sistemas de salud y los retos futuros a los que se enfrentan, enfatizando en el papel que el seguro privado puede jugar en la atención de la salud de los ciudadanos, ya sea a través de su participación en la gestión de las políticas públicas, o bien complementando y ampliando las coberturas obligatorias básicas. En este sentido, el estudio realiza un análisis comparativo de sistemas sanitarios para un conjunto de países seleccionados, los cuales representan modelos que, por sus diferentes características, pueden ser una referencia en el diseño de políticas públicas en esta materia.

El principal objetivo de Fundación MAPFRE es contribuir al bienestar de los ciudadanos y de la sociedad, y mejorar las condiciones económicas, sociales y culturales de las personas, especialmente de los más desfavorecidos. Con la publicación de este informe, Fundación MAPFRE busca seguir difundiendo el conocimiento y la cultura del seguro y de la previsión social y, en esa medida, coadyuvar al logro de ese gran propósito fundacional.

Fundación MAPFRE

Introducción

Los sistemas de salud constituyen una pieza esencial en el diseño del marco institucional en nuestras sociedades. Desde una perspectiva de políticas públicas, preservar la sostenibilidad y mejorar la eficacia de los modelos sanitarios, es un aspecto de la mayor importancia para elevar los niveles de bienestar y, en última instancia, para mantener el equilibrio social.

En el esfuerzo por adecuar los modelos de salud, los patrones tradicionales que venían caracterizándolos —desde el bismarkiano y el Beveridge hasta los de corte de libre mercado—, parecen haber comenzado a desdibujarse. En este sentido, se observa una tendencia a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de la población, empleando para ello variantes de los modelos originales o bien una combinación de los mismos. En este contexto, los seguros de salud, y las entidades aseguradoras que los gestionan, pueden jugar un papel complementario relevante en el marco de variantes que consideren asociaciones público-privadas orientadas a apoyar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios y a mejorar su nivel de eficacia.

En el presente estudio se ha realizado el análisis de una selección de sistemas de salud en distintas regiones del mundo, incluyendo modelos que incorporan alguna característica que les diferencia del resto y que pueden ser una referencia a la hora de diseñar políticas públicas relacionadas con los sistemas sanitarios. Asimismo, se propone un indicador de eficacia de los sistemas de salud, el cual se ha estimado para un total de 180 países y que permite tener una visión global comparativa de los mismos.

Contar con sistemas de salud adecuados y sostenibles constituye una pieza esencial en el esquema de políticas públicas de todo gobierno. No obstante, los sistemas sanitarios en el mundo, con independencia del esquema específico en el que se sustenten, enfrentan enormes retos para el futuro. Esperamos que este estudio contribuya a la comprensión de este complejo desafío de las sociedades modernas, así como a vislumbrar alternativas en materia de políticas públicas que coadyuven a enfrentarlo.

Servicio de Estudios de MAPFRE

Resumen ejecutivo

Los sistemas de salud constituyen una pieza esencial en el diseño institucional de las sociedades modernas. Desde la perspectiva de las políticas públicas, preservar la sostenibilidad y mejorar la eficacia de los modelos sanitarios, es un aspecto de la mayor importancia para elevar los niveles de bienestar y, en última instancia, para mantener el equilibrio social.

En ese contexto, el rol de los seguros de salud y de las compañías aseguradoras viene determinado en gran medida por el modelo sanitario específico de que se trate. En el presente estudio se realiza un análisis de una selección de sistemas sanitarios de distintas regiones a nivel global, incluyendo modelos que incorporan alguna característica que les diferencia del resto y que puedan ser una referencia a la hora de diseñar políticas públicas relacionadas con los sistemas de salud.

En el análisis de cada sistema se da una idea del modelo sanitario siguiendo una estructura de pilares. Un primer pilar relacionado con la cobertura sanitaria obligatoria, un segundo pilar relativo a la cobertura voluntaria a través de una relación laboral, en la que las empresas deciden complementar la cobertura sanitaria de sus trabajadores y un tercer pilar relativo a la cobertura voluntaria individual, tal y como se explica en el marco conceptual del trabajo. Asimismo, para cada sistema analizado se incluye una revisión de la evolución de la penetración de los seguros privados (primas de los seguros de salud respecto al PIB), del gasto sanitario total y, cuando se ha dispuesto de información suficiente, de las cuotas de mercado de las principales compañías o grupos aseguradores que operan en esta línea de negocio.

Para cada uno de los países objeto de estudio se han analizado una serie de indicadores de gasto, fuentes de financiación, capacidad, uso, estado, riesgos para la salud y calidad de los

sistemas con el fin de facilitar su comparativa y dar una referencia de la situación de los países respecto al valor medio de estos indicadores de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Tras el análisis de las principales características de la muestra de modelos sanitarios seleccionados para efectos de este estudio, se observa que los patrones tradicionales que venían siguiendo los mismos (bismarkiano, Beveridge o de libre mercado), en la actualidad parecen desdibujarse. En este sentido, se observa que existe una tendencia a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país (como recomiendan distintas organizaciones internacionales entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud), empleando para ello variantes de los modelos originales o bien una combinación de los mismos.

En este contexto, y con independencia del modelo de salud específico, el sector público juega un papel fundamental a la hora de establecer las políticas públicas necesarias para hacer efectiva la obligación de los proveedores de servicios sanitarios (públicos o privados) de prestar una atención sanitaria adecuada a las personas a las que se les reconoce ese derecho. La forma de prestar esa cobertura sigue diferentes patrones con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación e incluso en el propio alcance de la cobertura.

Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud

Como parte de este estudio, se ha propuesto un ejercicio de valoración a partir de la construcción de un indicador *ad hoc* (Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud, IESS), con el propósito de contar con una visión sobre el nivel de eficacia de los sistemas de salud a nivel global. Con el

empleo de este indicador se busca contar con una visión comparativa del grado de eficacia de los diversos sistemas de salud en el mundo, a partir de una valoración de indicadores clave que reflejan los efectos positivos de la operación de los mismos.

En la construcción del IESS se han empleado tres variables que están disponibles para los 180 países analizados: (i) la esperanza de vida al nacer; (ii) el porcentaje de muertes de niños entre 0 y 4 años, (iii) la mortalidad por enfermedades no transmisibles de personas entre 30 y 70 años atribuible a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (NCDs). En general, el comportamiento de estas variables ofrece una visión en conjunto de la eficacia de los sistemas de salud, al medir tres fenómenos demográficos que se encuentran directamente vinculados con los mismos.

El ranking es encabezado por Japón, Suiza, Corea del Sur, Singapur e Islandia. Los sistemas sanitarios de los países analizados en este informe (además de Japón y Singapur, 1 y 4 en el ranking, respectivamente), aparecen en los siguientes puestos: España (9), Australia (10), Francia (14), Holanda (19), Reino Unido (21), Chile (29), Estados Unidos (31), Brasil (58) y México (67).

Análisis de países seleccionados

Japón

Japón se sitúa en primer lugar de los once países analizados en este informe (primero también en el ranking global), por delante de Singapur, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 10,7% en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 2,7% del PIB.

El modelo sanitario japonés se encuadra en los modelos del tipo bismarkiano, en el que la cobertura sanitaria está vinculada a una relación laboral financiada mediante cotizaciones que se deducen de los salarios. No obstante, presenta rasgos del sistema Beveridge, al extender la cobertura de forma universal a la totalidad de los residentes del país con un plan nacional de seguro de salud para las personas sin empleo. La cobertura no es gratuita sino que cubre en

torno al 70% de los gastos sanitarios, sin perjuicio de los programas para personas de bajos ingresos. El sistema se financia principalmente a través de primas de seguro subsidiadas por impuestos. El coste del seguro se carga en la nómina del trabajador, existiendo además una contribución por parte del empleador.

Existen dos programas de seguro de salud obligatorios basados en el empleo, uno para el sector público y los trabajadores de grandes empresas, y otro para empleados de pequeñas y medianas empresas (con cinco o más empleados) administrados respectivamente por una sociedad de seguro de salud (*Health Insurance Society*) y por la Asociación de Seguros de Salud de Japón (*Japan Health Insurance Association-managed Health Insurance*). Estas instituciones son entidades aseguradoras de titularidad pública, es decir, pertenecen al Estado, aunque aprovechan la infraestructura de las compañías aseguradoras incluyendo la tarificación y gestión de siniestros. Las empresas de setecientos o más trabajadores pueden constituir su propia sociedad de seguros de salud.

La cobertura proporcionada por el sistema público de seguro de salud en Japón hace que la importancia relativa del gasto privado voluntario sea reducida. La industria aseguradora suele comercializar el seguro privado médico voluntario como un complemento del seguro de Vida, en forma de seguro de reembolso de gastos, cubriendo enfermedades crónicas y hospitalización, ofreciendo al asegurado una suma global al momento del diagnóstico o de la hospitalización. También existen coberturas contratadas de forma independiente a los seguros de Vida, aunque su peso es menor.

Singapur

Singapur se sitúa en segundo lugar de los once países analizados en este informe (cuarto en el ranking global), por delante de España y solo detrás de Japón, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el indicador se situó en torno al 4,3% de su PIB en 2015, el menor de la muestra seleccionada, lo que le convierte en el mejor de los sistemas desde el punto de vista de la eficiencia. Por su parte, la penetración de los seguros privados de salud en 2016 fue del 0,8% del PIB.

El sistema sanitario de Singapur es novedoso en cuanto a su forma de financiación que

incluye un plan de ahorro integral y obligatorio de la seguridad social (*Central Provident Fund*, CPF) para sus residentes a fin de atender sus necesidades futuras de salud. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con el ahorro del ciudadano (denominado “MediSave”). A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros.

En Singapur las compañías aseguradoras autorizadas para operar en Vida pueden ofrecer pólizas de salud y accidentes temporales renovables, sin necesidad de contar con una licencia adicional. Así, muchos singapurenses deciden complementar la cobertura obligatoria prevista para pagar grandes facturas hospitalarias y tratamientos ambulatorios costosos. Las empresas, en ocasiones, ofrecen este tipo de cobertura complementaria a sus empleados.

España

España se sitúa en tercer lugar de los once países analizados en este informe (novenio en el ranking global), por delante de Australia y detrás de Singapur, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 8,8% de su PIB en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 0,7% del PIB.

El sistema sanitario español responde al denominado modelo Beveridge de amplia cobertura. Sin embargo, a pesar de ello, los gastos de bolsillo en salud son relativamente altos respecto a otros sistemas, representando el 24,2% del gasto sanitario total en 2015, quinto lugar en la selección de países analizados.

La penetración de los seguros privados voluntarios de salud, por su parte, es menor que en otros países en los que una parte del coste es compartido pero se ha mantenido una ligera tendencia ascendente, incluso en los peores momentos de la crisis económica en 2008 y 2012. Gran parte del negocio de seguros de salud está en manos de compañías aseguradoras especializadas en esa línea de negocio (*monolines*).

Dentro de la cobertura de los seguros privados voluntarios de salud los seguros individuales

tienen un peso mayor, en torno al 72%, siendo el resto seguros colectivos (28% de las primas). Algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral.

El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta de las personas físicas las rentas en especie que suponen para el trabajador, en las cantidades satisfechas para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos.

Australia

Conforme al IESS, Australia se sitúa en cuarto lugar de los once países analizados en el informe (décimo en el ranking global), por delante de Francia y por detrás de España. En términos de gasto sanitario, el indicador se situó en torno al 9,4% de su PIB en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 1,3% del PIB.

En términos generales, el sistema de salud australiano responde al modelo Beveridge, de cobertura universal financiado mediante impuestos. La cobertura sanitaria pública para los australianos y demás residentes permanentes se realiza a través del programa público Medicare, el cual incluye los costos de atención primaria, los costos hospitalarios y el 85% de los costos de los especialistas. Asimismo, cubre ciertos servicios por parte de ópticos, personal de enfermería, obstétricas y odontólogos. Esta cobertura se financia aplicando un recargo del 2% en el impuesto sobre la renta.

Además de Medicare, y con el fin de aliviar la carga del sistema público, se ha establecido un sistema de incentivos para la contratación adicional de un seguro privado de salud (*Private Health Insurance*, PHI). El incentivo a los seguros privados de salud se articula en forma de penalización a través del impuesto sobre la renta con un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare, en el caso de no contratarlo. De este modo solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta.

Las personas que hayan contratado el seguro médico privado pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los

hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

El gobierno federal australiano dispone de un comparador electrónico con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud. Asimismo, existen ayudas por parte del gobierno federal que puede subsidiar parte de la primas del seguro privado, en función de la amplitud de su cobertura y de los medios económicos del contratante.

Francia

Francia se sitúa en quinto lugar de los once países analizados en este informe (décimo cuarto en el ranking global), por delante de Holanda y detrás de Australia, conforme al IESS. En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 11,4% de su PIB en 2017, el segundo mayor de la muestra solo detrás de Estados Unidos. Por su parte, la penetración de los seguros privados en ese año fue del 1,6% del PIB.

El sistema francés es un modelo de carácter bismarkiano, con una financiación basada en las retenciones que se realizan sobre los sueldos de los trabajadores y las aportaciones empresariales, pero con rasgos del modelo Beveridge al contar con una cobertura universal e ingresos adicionales que provienen de impuestos específicos como puede ser el tabaco o el alcohol, entre otros.

La mayor parte de la cobertura se realiza a través de los planes de seguro obligatorio de salud (*Assurance Maladie*), vinculados a una relación laboral. Los trabajadores son afiliados automáticamente a uno de los planes en función de su estatus, sin posibilidad de elección para ellos. El plan con un mayor número de afiliados es la *Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés* (CNAMTS) que cubre a los trabajadores de la industria y el comercio, junto con sus familiares. Las personas residentes que no dispongan de cobertura a través de un plan de salud de seguro obligatorio quedan igualmente cubiertas por el sistema público (*Couverture Maladie Universelle*, CMU).

A pesar de la amplia cobertura del sistema de salud público francés, la penetración de los seguros privados de salud es significativa. El motivo principal es porque aunque la cobertura pública se considera universal (por alcanzar a la práctica totalidad de su población), sin embargo no cubre la totalidad del gasto incurrido sino en torno al 70% del mismo, con la excepción de las personas más desfavorecidas, siendo habitual adquirir un seguro privado de salud complementario con el fin de alcanzar la cobertura total. Esto supone que el porcentaje de gastos de bolsillo en el gasto sanitario per cápita sea reducido (6,8%), el menor de la muestra de sistemas analizados en el informe.

Holanda

Conforme al IESS, Holanda se sitúa en sexto lugar de los once países analizados en este informe (décimo noveno en el ranking global), por delante de Reino Unido y detrás de Francia. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 10,1% en 2017, y la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 5,9% del PIB.

El sistema de salud holandés es un modelo mixto de tipo liberal con elementos del sistema Beveridge. Se trata de un modelo que otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. La prima del seguro se descompone en dos partes: la primera es una cuantía estándar que debe satisfacer cada asegurado mayor de 18 años, y la segunda es una cuantía variable que depende de su nivel de ingresos. Para los niños y jóvenes hasta los 18 años el gobierno paga el coste del seguro con recursos públicos.

Las aseguradoras que decidan participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados. Están obligadas a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. Asimismo, el asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

Existe un deducible para los gastos de atención médica que se aplica a la mayor parte de los servicios sanitarios del paquete básico. El deducible es una cantidad que debe satisfacer el beneficiario de la atención médica, antes de

que la aseguradora se empiece a hacer cargo. No obstante, hay servicios médicos para los cuales no se aplica el deducible, por ejemplo el médico general. Además, para determinados gastos médicos del paquete básico hay que pagar una contribución personal o copago.

Por otra parte, en Holanda es habitual que las compañías aseguradoras ofrezcan coberturas de salud complementarias para cubrir los gastos no cubiertos por el seguro privado obligatorio.

A pesar del rol predominante de las compañías aseguradoras en el sistema de salud holandés, es de destacar que el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo, financiados mediante impuestos.

Reino Unido

Reino Unido se sitúa en séptimo lugar de los once países analizados en este informe (21 en el ranking global), por delante de Chile y detrás de Holanda, conforme al IESS. Respecto al gasto sanitario con relación al PIB, el porcentaje se situó en torno al 9,7% en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados en ese año fue del 0,3% del PIB.

El sistema sanitario del Reino Unido está basado en el modelo Beveridge. Se articula a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service*, NHS), financiado en su mayor parte mediante impuestos. La cobertura es universal y gratuita para los residentes legales independientemente de su capacidad de pago.

Dada la amplitud y la cobertura gratuita del NHS, solo un pequeño porcentaje de la población del Reino Unido (en torno al 11%), tiene algún tipo de seguro médico privado. Su tipología varía desde la cobertura para afecciones específicas como el cáncer, hasta paquetes más amplios que abarcan terapias complementarias y pruebas de diagnóstico. La gran mayoría de estos contratos, en torno al 82%, son seguros colectivos de empresa.

Chile

Conforme al IESS, Chile se sitúa en octavo lugar de los once países analizados en este informe (29 en el ranking global), por delante de Estados Unidos y por detrás del Reino

Unido. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 8,1% en 2017, mientras que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 0,3% del PIB.

El actual sistema sanitario chileno responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos del modelo Beveridge, integrado por un seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y planes de salud privados gestionados por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), que surgen con la idea de mejorar la oferta sanitaria y capacidad de elección de los ciudadanos. La financiación proviene de diferentes fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y de las empresas.

Según la última información disponible, de los 17,6 millones de habitantes de Chile, los afiliados al Fonasa están en torno a 13,5 millones de habitantes, 3,4 millones se encuentran afiliados a una Isapre, y 0,4 millones serían beneficiarios del seguro de las Fuerzas Armadas y Carabineros. El resto de la población (en torno a 0,3 millones) no está cubierta por un plan o seguro de salud.

Destaca el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que en 2015 representaba el 32,2% del total de gasto sanitario per cápita, el segundo mayor de la muestra de sistemas analizados, tras México.

Estados Unidos

Con base en el IESS, Estados Unidos se sitúa en el noveno lugar de los once países analizados en este informe (31 en el ranking global), detrás de Chile y por delante de Brasil. Esta situación contrasta con el porcentaje de gasto sanitario respecto a su PIB que en 2017 se situó en torno al 17,1%, el mayor de la muestra seleccionada y uno de los mayores a nivel mundial. Por otra parte, la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 5,3% del PIB.

El modelo sanitario estadounidense se encuadra en los modelos del tipo liberal, no existiendo una cobertura sanitaria pública de carácter universal propiamente dicha. Sin embargo, existen ciertos programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que tratan de cubrir los fallos del libre mercado. Los más importantes son el

Medicare para las personas mayores, el Medicaid para las personas de bajos recursos y el CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

Por su diseño institucional, el ámbito de cobertura del sistema público de salud en los Estados Unidos abre un campo importante a su cobertura a través de planes de salud empresariales por parte del sector privado. La mayor parte de las pólizas de seguros de salud (en torno a un 56%) son seguros colectivos de tipo empresarial. Las empresas no han tenido tradicionalmente la obligación de ofrecer cobertura sanitaria a sus trabajadores. Sin embargo, la denominada ley ACA de 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*) estableció la obligatoriedad para determinadas empresas, en función de su tamaño, de proporcionarles un seguro médico.

A diferencia de las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas de menos de cincuenta trabajadores no están obligadas a ofrecer cobertura sanitaria a sus empleados, más allá del seguro de accidentes laborales. En ocasiones también lo incorporan como parte del paquete retributivo del trabajador, aunque no es del todo habitual, dado el alto coste que supone para ellas. En estos casos el trabajador suele hacerse cargo también de una parte del coste del seguro. Con el fin de estimular a estas empresas se han introducido algunas medidas como los créditos fiscales o la creación de un mercado electrónico de seguros de salud para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado *Small Business Health Options Plans* (SHOPs).

Además de la cobertura obligatoria a través de los programas referidos y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades pre-existentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

Con ese fin, se estableció una regulación específica destinada a permitir el acceso a esas personas a un seguro privado a un coste razonable, con la creación de un mercado electrónico para estos contratos y subsidios para el pago de las primas para personas que estén dentro de umbrales de ingresos por encima de los límites que permiten acceder a Medicaid pero por debajo de un mínimo determinado en función del nivel federal de pobreza.

La introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado.

Asimismo, con el fin de incrementar la oferta y facilitar la contratación de este tipo de seguros, se negocian en una plataforma digital gestionada por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal, que también informan a los asegurados de las posibles ayudas a las que pueden acceder en función de sus circunstancias. Los contratos negociados en este mercado de seguros (denominado “*exchanges*”) están estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones.

Brasil

Brasil se sitúa en décimo lugar de los once países analizados en este informe (58 en el ranking global), detrás de Estados Unidos y por delante de México, conforme al IESE. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 8,9% en 2015, y la penetración de los seguros privados de salud en 2017 fue del 0,6% del PIB.

El sistema sanitario brasileño actual responde al denominado modelo Beveridge. No obstante, a pesar de existir una cobertura pública gratuita universal, el peso del sector privado es significativo, a través de la denominada cobertura de salud suplementaria. La actual configuración del sistema público de salud brasileño es fruto del proceso de una transformación estructural de finales de la década de los ochenta, cuando pasó de seguir un modelo de seguro social (que cubría solamente a las personas con un contrato de trabajo) a un modelo de servicio nacional de salud, con la creación del Sis-

tema Único de Salud (SUS), de acceso universal y financiado con recursos fiscales. El SUS fue creado en 1988 a raíz de la inclusión en la Constitución del derecho de asistencia integral y gratuita para toda la población.

El sector privado de salud en su conjunto es denominado Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS) y es supervisado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). Los usuarios son las empresas y familias, quienes adquieren Planes de Salud y Seguros de Salud colectivos o individuales. Los Seguros de Salud se distinguen por ser principalmente de reembolso posibilitando la libre elección de médico u hospital, mientras que los Planes de Salud son principalmente de prestación de servicios dentro de un cuadro médico y hospitalario predefinido siendo estos los más habituales.

México

México se sitúa en undécimo lugar de los once países analizados en este informe (67 en el ranking global), por detrás de Brasil, conforme al IESE. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 5,4% en 2017, en tanto que la penetración de los seguros privados de salud en ese año fue del 0,3% del PIB.

El sistema sanitario mexicano responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos tanto del sistema Beveridge como del de libre mercado. En este sistema pueden distinguirse tres grandes componentes: (i) las instituciones de seguridad social vinculadas a una relación laboral; (ii) los servicios de salud para la población no asegurada (Seguro Popular), y (iii) los servicios privados, estos últimos los de mayor peso del sistema en la actualidad, individualmente considerados.

Las instituciones integrantes del sistema de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Además, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos

Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.

El Seguro Popular ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES), y las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Adicionalmente, existe un programa denominado IMSS-Prospera que ofrece a las poblaciones marginadas de zonas rurales y urbanas un paquete básico gratuito de servicios de primer nivel de atención y de prevención en salud.

Es importante destacar el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que, en 2015, representaba el 41,4% del total de gasto sanitario per cápita, el mayor de la muestra de sistemas analizados.

El gasto en salud por parte del subsistema de salud privado mexicano representó un 2,6% del PIB en 2017. En el sector privado están incluidos aquellos que por su condición laboral no cuentan con acceso a la seguridad social (autoempleados, trabajadores asalariados informales, desempleados), no están inscritos en el Seguro Popular, no reciben atención en los servicios públicos de salud y en los sistemas de salud estatales, o no son beneficiarios del programa IMSS-Prospera.

Por otra parte, las empresas aseguradoras privadas ofrecen dos tipos de coberturas: el seguro de gastos médicos mayores y el seguro de salud suscrito con Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Estas últimas son instituciones de seguros autorizadas para practicar como seguros la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud. Tienen la facultad de vender seguros privados y el objetivo debe ser siempre el prevenir o restaurar la salud del asegurado de forma directa y con recursos propios, combinación de ambos, o mediante acciones que se realicen en su beneficio.

Balance de políticas públicas

Del análisis de la experiencia internacional realizada en el estudio, se desprende que el objetivo último de contar con una cobertura universal sanitaria no siempre es la consecución de una cobertura gratuita para toda la población residente, sino el ofrecimiento de

una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada solo para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando así de subsanar las deficiencias intrínsecas del modelo sanitario de que trate o, en último caso, los fallos de mercado que se presenten. Para el resto de la población, el objetivo de cobertura universal en ocasiones se traduce en un coste compartido e, incluso, en algunos sistemas queda limitado a tratar de garantizar la cobertura a un coste razonable.

En este contexto, del análisis realizado pueden desprenderse dos aspectos importantes. El primero, es que el objetivo de avanzar hacia una cobertura universal ha conllevado el establecimiento de mecanismos complementarios a los considerados en los modelos originalmente empleados. Y el segundo, que esos esquemas de complementariedad han implicado una mayor participación del sector privado, bien sea a través de estímulos a la empresas para participar en la cobertura sanitaria complementaria de sus empleados, o bien a través de una mayor participación de las compañías aseguradoras privadas como gestores especializados en la prestación de servicios sanitarios.

En el análisis internacional se observa que el rol de las compañías de seguros viene determinado en gran medida por el modelo sanitario del territorio en el que operan. Normalmente juegan un papel complementario al del sector público, con algunas excepciones notables como es el caso de Holanda, Estados Unidos o Japón. En Holanda y Japón, la alta penetración de los seguros de salud se debe a decisiones de políticas públicas para que las compañías aseguradoras participen en el sistema de cobertura universal obligatorio. En Japón, por su parte, las entidades aseguradoras que gestionan la cobertura obligatoria vinculada a una relación laboral son de titularidad pública, por lo que el papel de las compañías aseguradoras privadas que ofrecen seguros voluntarios de salud es limitado y de marcado carácter complementario. Y en Estados Unidos la muy relevante participación de la industria aseguradora se debe en mayor medida al modelo sanitario de libre mercado que tienen implantado.

De esta forma, en aquellos países en los que el objetivo es ofrecer una cobertura universal

con coste compartido o a un coste razonable, se abre una oportunidad para la participación de seguros voluntarios de salud a través de las compañías aseguradoras privadas. En ocasiones son las propias empresas las que ofrecen a sus trabajadores y a sus familias un seguro complementario a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. Estados Unidos y Francia son casos paradigmáticos en este sentido. En cualquier caso, existe siempre la alternativa de contratar una cobertura voluntaria individual. En ocasiones, para propiciar este comportamiento, las coberturas privadas mediante seguros voluntarios de salud gozan de un régimen fiscal favorable.

En aquellos países en los que el objetivo es ofrecer cobertura sanitaria universal gratuita, como es el caso de Brasil, Reino Unido o España, el volumen de seguros voluntarios complementarios de salud de las compañías aseguradoras privadas es menor, pero no desaparece. Además, el porcentaje de gastos de bolsillo en salud en estos países es elevado, incluso superior a los de otros sistemas de coste compartido. El coste sobre los presupuestos públicos de una atención gratuita universal, tarde o temprano ocasiona problemas de sostenibilidad presupuestaria que terminan traducéndose en problemas de financiación e incremento de las listas de espera, derivando en fallos de cobertura lo que también por esa vía abre espacio al desarrollo del seguro privado voluntario.

De la revisión de la experiencia internacional realizada en este estudio, existen una serie de políticas públicas que conviene destacar, en la medida en que constituyen buenas prácticas que han apoyado el objetivo último de avanzar hacia la universalización de la cobertura de los servicios de salud para la población.

Planes de ahorro para afrontar gastos en salud

La vinculación de ahorro de medio y largo plazo para la atención de las necesidades de salud, ha sido siempre uno de los aspectos que se ha considerado como clave en la mejora de la atención médica de los ciudadanos.

En este sentido, el sistema sanitario de Singapur incluye un plan de ahorro para sus ciu-

dadanos con el fin de atender a sus necesidades futuras de salud, el denominado “Medi-Save”. A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con un sistema de ahorro obligatorio.

Incentivos a la contratación de seguros voluntarios

Bajo la óptica de la complementariedad como mecanismos para ampliar, y eventualmente universalizar la atención sanitaria de la población, el establecimiento de incentivos para la contratación de seguros voluntarios constituye una pieza clave. Al respecto, y con el fin de aliviar la carga de los sistemas públicos de salud, algunos países han establecido un mecanismo de incentivos para la contratación de seguros privados voluntarios de salud que complementen la atención que brindan los esquemas del primer pilar.

En Australia, por ejemplo, el incentivo se articula bajo la forma de una penalización a través del impuesto sobre la renta imponiendo un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare (aplicable esta última a todos los contribuyentes para la financiación del sistema público), en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta que no contraten seguros privados de salud. Las personas que hayan contratado el seguro médico pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta la retribución en especie que supone

para el trabajador, en las cantidades satisfechas por la empresa para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos. En Estados Unidos, Brasil y México también se establecen créditos fiscales para la contratación de este tipo de incentivos laborales, o bien por la contratación individual de seguros privados de salud.

Mercados y comparadores electrónicos

Diversos países en los que los seguros privados de salud juegan un papel relevante en el esquema general de sanidad, han introducido normativamente comparadores electrónicos con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud.

En Estados Unidos, con el fin de estimular a las pequeñas y medianas empresas a la contratación de seguros privados de salud para sus trabajadores, además de los créditos fiscales se ha creado un mercado electrónico para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado “*Small Business Health Options Plans*” (SHOPs). Existen, asimismo, plataformas digitales para la contratación de seguros individuales gestionadas por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal (denominadas “*exchanges*”) con contratos estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Estos contratos pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente). Estos mercados se han creado a raíz de la introducción de la obligatoriedad de contratación de seguros privados de salud a quienes no queden bajo la cobertura de los programas públicos de protección (Medicare, Medicaid o CHIP).

Fortalecimiento del rol de los seguros privados

En varios de los sistemas analizados, la estrategia de universalización de la cobertura ha considerado, de manera explícita, el fortalecimiento del rol de los seguros privados de salud.

En este sentido, el sistema de salud holandés otorga cobertura universal a través de un se-

guero médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. Las aseguradoras que deciden participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados. Están obligadas, asimismo, a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. El asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

En Estados Unidos, además de la cobertura obligatoria a través de los programas para personas vulnerables y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

Es importante destacar que la introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas incluso para el sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

Corrección de fallos de mercado

En aquellos países en los que tienen implantado un sistema de salud con características propias de los sistemas de libre mercado, existen programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que de otro modo no podrían acceder a una cobertura sanitaria a un coste razonable. Es el caso de Estados Unidos con los programas Medicare para las personas mayores,

Medicaid para las personas de bajos recursos y CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

Los retos de los sistemas de salud

Contar con sistemas de salud adecuados y sostenibles, constituye una pieza esencial en el esquema de políticas públicas de todo gobierno. No obstante, los sistemas de salud en el mundo, con independencia del esquema específico en el que se sustenten, enfrentan enormes retos para el futuro.

El incremento generalizado actual de los volúmenes de deuda de los gobiernos y los déficit fiscales, agravados por el incremento de gasto en pensiones y en salud (debido en gran medida al proceso generalizado de envejecimiento de la población), dificultan la extensión presupuestaria de la financiación pública destinada a la cobertura de la atención universal gratuita y de coste compartido.

En este sentido, destaca el caso de Japón y el esfuerzo que está realizando para la obtención de información a través de sus autoridades municipales con el fin de determinar la gravedad del problema. El análisis de esta información muestra que las personas mayores de 64 años acaparan más del 58% del gasto sanitario total y dentro de este grupo los mayores de 70 años son destinatarios de en torno al 30% del mismo. Este país forjó una estructura de seguro de salud única para las personas mayores, de manera que la salud fuera gratuita para los mayores de 70 años, subsidiando su carga del 30% de coste compartido. Sin embargo, surgieron problemas de sostenibilidad por su acusado proceso de envejecimiento de la población, y en la actualidad se ha ampliado la edad de entrada a los 75 años exigiéndose además un pequeño copago.

También destaca en este sentido el caso de Holanda que a pesar de la amplia cobertura obligatoria con un rol predominante de las compañías aseguradoras en el subsistema de salud, el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo financiados mediante impuestos.

Japón y Holanda son solo dos ejemplos de lo que se estima es un proceso generalizado a nivel mundial y que está impactando igualmente en el resto de los sistemas de salud. Este proceso de envejecimiento, sin duda, determinará el diseño de futuras políticas públicas a medida que las actuales generaciones alcancen mayores edades con el inevitable aumento del gasto en salud y en pensiones para el que los gobiernos deberían prepararse. En términos del marco conceptual de este estudio, estas políticas debieran apoyarse en el ahorro y en los pilares de

cobertura complementaria voluntaria de tipo empresarial (segundo pilar) y privada individual (tercer pilar), por la mayor presión que sufrirán las cuentas públicas a medida que el proceso de envejecimiento poblacional avance. De esta forma, los sistemas sanitarios podrán aliviar en parte esas presiones sobre su funcionamiento, así como destinar mayores recursos a los cuidados a largo plazo y paliativos.

1. Marco conceptual

1.1 Esquema del estudio

Los seguros de salud son una línea de negocio de gran relevancia para la industria aseguradora a nivel global. Se trata, sin embargo, de un segmento en el cual el rol de las compañías de seguros viene determinado, en gran medida, por el modelo sanitario del país en el que operan.

Actualmente, existe una tendencia general a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país, como recomiendan distintas organizaciones internacionales, entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proceso es fruto de una evolución histórica que continúa su curso.

En aquellos países en los que ya se ha implantado la cobertura sanitaria universal, la forma de prestar esa cobertura sigue diferentes modelos con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación y en el alcance de la cobertura. Existen también diferencias en el último objetivo que no siempre es la consecución de una cobertura universal gratuita sino, en ocasiones, la cobertura universal a un coste razonable con una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando de cubrir los fallos de mercado.

En el presente estudio se ha llevado a cabo un análisis de una selección de sistemas sanitarios a nivel global, incluyendo modelos que incorporan alguna característica que les diferencia del resto y que pueda ser una referencia a la hora de diseñar políticas públicas relacionadas con los sistemas sanitarios.

Así, se incluye en el análisis de este estudio a once modelos presentes en diferentes regiones del mundo: en Norteamérica y América

Latina (Estados Unidos, México, Brasil y Chile), en Oceanía y Asia (Australia, Japón y Singapur), y en Europa (España, Francia, Holanda y Reino Unido).

Siguiendo el marco conceptual que se detalla en el siguiente apartado, en cada uno de los sistemas analizados en este informe se da una idea del modelo sanitario siguiendo una estructura de pilares relacionados con la cobertura obligatoria, la cobertura voluntaria a través de una relación laboral en la que las empresas deciden complementar la cobertura sanitaria de sus trabajadores y la cobertura voluntaria individual. Se incluye también un análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados (primas de los seguros de salud respecto al PIB), del gasto sanitario total y cuando se ha dispuesto de información suficiente, de las cuotas de mercado de las principales compañías o grupos aseguradores que operan en esta línea de negocio.

Asimismo, se han analizado una serie de indicadores de gasto, fuentes de financiación, capacidad, uso, estado, riesgos para la salud y calidad de los sistemas con el fin de facilitar su comparativa y dar una referencia de la situación de los países analizados respecto al valor medio de estos indicadores de los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE).

Por último, se ha elaborado un indicador sintético para valorar la eficacia de los sistemas sanitarios a partir de otros indicadores utilizados habitualmente y que reflejan, directa o indirectamente, la eficacia de los referidos sistemas. Este indicador sintético al que se ha denominado "Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud (IESS)", se ha construido para 180 países a partir de la esperanza de vida al nacer, del porcentaje de fallecimientos de niños menores de cinco años respecto a los fallecimientos totales en un período quinquenal y del porcentaje de muertes por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los treinta y los setenta años.

1.2 Marco conceptual

Con el fin de dar una idea de los distintos sistemas sanitarios y del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud, a continuación se describe el marco conceptual utilizado en el presente estudio, el cual sigue una estructura de pilares, que busca facilitar el análisis comparativo del rol asumido por el sector público y el privado en la cobertura de la asistencia sanitaria en cada modelo (véase la Gráfica 1.2-a). Los pilares considerados son los siguientes:

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

Este pilar básico asistencial engloba aquellas coberturas sanitarias mínimas disponibles, en su caso, para las personas a las que no cubre el sistema público o alternativo privado obligatorio. Conviene señalar que las coberturas contempladas en este pilar no existen en aquellos países que tienen implantada una cobertura universal obligatoria, si bien en ocasiones existen coberturas mínimas para extranjeros no residentes que necesitan atención médica en un determinado país y que no disponen de medios para costearla, las cuales formarían parte de este pilar.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

La forma de evolucionar hacia un determinado modelo de cobertura sanitaria y su concepción

es determinante a la hora de determinar el peso de este pilar de cobertura obligatoria. Dada la tendencia generalizada a implantar modelos de cobertura sanitaria pública universal, este pilar suele jugar un papel fundamental. Las características principales de los distintos modelos se pueden sintetizar en las siguientes categorías (véase la Gráfica 1.2-b).

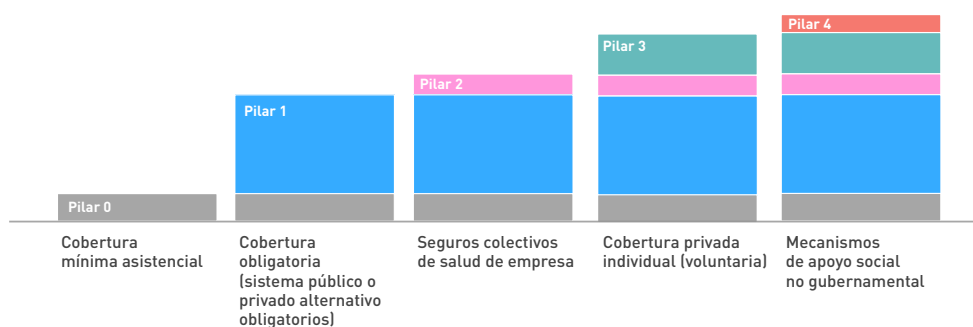
Modelo bismarkiano

La financiación de este tipo de modelo es pública, realizándose fundamentalmente a través de cotizaciones de los trabajadores y empresarios, deducidas de las rentas del trabajo. La provisión de los servicios suele ser una combinación público-privada, y la cobertura alcanza a los trabajadores y a sus familias.

El origen de este esquema de cobertura sanitaria suele vincularse con los gremios y cofradías de la Edad Media, los cuales ofrecían los servicios de médico, botica y entierro a cambio de una cuota periódica, y que posteriormente inspiraron al canciller prusiano Otto von Bismarck en el establecimiento de un sistema de previsión destinado a proporcionar a los trabajadores una protección económica frente a determinadas contingencias, entre ellas la enfermedad. Típicamente, en este tipo de sistemas los usuarios gozan de una mayor capacidad de elección de los proveedores de servicios sanitarios.

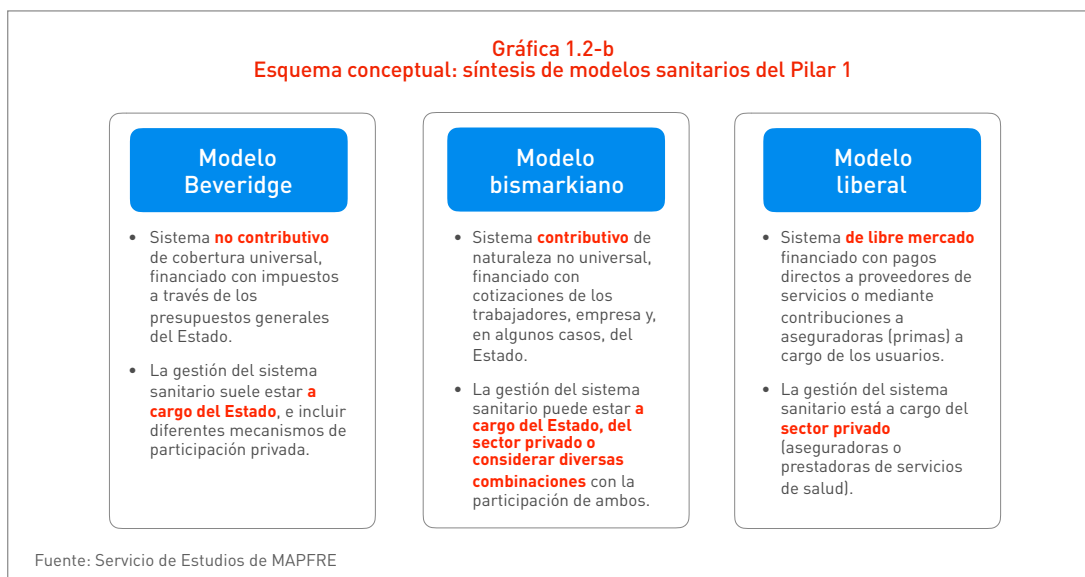
El principal problema de este tipo de sistemas (que opera con base en la técnica asegurado-

Gráfica 1.2-a
Esquema conceptual: pilares para el análisis de los sistemas de salud



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Gráfica 1.2-b
Esquema conceptual: síntesis de modelos sanitarios del Pilar 1



ra) está en el cálculo de las cotizaciones, que debiera hacerse en base a datos de morbilidad, y en las consecuencias en el caso de que las cotizaciones sean insuficientes para atender a los gastos sanitarios corrientes. Asimismo, estos sistemas pueden generar problemas de equidad respecto de aquellas personas desempleadas que, por lo tanto, no estarían bajo la protección de la seguridad social.

Modelo Beveridge

El origen de este modelo de cobertura de salud tuvo su origen en el Reino Unido y se basa en el principio general de que toda persona tiene derecho al mejor tratamiento médico existente, independientemente de sus medios económicos. Este modelo debe su nombre a Sir William Beveridge, responsable del informe de 1942 (*Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services*) dirigido al Parlamento Británico sobre el cual se construyó en 1948 el sistema de salud de aquel país.

En términos generales, la financiación de este tipo de sistemas es pública mediante los impuestos generales, y la provisión de los servicios sanitarios se rige por el principio de cobertura universal para los residentes de un país. Suelen ser modelos más integrados y con una mayor equidad, si bien la libertad de elección del usuario se encuentra restringida y puede derivar en problemas de accesibilidad (listas de espera).

Modelo liberal (modelos sanitarios de libre mercado)

El principio general que subyace a este tipo de modelos es la consideración de los servicios sanitarios como una actividad de libre mercado y, por lo tanto, no sometidos a regulación pública específica. Sin embargo, en los países en los que predomina esta visión de la protección sanitaria suele existir una regulación mínima sobre las condiciones para su ejercicio (v.gr., licencias profesionales), aunque la utilización de los servicios se basa en la ley de la oferta y la demanda. Además, suele coexistir una mínima contribución por parte de las autoridades públicas, la cual se limita a la atención de determinados grupos vulnerables de la población que por su edad o medios económicos quedarían sin acceso a una atención sanitaria adecuada, tratando de cubrir de esa forma los fallos del mercado.

En estos modelos, el usuario realiza directamente el pago al proveedor, sin intermediarios de ningún tipo o, frecuentemente, a través de compañías privadas de seguros.

Otra tipología de modelos

Existen otros sistemas sanitarios que no pueden encajarse entre los anteriores modelos bien porque presentan características mixtas que los desdibujan, o porque no tienen un

diseño ajustado a los patrones habituales de los referidos modelos.

Asimismo, es importante destacar que, en la mayoría de los casos, estos modelos tipológicos no se presentan de manera pura. Usualmente, alguno de esos esquemas predomina en un país, con la presencia de rasgos que caracterizan a otros modelos de protección sanitaria.

Pilar 2 **Seguros colectivos de salud de empresa**

En este pilar se ubican los mecanismos o seguros de salud que algunas empresas ofrecen a sus trabajadores, de manera complementaria a la cobertura obligatoria y como parte de los incentivos laborales. En ocasiones, los gobiernos estimulan la presencia de estos esquemas complementarios a través de la implementación de un régimen fiscal favorable.

Es importante señalar que, en ocasiones, los datos disponibles no permiten distinguir este pilar del correspondiente a la cobertura privada individual. Por ello, cuando ha sido posible en este estudio se ha dado una idea del volumen que representa respecto de los servicios sanitarios cubiertos a través de la cobertura privada individual.

Pilar 3 **Cobertura privada individual (voluntaria)**

En este pilar se incluyen los servicios prestados a través de compañías aseguradoras privadas, o bien directamente por los proveedores de servicios sanitarios. Usualmente, se trata de un pilar complementario a los servicios de salud que los usuarios obtienen a través de los pilares 1 y 2.

Pilar 4 **Mecanismos de apoyo social no gubernamental**

Finalmente, este pilar abarca los apoyos en materia de servicios de salud (usualmente básicos) que son brindados a grupos vulnerables de la población directamente por organizaciones no gubernamentales (ONGs), los cuales por lo general se prestan de forma complementaria y paralela a los sistemas institucionales de salud. Por ello, se trata de un pilar complementario que sale de la esfera de las políticas públicas y, por ende, ha quedado fuera del análisis en el presente estudio.

2. Análisis de modelos de salud en países seleccionados

2.1 Estados Unidos

El gasto sanitario total estadounidense en 2017 representó el 17,1% de su PIB (17% en 2016), 8,2 puntos porcentuales superior a la media de los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) del 8,9%¹. Este porcentaje muestra una tendencia creciente en el período 2007-2017 en el que aumentó 2,1 puntos porcentuales, en términos de PIB (véase Gráfica 2.1-a).

Las primas de seguros de salud, por su parte, representaron el 5,3% del PIB en 2017². Del análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud se infiere una clara tendencia ascendente, habiéndose incrementado en 1,4 puntos porcentuales respecto al PIB en el período 2007-2017 (véase Gráfica 2.1-a).

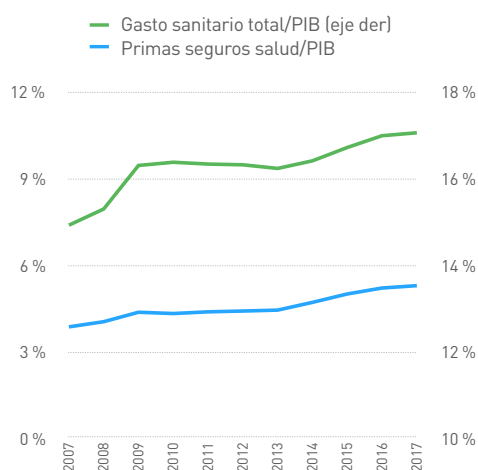
Esta evolución de los seguros de salud, especialmente a partir del año 2013, refleja en parte el impacto de la introducción de la

obligatoriedad de contratación de seguros privados por la reforma del “*Patient Protection and Affordable Care Act*” de 2010 (en adelante, ley ACA de 2010). El contenido de esta reforma se explica en la parte correspondiente al primer pilar del siguiente apartado (véase el Recuadro 2.1-a).

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.1-b y 2.1-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Estados Unidos en el mismo período. Se aprecia claramente el impulso dado por la reforma de 2010 a los seguros privados de salud y un crecimiento sostenido por encima del crecimiento del PIB y del gasto sanitario total.

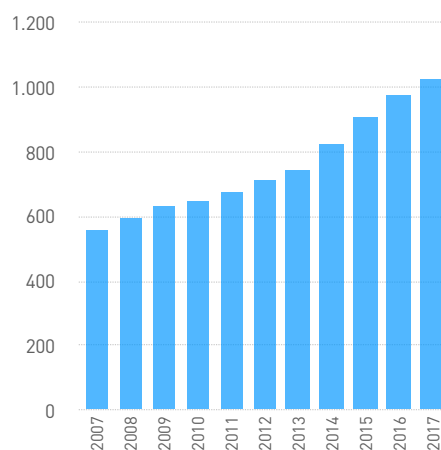
Asimismo, se aprecian crecimientos significativamente mayores de las primas de seguros de salud a los crecimientos del PIB nominal y a los del gasto sanitario total. En la última década

Gráfica 2.1-a
Estados Unidos: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, SNL, OEF, Haver Analytics)

Gráfica 2.1-b
Estados Unidos: primas de los seguros de salud, 2007-2017 (millardos de dólares)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, SNL, OEF, Haver Analytics)

Recuadro 2.1-a
Estados Unidos: "Afordable Care Act" (ACA)

Patient Protection and Afordable Care Act

La "*Patient Protection and Afordable Care Act*" es una ley aprobada el 23 de marzo de 2010 bajo el mandato del presidente Barack Obama, popularmente conocida como Obamacare, o bien referida por su acrónimo ACA. La normativa surge con el objetivo principal de facilitar el acceso de todos los ciudadanos estadounidenses a la cobertura de salud e incrementar el número de personas aseguradas. Para ello, la ley contempla numerosas medidas entre las que cabe destacar:

- **Mejoras inmediatas en la cobertura de atención médica para todos los estadounidenses.** Prohibición de rescisión unilateral de la cobertura de un afiliado, no imposición de requisito de costo compartido, cobertura de dependientes para personas hasta 26 años de edad o la regla 80/20, entre otras medidas.
- **Reforma del mercado de salud.** Prohíbe que los planes de salud discriminen o excluyan por condiciones preexistentes.
- **Establecimiento de planes de salud calificados.** Define un paquete de salud esencial que deben cumplir todos los planes de seguros.
- **Opciones de cobertura asequibles para todos los estadounidenses, mediante créditos fiscales de prima y reducciones de costos compartidos.** Los contribuyentes individuales cuyo ingreso familiar iguala o excede el 100%, pero no excede el 400%, de la línea de pobreza federal (según lo determina la Ley de Seguridad Social, SSA) pueden acceder a un crédito fiscal reembolsable por un porcentaje del costo de las primas para cobertura bajo un plan de salud calificado.
- **Crédito Tributario para Pequeñas Empresas.** Aquellas con menos de 25 empleados y cuyos salarios no excedan los 50.000 dólares anuales pueden tener un crédito tributario del 50%).
- **Mejora del acceso a Medicaid.** Para extender su cobertura, comenzando el calendario en 2014, a individuos menores de 65 años de

edad que no tienen derecho o están inscritos en Medicare y tienen ingresos iguales o inferiores al 133% de la línea de pobreza federal. Asimismo, concede a un estado la opción de ampliar la elegibilidad para Medicaid a dichas personas desde el 1 de abril de 2010, y ofrece que, entre 2014 y 2016, el gobierno federal pagará el 100% del costo de cobertura de las personas elegibles.

Los estados tienen la potestad y flexibilidad para establecer y administrar sus propios programas de Medicaid y determinar el tipo, cantidad, duración y alcance de los servicios dentro de las pautas federales generales. Aunque la legislación federal requiere que los estados brinden ciertos beneficios "obligatorios", permite a los estados la opción de cubrir otros beneficios "opcionales" conocidos como "Medicaid expanded". A partir del 1 de enero de 2017, un total de 31 estados y el Distrito de Columbia ha adoptado la expansión de Medicaid.

Una de las particularidades de esta ley era el "*individual mandate*", por el que los estadounidenses podían enfrentarse a una multa impositiva si no mantenían un seguro de salud calificado. Sin embargo, el 20 de diciembre de 2017 la pena impositiva asociada con el mandato individual quedó derogada. La derogación entrará en vigor a partir de 2019.

Un elemento importante que introduce la ley ACA es la creación del "*Health Insurance Market*", un espacio virtual donde encontrar seguros médicos calificados. En la mayoría de los estados, el *Marketplace* es www.healthcare.gov. Los planes de seguros se categorizan en oro, plata, bronce y platino, ordenados en función de las coberturas, primas, copagos y deducibles. Todos los planes de salud ofrecidos en el *Marketplace* deben ofrecer 10 servicios básicos: atención ambulatoria, servicios de emergencia, hospitalización, maternidad, salud mental, medicamentos con receta, servicios de rehabilitación, servicios de laboratorio, servicios preventivos y servicios pediátricos.

La regla del 80/20, obliga a las aseguradoras a emplear al menos entre el 80% y 85% de las primas en el cuidado de la salud. Si las compañías de seguros gastan menos, la

Recuadro 2.1-a (continuación)
Estados Unidos: "Afordable Care Act" (ACA)

diferencia se envía a los clientes para obtener un reembolso de parte de la prima pagada. La ACA exige a las aseguradoras que planean aumentar significativamente las primas del plan (más de un 10%), enviar sus tarifas al gobierno estatal o federal para su revisión.

La ACA pretendía garantizar el acceso a la salud a todos los estadounidenses, pero la cobertura sigue estando fragmentada por población, por estados, por numerosas fuentes privadas y públicas de financiación y un conglomerado de programas federales y estatales para personas de bajos ingresos. Si bien es cierto que ha conseguido uno de sus propósitos, pues la cobertura ha aumentado (los ciudadanos sin

seguro médico en 2016 suponen 25,5 millones frente a los 44,7 millones del 2006), no ha conseguido contener el gasto (véase la Tabla del recuadro).

Actualmente, se debate la posible derogación de esta ley y su declaración de inconstitucionalidad, demandada por 20 estados. De ser aprobados, los eventuales cambios y recortes presupuestarios en servicios y programas de salud podrían impactar especialmente en los estados y localidades que tienen una alta proporción de poblaciones bajo cobertura de Medicaid y Medicare.

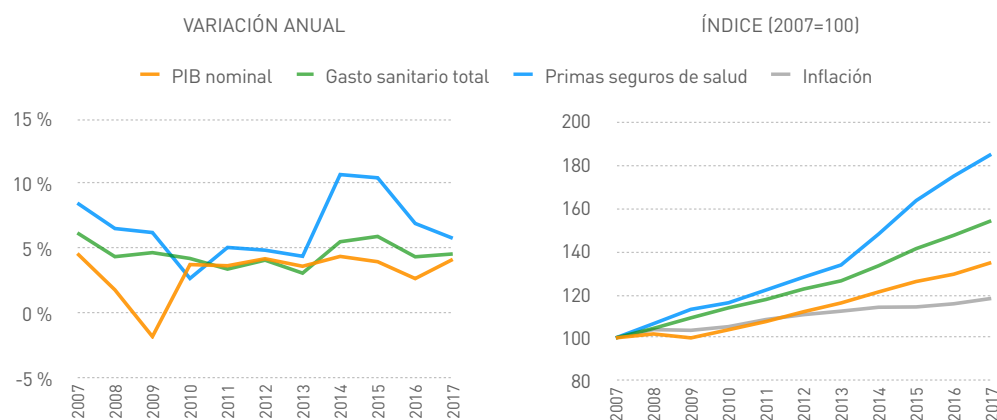
Estados Unidos: evolución del gasto del Medicaid y de la cobertura sanitaria

Año	Gastos Medicaid		Evolución inscritos en el Medicaid		Ciudadanos cubiertos por el Medicaid		Ciudadanos sin seguro médico		Ciudadanos sin seguro médico	
	(millardos USD)	Crecimiento	(millones)	Crecimiento	(millones)	Crecimiento	(millones)	Crecimiento	(% del total)	Crecimiento
2005	315,9	n.a.	46,3	n.a.	38,19	n.a.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
2006	315,1	-0,25 %	46,7	0,86 %	38,37	18,00 %	44,73	n.a.	17,1 %	n.a.
2007	332,2	5,43 %	46,4	-0,64 %	39,69	3,44 %	41,65	-6,88 %	16,6 %	-0,50 %
2008	351,9	5,93 %	47,7	2,80 %	42,83	7,91 %	41,31	-0,83 %	16,6 %	0,00 %
2009	378,6	7,59 %	50,9	6,71 %	47,85	11,72 %	44,77	8,39 %	17,3 %	0,70 %
2010	401,5	6,05 %	54,5	7,07 %	48,53	1,42 %	44,66	-0,26 %	17,7 %	0,40 %
2011	427,4	6,45 %	56,3	3,30 %	50,84	4,76 %	44,09	-1,28 %	17,3 %	-0,40 %
2012	431,2	0,89 %	58,9	4,62 %	50,90	0,12 %	44,28	0,44 %	17,0 %	-0,30 %
2013	455,6	5,66 %	59,8	1,53 %	54,92	7,90 %	43,42	-1,95 %	16,8 %	-0,20 %
2014	494,5	8,54 %	65,1	8,83 %	61,65	12,25 %	34,70	-20,08 %	13,5 %	-3,30 %
2015	549,1	11,04 %	70,0	7,53 %	62,38	1,18 %	28,53	-17,87 %	10,9 %	-2,60 %
2016	577,3	5,13 %	72,2	3,14 %	62,30	-0,12 %	25,53	-10,49 %	10,0 %	-0,90 %

Fuente: Statista (con datos de www.census.gov)

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Gráfica 2.1-c
Estados Unidos: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
 (tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, SNL, OEF, Haver Analytics)

las primas de seguros de salud crecieron un 84,9% frente a un crecimiento del PIB nominal del 34,8% en ese período y un crecimiento del gasto sanitario total del 54,2%.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El modelo sanitario estadounidense se encuadra en los modelos del tipo liberal, no existiendo una cobertura sanitaria pública de carácter universal. No obstante, existen algunos programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población. A continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual planteado en la primera parte del presente estudio.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

En el sistema sanitario de los Estados Unidos no existe una cobertura pública mínima asistencial propiamente dicha. Sin embargo, las urgencias graves de aquellas personas que no estén cubiertas por algún programa de salud deben ser atendidas por el hospital más cercano, público o privado, aunque no se disponga de seguro y no se pueda pagar en ese momento. Además, los hospitales públicos prestan tratamientos básicos en el hospital de

día a los pacientes sin seguro, sin exigir el pago previo. En cualquier caso, los proveedores de los servicios públicos o privados tienen derecho a exigir y perseguir posteriormente el pago correspondiente.

Es también de destacar que, para aquellos residentes legales en Estados Unidos que no cumplan con el requisito de residencia mínimo necesario para acceder a los programas de protección públicos, existen subsidios en el pago de primas de seguros de salud, si sus ingresos están por debajo del denominado umbral de pobreza federal³.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

El sistema sanitario público estadounidense está diseñado para dar cobertura a los sectores de la población más desprotegidos en función de su capacidad económica y de su edad, cubriendo a los ciudadanos y a los residentes legales que cumplan, además, ciertos requisitos mínimos de residencia (cinco años en la actualidad). Se trata de una cobertura amplia, a través de programas de salud que van más allá de la cobertura mínima asistencial.

Los programas de salud públicos más importantes, por el tamaño de los colectivos cubiertos, son los conocidos como Medicare,

Medicaid y CHIP (Children Health Insurance Program). Medicare y Medicaid tienen su origen en el año 1965, pero fueron objeto de una importante reforma en el año 2010, a través de ley ACA, que amplía considerablemente el ámbito de los colectivos bajo su cobertura.

Según los últimos datos disponibles (2016), el gasto sanitario derivado de la cobertura obligatoria podría estimarse en torno al 8,4% del PIB⁴, lo que da idea del peso de la cobertura pública de estos programas en el modelo sanitario de este país, que en la actualidad viene a cubrir en torno al 40% de la población⁵.

Las características básicas de los programas de protección pública sanitaria se exponen a continuación:

Medicare. Es un programa federal destinado a los mayores de 65 años y a los menores de 65 años con discapacidades específicas o con insuficiencia renal permanente. También cubre a extranjeros mayores de 65 años con residencia legal en los Estados Unidos, bajo ciertos requisitos de permanencia. Los beneficiarios de Medicare podrían tener derecho a un beneficio adicional por los gastos del plan de medicamentos recetados en Medicare, sujeto a una serie de condiciones en cuanto a los ingresos y el patrimonio del beneficiario.

Medicaid. Se trata de un programa que cubre la asistencia médica básica para ciertas personas y familias con bajos ingresos y recursos. Aunque la administración federal lo financia en su mayor parte, es gestionado por cada estado, que dispone de gran libertad para establecer las normas de acceso y cobertura, administrando sus propios programas. La Ley ACA de 2010, con efectos a partir de 2014, amplió la elegibilidad a todas las personas menores de 65 años de familias con ingresos por debajo del 133% del nivel de pobreza federal⁶. Además, amplía la elegibilidad a las personas menores de 65 años que no tienen otros factores de calificación, como ser menor de 18 años, discapacitado, embarazada o padres con hijos menores. Sin embargo, el Tribunal Supremo de los Estados Unidos anuló la potestad de la administración federal de penalizar a aquellos estados que no expandiesen el programa, convirtiéndolo en una opción al no tener consecuencias su incumplimiento. A

principios de 2018, dieciocho estados todavía no lo habían extendido.

CHIP (Children Health Insurance Program). Es un programa federal-estatal para ayudar a los niños de familias cuyos ingresos están por encima del límite para entrar en el ámbito de protección de Medicaid, pero no lo suficientemente altos como para permitirse contratar la cobertura de un seguro privado.

Aunque la financiación de este conjunto de programas es pública, la mayor parte de la prestación de los servicios se hace por proveedores privados, con la excepción significativa del personal militar activo, jubilados y sus familias. El Medicare es cofinanciado mediante impuestos y con contribuciones obligatorias del 2,9% del salario de los trabajadores, mitad a cargo del trabajador y mitad a cargo de la empresa⁷.

Además de la cobertura obligatoria a través de los programas referidos y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos.

Con ese fin, estableció una regulación específica destinada a permitir el acceso a esas personas a un seguro privado a un coste razonable, con la creación de un mercado electrónico para estos contratos y subsidios para el pago de las primas, para personas que estén dentro de umbrales de ingresos por encima de los límites que permiten acceder a Medicaid, pero por debajo de un mínimo determinado en función del nivel federal de pobreza (en la actualidad el 400%).

Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

La introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que

puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas, incluso para el sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

Asimismo, con el fin de incrementar su oferta y facilitar la contratación de este tipo de seguros, se negocian en una plataforma digital gestionada por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal, que también informan a los asegurados de las posibles ayudas a las que pueden acceder en función de sus circunstancias. Los contratos negociados en este mercado de seguros (denominado “*exchanges*”) están estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente). En caso de no contratarlo, se aplicarán sanciones. No obstante, existen ciertas exenciones a las sanciones, entre otras, en el caso de personas con sueldos bajos cuando el coste de la prima supere más del 8% de su ingreso anual.

El período para adherirse a un plan de seguros privado, en condiciones normales, se abre a principios del mes de noviembre de cada año, hasta el final de enero del año siguiente. Fuera de este período se puede contratar sin ser sancionados en casos excepcionales como la exclusión de un plan de salud empresarial.

Todos los actores en el sistema de salud, tanto públicos como privados, están sujetos a regulación a menudo de múltiples estados y de agencias no gubernamentales. El Departamento de Salud y Servicios Sociales (*Health and Human Services*, HHS), institución dependiente del gobierno y controlada por el Congreso de los Estados Unidos, es la encargada de proteger la salud y proporcionar servicios sociales esenciales a los ciudadanos estadounidenses que no disponen de medios para obtenerlos por ellos mismos. Las principales organizaciones reguladoras federales por debajo de este Departamento incluyen el CMS (*Center for Medicaid Services*), el CDC (*Center for Disease Control*) y la FDA (*Food and Drug Administration*).

Los organismos reguladores se componen, asimismo, de los departamentos de salud pública, las juntas de licencia de proveedores y los comisionados de seguros. Condados y ciudades locales también regulan la atención de la salud a través de sus departamentos de salud pública y servicios de salud.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

El ámbito de cobertura del sistema público de salud en los Estados Unidos abre un campo importante a su cobertura a través de planes de salud empresariales por parte del sector privado. La penetración de los seguros de salud (primas de salud/PIB) ascendió al 5,3% del PIB. La mayor parte de las pólizas de seguros de salud, en torno a un 56%, son seguros colectivos de tipo empresarial⁸.

Las empresas no han tenido tradicionalmente la obligación de ofrecer cobertura sanitaria a sus trabajadores, más allá del seguro de accidentes laborales. Sin embargo, la ley ACA de 2010 estableció la obligatoriedad para determinadas empresas, en función de su tamaño, de proporcionar un seguro médico a sus trabajadores. Hasta entonces, esas empresas solían ofrecerlo como parte de su retribución salarial, especialmente a los empleados más cualificados, o por resultar obligadas en virtud de una negociación colectiva con los trabajadores.

A diferencia de las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas de menos de 50 trabajadores no están obligadas a ofrecer cobertura sanitaria a sus trabajadores, más allá del seguro de accidentes laborales. En ocasiones también lo incorporan como parte del paquete retributivo del trabajador, aunque no es del todo habitual, dado el alto coste que supone para ellas. En estos casos, el trabajador suele hacerse cargo también de una parte del coste del seguro.

Con el fin de estimular a estas empresas, se han introducido algunas medidas como los créditos fiscales o la creación de un mercado electrónico de seguros de salud para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado “Small Business Health Options Plans”, SHOPS (véase el Recuadro 2.1-b).

Recuadro 2.1-b
Estados Unidos: SHOP Exchange

El Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas

Una de las medidas recogidas en la *Afordable Care Act* de 2010 es el establecimiento del Programa de Opciones de Salud para Pequeñas Empresas (conocido como SHOP Exchange). Este programa permite a los empresarios de pequeñas empresas (menos de 50 empleados) ofrecer distintos planes de seguros de salud para sus trabajadores en condiciones que resultan más ventajosas para ambos.

En este sentido, los empresarios tienen dos opciones para inscribirse: (i) a través de una compañía de seguros, sin usar HealthCare.gov, o (ii) a través de un agente o corredor registrado en el SHOP Exchange.

El empresario puede elegir entre 4 categorías de planes (bronce, plata, oro y platino) y dar al trabajador la opción de elegir entre varios emisores de un único plan. El empleado deberá pagar un porcentaje del coste del servicio médico que oscila entre el 40% para el plan bronce hasta el 10% en el platino. No obstante, en ciertos estados existe la posibilidad de acogerse a la denominada “*vertical choice*”, donde el empresario ofrece al trabajador la opción de elegir entre varias categorías, pero de un solo emisor (en 2018 son 29 los estados en los que se permiten esta opción).

Requisitos

Los requisitos que deben cumplirse para acceder a este mercado son los siguientes:

- En general, el seguro SHOP está disponible para empresarios con menos de 50 empleados con equivalencia a tiempo completo (aquellos que en promedio trabajan 30 horas semanales o más).
- Adicionalmente, si la empresa tiene menos de 25 empleados, puede solicitar el Crédito Tributario por Cuidado de la Salud para Pequeñas Empresas, y reducir de sus impuestos hasta el 50% del coste de las primas. Para ello, los empleados deben tener niveles de compensación anual promedio que no excedan los 50.000 dólares. Requiere,

además, la eliminación gradual de dicho crédito basado en el tamaño del empleador y la remuneración de los empleados.

- En muchos estados, al menos el 70% de los empleados a los que se les ofrece cobertura deben aceptar la oferta para que el empresario pueda participar en el programa SHOP Exchange y debe tener una oficina o lugar de trabajo dentro del estado.
- Las pequeñas empresas deben proporcionar cobertura a por lo menos un empleado de tiempo completo que no sea propietario, cónyuge o socio comercial.
- Las reglas estatales individuales para las tasas de participación en el programa SHOP requieren que los negocios cubran entre el 0 y el 75% de sus empleados de tiempo completo para calificar para la inscripción.

Ventajas

Las principales ventajas que ofrece participar en el SHOP Exchange son las siguientes:

- El empresario conoce y controla los pagos de las primas que tendrá que acometer por el seguro de salud que ofrece a sus empleados. Asimismo, puede ofrecer solo cobertura de salud, solo cobertura dental, o ambas. También puede elegir cuánto paga por las primas de sus empleados y si desea ofrecer cobertura a sus dependientes.
- Los negocios de SHOP en los estados de Alabama, Arizona, Georgia, Indiana, Kansas y Oklahoma pueden recibir generosos paquetes de asistencia para primas de sus estados. Por ejemplo, en Oklahoma una pequeña empresa podría recibir asistencia que cubra hasta el 60% de los costos de las primas, si la empresa cumple con los requisitos específicos del empleador y de los empleados.
- Los empleados se pueden adherir en cualquier momento al plan y no tienen periodo de carencia. Además, el poder de negociación de un colectivo supone que los empleados tengan acceso a una mejor cobertura que con su seguro individual

Recuadro 2.1-b (continuación)
Estados Unidos: SHOP Exchange

(eliminando restricciones, límites o condiciones preexistentes).

Obligaciones

La síntesis de las obligaciones del empresario que participa en el programa SHOP Exchange es la siguiente:

- Si el empresario se decide a ofrecer seguro médico a sus empleados, debe ofrecerlo a todos los empleados elegibles dentro de los 90 días de la fecha de inicio de su empleo.
- Los empresarios deben proporcionar a los empleados un formulario estándar de Resumen de Beneficios y Cobertura (SBC) que explique lo que cubre su plan de salud y su coste. El propósito del SBC es ayudar a los empleados a entender sus opciones de seguro médico.
- La ley de atención médica establece requerimientos de información sobre la cobertura médica proporcionada para empleadores con 50 o más empleados a tiempo completo. De acuerdo con la legislación federal, las pequeñas empresas no están obligadas a proporcionar beneficios del programa SHOP Exchange a los empleados a tiempo parcial.
- En 2011, 0,36 millones de pequeñas empresas utilizaron el Crédito Tributario por Cuidado de la Salud para Pequeñas Empresas para ayudarles a pagar el seguro de salud a 2 millones de trabajadores. Actualmente, en los Estados Unidos con 27,7 millones de pequeñas empresas operando en su territorio, ofrece a los agentes y corredores de SHOP una buena oportunidad de negocio para captarlas como clientes, lo que puede ayudar a incrementar el colectivo cubierto.

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Pilar 3 **Cobertura privada individual (voluntaria)**

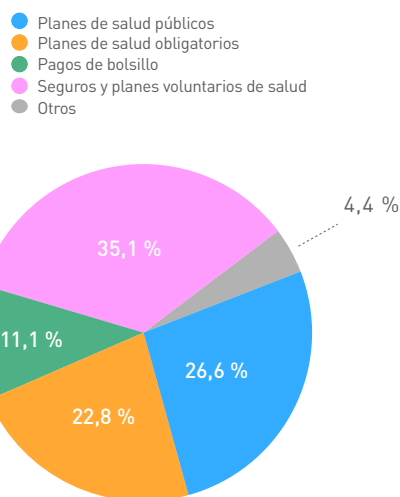
El gasto sanitario privado individual en los Estados Unidos es uno de los mayores del mundo. En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado, según datos de la OCDE, fue de 10.209 dólares por habitante (9.832 dólares en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible hasta la fecha (2015), en torno a 5.039 dólares (49,4%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 50,6% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 3.588 dólares⁹ por persona (35,1%). La cobertura a través de seguros privados individuales se situaría en torno al 40%. Los denominados gastos de bolsillo en salud se ubicarían en torno al 11,1% del gasto per cápita total, y el resto (4,4%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.1-d).

En torno al 79% del negocio de seguros privados de salud es suscrito por compañías

especializadas en esa línea de negocio. Del resto, en torno al 20% lo suscriben compañías de seguros de Vida y el 1% restante por compañías de seguros de No Vida (sin incluir en este ramo el negocio de salud, lo que en Estados Unidos se denomina "P&C").

Dentro de la cobertura privada de salud en Estados Unidos hay que destacar que existen fórmulas alternativas a los seguros privados en la forma de prestación de los servicios sanitarios, entre las que se encuentran los planes privados de salud, que pueden utilizarse con el fin de moderar el alto coste de los seguros privados de salud. Entre ellas cabe mencionar las "Health Maintenance Organizations" (HMOs), o las denominadas "Preferred Provider Organizations" (PPO's) con libertad de elección médica y copago por asistencia o prestaciones, con un cuadro médico definido y con un médico de cabecera actuando de "gatekeeper". Este tipo de instituciones suscriben planes de salud privados con los beneficiarios pero no están reguladas como las compañías aseguradoras.

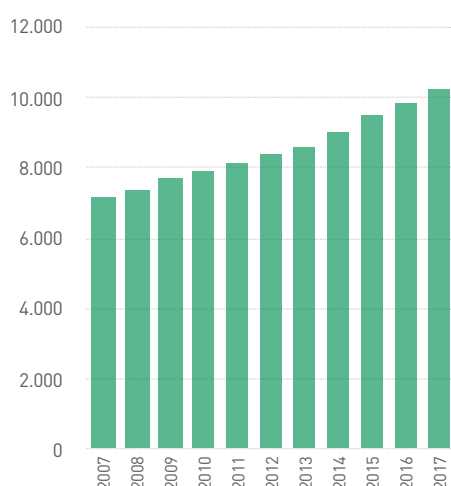
Gráfica 2.1-d
Estados Unidos: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OMS)

* Último dato disponible.

Gráfica 2.1-e
Estados Unidos: gasto sanitario por habitante,
2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en Estados Unidos en 2017 fue un 150,9% superior a la media de los países de la OCDE (10.209 dólares frente a 4.069 dólares¹⁰, respectivamente). La evolución del gasto per cápita en la última década disponible se muestra en las Gráficas 2.1-e y 2.1-f.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

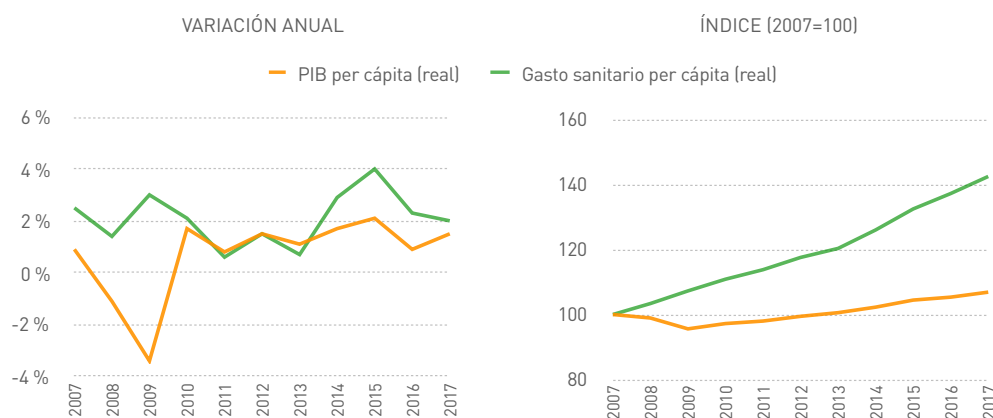
Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.1-g), en el año 2016 el número de médicos ejercientes en Estados Unidos era de 2,6 médicos por cada mil habitantes, un -24,1% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). Sin embargo, el número de enfermeros en 2016 era de 11,6 por cada mil habitantes, un 28,9% superior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Asimismo, el número de camas de hospital en 2015 era de 2,8 por cada mil habitantes, un -39,8% inferior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).

Por otro lado, como se ilustra en la Gráfica 2.1-h, en 2016 el número de equipos de imagen por resonancia magnética (MRI) en los Estados Unidos era de 36,7 por cada millón de habitantes, un 123,7% superior a la media de los países de la OCDE (16,4 por cada millón de habitantes), en tanto que el de equipos de tomografía axial computarizada (CT scanners) era de 41,8 por cada millón de habitantes, dato que es un 60,1% superior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, es bastante estable en Estados Unidos, situándose en torno 4 visitas por año. El último dato disponible es de 2011, que fue de 4 visitas por persona, de media, un -42,4% inferior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en ese período).

Gráfica 2.1-f
Estados Unidos: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

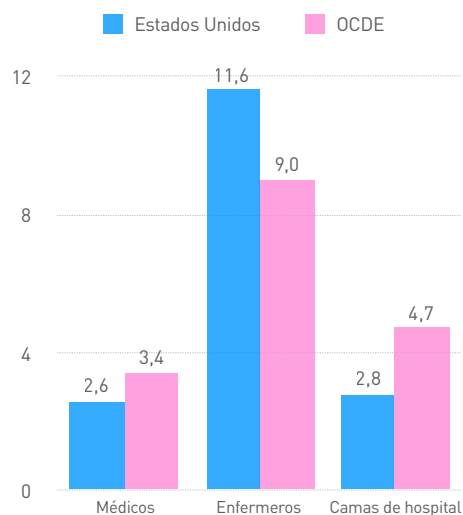
Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, era en Estados Unidos

de 78,6 años en 2016, según datos de la OCDE, 2,2 años inferior a la media de los países de esa organización (80,8 años).

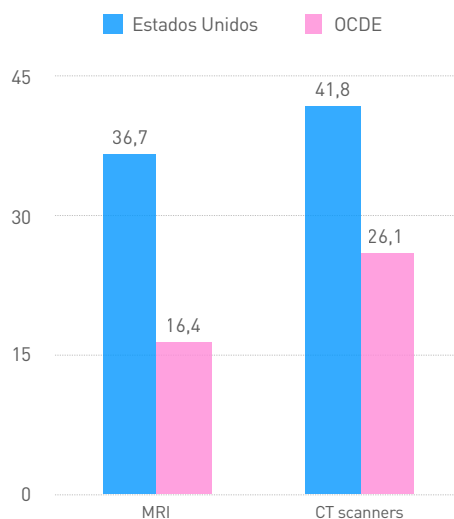
Por otro lado, el indicador de esperanza de vida saludable se estima en torno a 67,7 años,

Gráfica 2.1-g
Estados Unidos: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2015)

Gráfica 2.1-h
Estados Unidos: equipos MRI y CT scanners
 (número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * MRI (2016), CT scanners (2016)

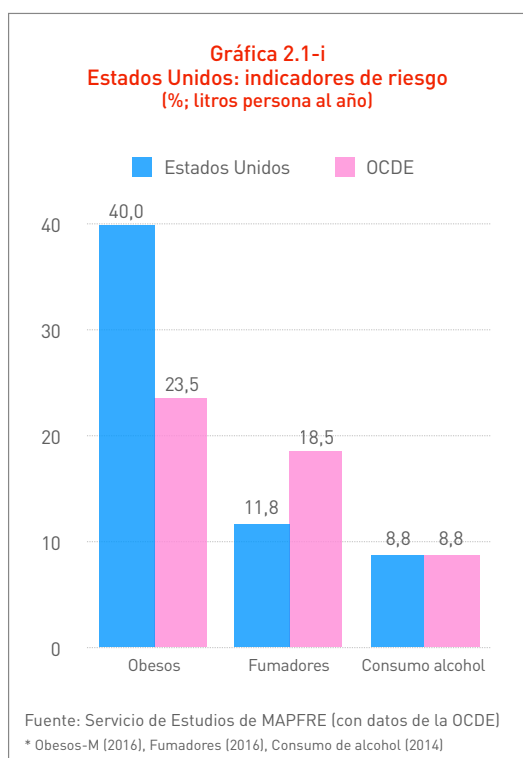
que contrasta con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón de 73,6 y 73,2 años, respectivamente, las mayores a nivel mundial.

Factores de riesgo para la salud

Promover estilos de vida saludables, incluyendo programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y contra el tabaquismo es percibido como un elemento esencial de prevención de enfermedades en cualquier sistema de salud¹¹.

De los tres factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud, el porcentaje de personas obesas en Estados Unidos basado en mediciones reales era del 40% en 2016 (último dato disponible), por encima en 16,5 puntos porcentuales de la media de los países de la OCDE que disponían de ese dato (23,5% en el período 2016).

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente en Estados Unidos era del 11,8 % en 2016, por debajo de la media de la OCDE en -6,7 puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016).



Por último, el consumo de alcohol en 2014 (último dato disponible) se situaba en 8,8 litros de consumo por persona y año, igualando la media de la OCDE.

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el porcentaje de muertes infantiles hasta los cuatro años de edad en los Estados Unidos ha caído de forma pronunciada y sostenida desde el año 1960, como se ilustra en la Gráfica 2.1-j.

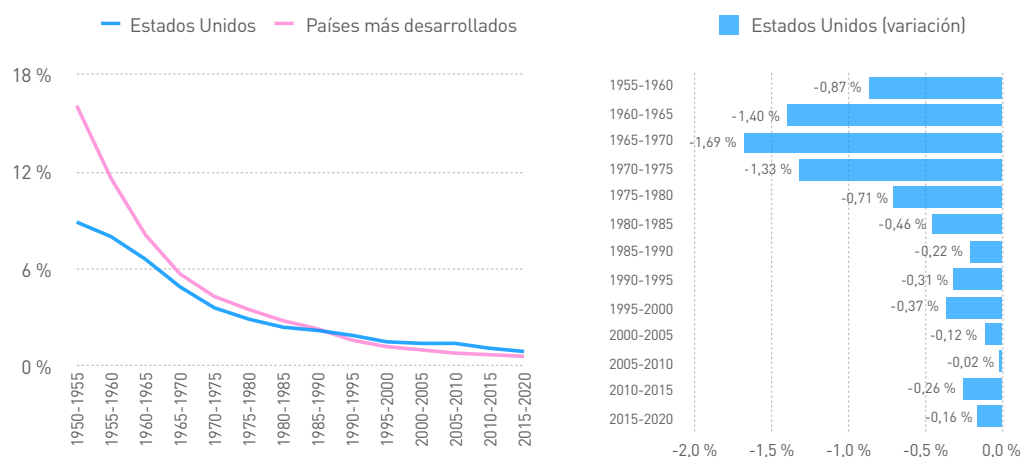
Conforme a esa información, desde 1950 las muertes de menores han descendido desde 8,9% del total de fallecimientos, a 1,1% para el período 2010-2015. Llama la atención el hecho de que a partir de la década de los noventa la mortalidad infantil de Estados Unidos supera a la de las regiones más desarrolladas a nivel mundial¹².

Otro de los indicadores ampliamente utilizado para valorar la calidad de los servicios sanitarios, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE, que se ilustran en la Gráfica 2.1-k, la tasa de fallecidos en 2014 en los treinta días siguientes a la hospitalización por la referida afección fue de 6,5 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un -12,6% inferior a la media de los países de la OCDE (7,5%).

Por otro lado, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 en los Estados Unidos fue del 64,9%, indicador que es un 2,1 puntos porcentuales superior a la media de los países de la OCDE (62,8%).

Por último, en cuanto al porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (las denominadas NCDs) entre los 30 y los 70 años, los Estados Unidos presentan un porcentaje del 14,6%, el cual es

Gráfica 2.1-j
Estados Unidos: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

superior en 1,9 puntos porcentuales a la media que registraron los países de la OCDE que fue del 12,7%¹³.

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

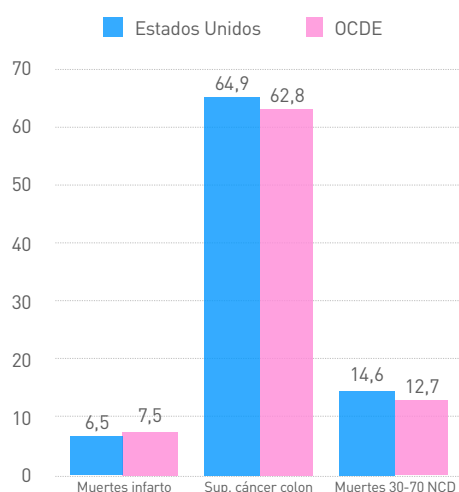
Las compañías de seguros desempeñan un papel relevante en el esquema sanitario de los Estados Unidos. Las cuotas de mercado de las diez mayores compañías en 2016 se muestran en la Tabla 2.1-a. Asimismo, en la Tabla 2.1-b se presentan las cuotas de mercado de los diez mayores grupos en ese año.

Como se desprende de esa información, las diez primeras compañías aseguradoras de salud en los Estados Unidos acaparan el 20,5% de las primas de seguros de salud y accidentes. Este porcentaje se eleva al 50,4% si se tiene en cuenta el volumen de primas a nivel de grupo.

Por su parte, la evolución de la siniestralidad, gastos y resultados técnicos de los seguros de salud, como porcentaje de las primas, se muestra en la Gráfica 2.1-l.

Dicha información muestra cómo a lo largo de la pasada década, si bien ha existido un resultado técnico positivo en la operación aseguradora ligada a los seguros de salud, dicho margen ha venido comprimiéndose de manera sostenida.

Gráfica 2.1-k
Estados Unidos: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)

* Muertes por infarto (2014), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Tabla 2.1-a
Estados Unidos: ranking de entidades
aseguradoras de Accidentes y Salud por volumen
de primas, 2017

	Entidades	Primas ganadas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	UNITEDHEALTHCARE	49.680,9	4,8 %
2	HEALTH CARE SERV CORP A MUT LEGAL RE	32.668,1	3,2 %
3	AETNA LIFE INS CO	28.279,6	2,7 %
4	HUMANA INS CO	22.963,4	2,2 %
5	BLUE CROSS CALIFORNIA	16.792,3	1,6 %
6	CIGNA HLTH & LIFE INS CO	14.400,1	1,4 %
7	CALIFORNIA PHYSICIANS' SERVICE	14.240,6	1,4 %
8	SIERRA HLTH & LIFE	13.316,5	1,3 %
9	BCBS OF FL	10.023,0	1,0 %
10	LOCAL INITIATIVE HEALTH AUTHORITY FO	8.764,3	0,9 %

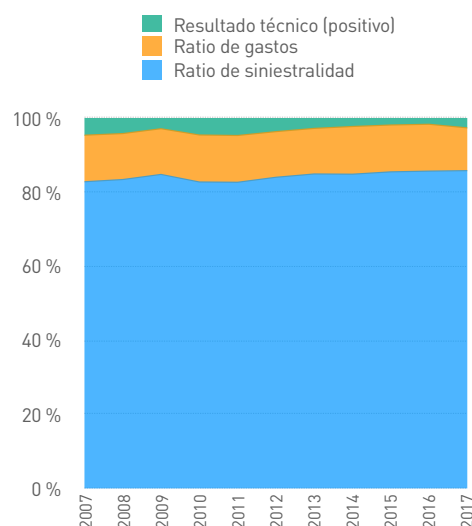
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, incluye datos de California DHMC)

Tabla 2.1-b
Estados Unidos: ranking de grupos
aseguradores de Accidentes y Salud por volumen
de primas, 2017

	Grupos	Primas ganadas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	UNITEDHEALTH	138.531,4	13,5 %
2	KAISER FOUNDATION	84.694,9	8,2 %
3	ANTHEM	64.461,0	6,3 %
4	HUMANA	53.473,8	5,2 %
5	AETNA	51.789,7	5,0 %
6	HCSC	34.179,4	3,3 %
7	CENTENE	29.627,0	2,9 %
8	CIGNA	25.326,7	2,5 %
9	MOLINA HELTHCARE	19.534,8	1,9 %
10	INDEPENDENCE	17.010,9	1,7 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, incluye datos de California DHMC)

Gráfica 2.1-l
Estados Unidos: ratios de eficiencia operativa
y en la suscripción, 2007-2017
(ratio combinado, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de SLN)

Breve referencia a otros proveedores de servicios

El sistema sanitario de los Estados Unidos se caracteriza por tener unas potentes asociaciones médicas y farmacéuticas con un gran poder de negociación a la hora de negociar los costes sanitarios con las compañías aseguradoras, lo que genera un alto coste por prestación.

Esta característica, tarde o temprano, termina trasladándose a los consumidores de los servicios sanitarios, lo que supone que el problema principal no sean las listas de espera sino el riesgo de falta de cobertura efectiva para aquellos sectores de la población que, no quedando cubiertos por los programas de protección públicos, no puedan permitirse pagar las primas de los seguros privados de salud.

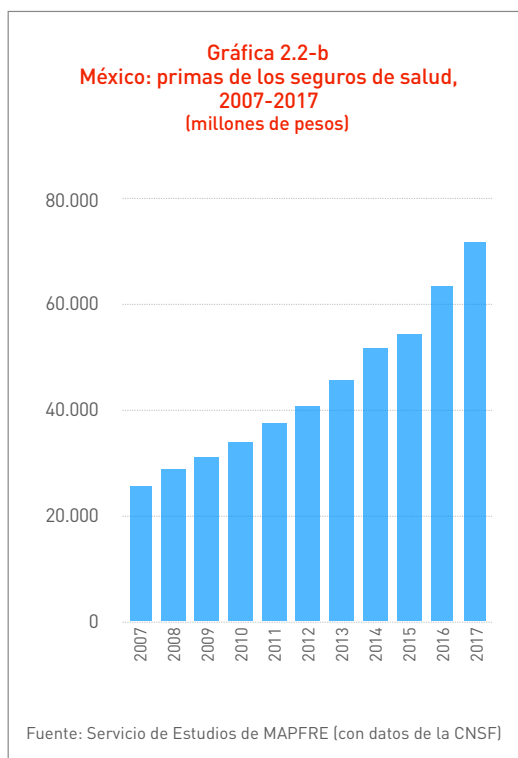
2.2 México

En México, el gasto sanitario total en 2017 representó el 5,4% de su PIB (5,5% en 2016), -3,5 puntos porcentuales inferior a la media de los países de la OCDE del 8,9%, según datos de esta institución¹⁴. Las primas de seguros de salud representaron el 0,3% del PIB en ese año (véase la Gráfica 2.2-a).

En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud en la última década se observa un ligero crecimiento desde el 0,22% del PIB en 2007 hasta el 0,33% en 2017. Por su parte, el porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB muestra una ligera tendencia decreciente en ese mismo período, con una disminución de -0,4 puntos porcentuales.

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.2-b y 2.2-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de México en el mismo período.

En general se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud a los crecimientos del PIB nominal. En el período 2007-2017, las primas de seguros de salud



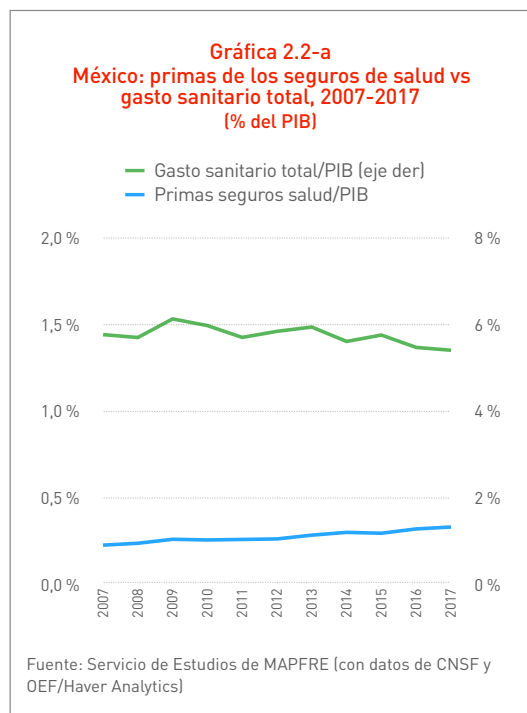
crecieron un 179,1% frente a un crecimiento del gasto sanitario total del 77,3% y un crecimiento del PIB del 89,6% en ese período.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

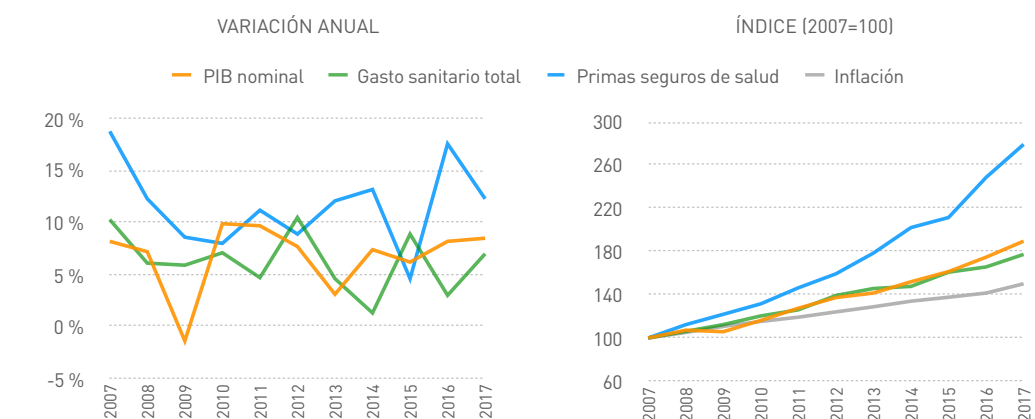
El sistema sanitario mexicano responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos tanto del sistema Beveridge como del de libre mercado. En este sistema pueden distinguirse tres grandes componentes: (i) las instituciones de seguridad social vinculadas a una relación laboral; (ii) los servicios de salud para la población no asegurada (Seguro Popular), y (iii) los servicios privados de salud, estos últimos los de mayor peso del sistema en la actualidad, individualmente considerados.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

El sistema de salud mexicano tradicionalmente ha estado asociado a la existencia de una relación laboral (modelo bismarkiano). Sin embargo, en el año 1983 se introdujo una reforma que estableció la salud como un derecho constitucional, desvinculándola de la situación laboral de los individuos, con el fin de que la



Gráfica 2.2-c
México: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
 (tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de CNSF, SNL, OEF, Haver Analytics)

población no asalariada no quedase fuera del sistema. Con anterioridad a esa reforma ya se habían creado programas como el IMSS-Coplamar a finales de los años setenta que ampliaba los beneficios a trabajadores del campo sin capacidad contributiva.

A pesar de estas medidas, a principios del siglo XXI seguían existiendo desequilibrios en el funcionamiento del sistema de salud que afectaban principalmente a la población más vulnerable. Como consecuencia, en 2003 se produjo una reforma significativa del sistema de salud con la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), conocido en su parte operativa como el Seguro Popular. Esta reforma entró en vigor a partir del primero de enero de 2004. El programa se caracteriza por ser un seguro público y voluntario que reduce el gasto de bolsillo y el riesgo de empobrecimiento de las familias en situación vulnerable por causa de gastos catastróficos. Se financia a través de contribuciones del gobierno federal y de los gobiernos estatales y, en pocos casos, mediante el pago de una cuota familiar o por derechohabiente.

El Seguro Popular ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: (i) el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES), y (ii) las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.

El total de intervenciones de salud del CAUSES de 2018 es de 294, las cuales incluyen de forma explícita y gratuita una cobertura de 1.807 enfermedades, así como 670 medicamentos, insumos y estudios asociados a los servicios. Los afiliados al Seguro Popular reciben servicios integrales de salud y los medicamentos que sean necesarios y que correspondan a los servicios contenidos en el CAUSES.

Adicionalmente, existe un programa denominado IMSS-Prospera (antiguo IMSS-Oportunidades, en el que tiene su origen). Este programa federal ofrece a las poblaciones marginadas de zonas rurales y urbanas un paquete básico gratuito de servicios de primer nivel de atención y de prevención en salud.

A partir de septiembre de 2014, el programa Oportunidades se transformó en Prospera Programa de Inclusión Social, cuyo objetivo es articular y coordinar la oferta institucional de programas y acciones de política social. El programa tiene presencia en 28 estados del país en los que brinda cobertura a 12,4 millones de personas residentes en 20.633 localidades pertenecientes a 1.505 municipios. IMSS-Prospera impulsa la participación activa de las comunidades beneficiarias para mejorar la salud en los entornos individual, familiar y colectivo.

El Seguro Popular es coordinado por el Gobierno Federal, a través de la Comisión Nacional de

Protección Social en Salud (CNPSS) y operado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS), con el apoyo de los Servicios Estatales de Salud.

Pilar 1

Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

Las principales instituciones que integran el sistema público obligatorio de salud mexicano se desarrollaron en la década de 1940 bajo un sistema de seguridad social financiado con las contribuciones de trabajadores, patrones y del gobierno (modelo bismarkiano). El seguro social cubre a los trabajadores asalariados del sector público y privado, a los pensionistas, y a sus familiares dependientes.

Las instituciones integrantes del sistema de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), para los trabajadores del gobierno federal, y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Además, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales), y algunos organ-

ismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes. Como referencia, las tasas de contribución para la financiación del sistema de seguridad social para los trabajadores del sector privado se muestran en la Tabla 2.2-a¹⁵.

De conformidad con la Ley del Seguro Social, la afiliación al IMSS comprende dos tipos de regímenes, el Obligatorio y el Voluntario. En el Régimen Obligatorio son afiliados aquellos que tienen una relación laboral subordinada y remunerada, lo que obliga al patrón a asegurarlos. En esta categoría se encontraba el 70,6% de los asegurados a diciembre de 2017.

El Régimen Voluntario, por su parte, es el resultado de una decisión individual o colectiva. A diciembre de 2017, pertenecían a este grupo el restante 29,4% de los asegurados del IMSS, y lo componen, entre otros, los afiliados al Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) y al Seguro Facultativo, los cuales concentran en conjunto el 91,9% de afiliados a este régimen. La menor afiliación se alcanza en los trabajadores domésticos, los patrones personas físicas, los trabajadores independientes y la incorporación voluntaria de trabajadores del campo que, en conjunto, participan con un 0,8% del aseguramiento voluntario¹⁶.

Tabla 2.2-a
México: esquema de financiación por tipo de seguro, diciembre 2017
(tasas de contribución, %)

Seguro	Base de cotización	Aportación			
		Patrón	Trabajador	Gobierno Federal	Total
Riesgos de Trabajo	SBC ¹	1,785 ²			1,785
Enfermedades y Maternidad					
Asegurados					
Prestaciones en especie					
Cuota fija	UMA ³	20,400		14,930 ⁴	34,866
Cuota excedente	Total del SBC menos 3 UMA	1,100	0,400		1,500
Prestaciones en dinero					
	SBC	0,700	0,250	0,050	1,000
Pensionados					
	SBC	1,050	0,375	0,075	1,500

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información del IMSS)

1/ SBC: Salario Base de Cotización

2/ La prima de este seguro depende de la siniestralidad de cada empresa. La vigencia de prima promedio ponderada corresponde al periodo marzo 2017-febrero 2018.

3/ UMA: Unidad de Medida y Actualización, cifra igual a 75,49 pesos en diciembre de 2017.

4/ La ley del Seguro Social estipula un pago diario por asegurado, el cual se actualiza de manera trimestral. Para diciembre de 2017, el monto fue de 11,27 pesos, lo que equivale a 14,93% de la UMA.

El Seguro de Salud para la Familia (SSFAM) constituye una alternativa de aseguramiento voluntario para la población que no cuenta con algún esquema de protección social, como son los trabajadores no asalariados y sus familiares. Su financiación contempla dos fuentes: (i) una cuota anual que pagan los asegurados que voluntariamente se incorporan, la cual se establece de acuerdo con el grupo de edad al que pertenezcan, y (ii) una aportación por familia que realiza el gobierno federal. En diciembre de 2013, el Congreso aprobó una reforma al artículo 242 de la Ley del Seguro Social, en la que se otorgó la facultad al Consejo Técnico del IMSS para determinar anualmente el importe de las cuotas a aplicar, conforme a los resultados de los estudios actuariales correspondientes.

En cuanto a los gastos originados por el aseguramiento de los estudiantes a través del Seguro Facultativo, el gobierno federal cubre en su totalidad el monto de las cuotas, que se determinan tomando como base el monto de la UMA (Unidad de Medida y Actualización) vigente en el momento de la inscripción, elevado al año. A este monto se le aplica un factor del 1,723%, multiplicado por el número de estudiantes asegurados.

Coberturas

La Ley del Seguro Social establece que el esquema de prestaciones del Régimen Obligatorio comprende todos los seguros

ofrecidos por el IMSS: (i) riesgos de trabajo; (ii) enfermedades y maternidad; (iii) invalidez y vida; (iv) retiro, cesantía en edad avanzada y vejez, y (v) guarderías y prestaciones sociales. El seguro de enfermedades y maternidad otorga prestaciones en especie y en dinero a trabajadores afiliados, pensionados y sus familiares, en caso de enfermedad no profesional o maternidad, como se describe en la Tabla 2.2-b.

Por otra parte, los afiliados al ISSSTE (empleados del gobierno federal y sus familias) y los pensionados y jubilados, cuentan con un conjunto de beneficios similares a los que ofrece el IMSS, si bien los porcentajes de cotización presentan diferencias respecto a las de los trabajadores del sector privado¹⁷. El seguro de salud incluye los componentes de atención médica preventiva, atención médica curativa, y de maternidad y rehabilitación física y mental. La atención médica curativa y de maternidad, así como la de rehabilitación dirigida a corregir la invalidez física y mental, comprenden los siguientes servicios: medicina familiar; medicina de especialidades; gerontológico y geriátrico; traumatología y urgencias; oncológico; quirúrgico, y extensión hospitalaria.

Por normativa, los servicios médicos que tiene encomendados el ISSSTE en seguros de salud y de riesgos del trabajo, los presta directamente o por medio de convenios que celebre con quienes presten dichos servicios, de conformidad con el reglamento respectivo. Los

Tabla 2.2-b
México: esquema de financiación por tipo de seguro, diciembre 2017
(tasas de contribución, %)

Tipo de prestación	Artículos de la Ley del Seguro Social	Concepto	Descripción
En especie	91, 92, 93, 94	Asistencia médica, quirúrgica, farmacéutica y hospitalaria	En caso de enfermedad no profesional se otorga asistencia al asegurado, pensionado y sus beneficiarios. En maternidad, se entregan las prestaciones siguientes: (i) asistencia obstétrica; (ii) ayuda en especie por 6 meses para lactancia, y (iii) una canastilla al nacer el hijo.
Prestaciones en dinero	96, 97, 98, 100, 101, 104	Subsidios	Subsidio en dinero de 60% del Salario Base de Cotización al asegurado por enfermedad incapacitante para el trabajo, pagado a partir del 4º día de inicio de la enfermedad hasta por el término de 52 semanas, con prórroga de hasta 26 semanas más. En embarazo, subsidio de 100% del último salario, 42 días antes y 42 días después del parto. Ayuda de gastos de funeral, consistente en 2 meses de salario mínimo general que rija en la Ciudad de México en la fecha del fallecimiento.

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información del IMSS)

convenios se celebran preferentemente con instituciones públicas del sector salud.

Los asegurados de los organismos descentralizados y fuerzas armadas (como Pemex, Secretaría de la Defensa Nacional y Secretaría de Marina) cuentan con beneficios parecidos a los del IMSS e ISSSTE, con atención médica, quirúrgica y hospitalaria de primero, segundo y tercer niveles; cobertura farmacéutica y de rehabilitación, y seguro por riesgos de trabajo.

Las instituciones públicas de salud pueden prescribir los medicamentos que se encuentren en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y en el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel, de acuerdo con sus políticas, necesidades y particularidades y entregar al usuario como parte de los contenidos de la atención. El Consejo de Salubridad General es el encargado de elaborar, actualizar, publicar y difundir ambos catálogos. En el caso de que la atención no se encuentre cubierta por el Catálogo institucional, es el paciente quien cubre la totalidad del costo del medicamento. Cada institución se reserva el derecho de decidir respecto a la compra de los insumos contenidos en el Cuadro Básico y Catálogo en función de lo que dispongan sus políticas institucionales, el impacto y disponibilidad financieros correspondientes.

En cuanto al sistema institucional y marco regulatorio el Sistema Nacional de Salud en México, se encuentra regulado por un conjunto de leyes de orden federal y por reglamentaciones propias de cada una de las 32 entidades federativas que conforman el país. Tal como lo define la Ley General de Salud, “el Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones”.

La institución rectora del sistema es la Secretaría de Salud, la cual elabora las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), que son regulaciones técnicas de observancia obligatoria expedidas por las dependencias competentes. Las NOM en materia de Prevención y Promoción de la Salud, una vez aprobadas por el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Preven-

ción y Control de Enfermedades (CCNNPCE), son expedidas y publicadas en el Diario Oficial de la Federación.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

El gasto en salud por parte del subsistema de salud privado en México representó un 2,6% del PIB en 2017. En el sector privado están incluidos aquellos que por su condición laboral no cuentan con acceso a la seguridad social (autoempleados, trabajadores asalariados informales, desempleados), no están inscritos en el Seguro Popular, no reciben atención en los servicios públicos de salud y en los sistemas de salud estatales, o que no son beneficiarios del programa IMSS-Prospera.

Las empresas aseguradoras privadas fueron responsables del 6,1% del gasto total en salud de 2017, en concepto de pago de primas. Los seguros colectivos representan en torno a la mitad de las primas de seguros de salud.

Se pueden distinguir dos tipos de coberturas: (i) el seguro de gastos médicos mayores, y (ii) el seguro de salud suscrito con Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Estas últimas son entidades aseguradoras especializadas autorizadas para operar el ramo de salud. Tienen la facultad de vender seguros privados y el objetivo debe ser siempre el prevenir o restaurar la salud del asegurado de forma directa y con recursos propios, combinación de ambos, o mediante acciones que se realicen en su beneficio.

Las primas del seguro de gastos médicos ascendieron a 67.830 millones de pesos en 2017, de las cuales la mitad correspondieron a los seguros colectivos y la otra mitad a los seguros individuales. Por otra parte, el seguro de salud ingresó 3.518 millones de pesos en primas en el mismo ejercicio. En conjunto, el gasto privado en seguros de salud ascendió en 2017 a 71.348 millones de pesos¹⁸.

El origen de las ISES está en las sociedades u organizaciones conocidas como entidades administradoras de medicina prepagada y su regulación se llevó a cabo mediante la reforma de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros (LGISMS), en diciembre de 1999, sin que hasta la fecha hayan alcanzado gran participación en el mercado. Al tratarse de

instituciones de seguros, su funcionamiento y operación se rige fundamentalmente por lo previsto en la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, así como en la Ley General de Salud y las NOM.

Las pólizas de gastos médicos, por su parte, cubren los gastos efectuados por el asegurado a consecuencia de una enfermedad o accidente previsto en el contrato. La nueva Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, que entró en vigor el 4 de abril de 2015, autoriza a los seguros de gastos médicos mayores a dar servicios que antes solo ofrecían las ISES, pudiendo financiar tratamientos o protocolos preventivos que eviten que las personas puedan llegar a tener enfermedades graves. En diciembre de 2017 había 29 entidades aseguradoras que operaban en este ramo. Se trata de un mercado muy concentrado, donde las cuatro primeras compañías acumulan el 71,8% de las primas.

Pilar 3 Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, el gasto estimado en 2017 fue de 1.034 USD por habitante (1.020 USD en 2016), según datos de la OCDE. De ellos, aplicando la última distribución disponible hasta la fecha de 2015¹⁹, en torno a 540 USD (52,2%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema público. Del 47,8% restante, el gasto en primas de seguros y planes voluntarios de salud estaría en torno a 51 USD por persona (4,9%). Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno a 428 USD (41,4%) del gasto per cápita total y el resto a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.2-d).

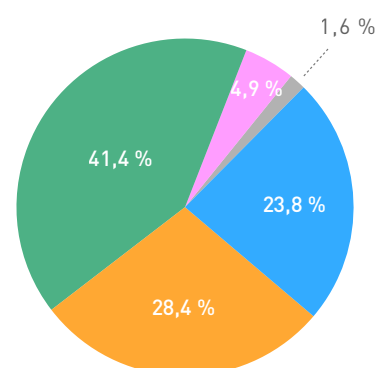
Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en México en 2017 fue un -74,6% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (1.034 USD frente a 4.069 USD). De ellos, 533 USD (52%) correspondieron al gasto medio per cápita en el sistema público, un 83% inferior a la media de los países de la OCDE (3.073 USD). La evolución del gasto per cápita en los últimos años, y su comparación con la evolución del PIB, se muestra en las Gráficas 2.2-e y 2.2-f.

Gráfica 2.2-d
México: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)

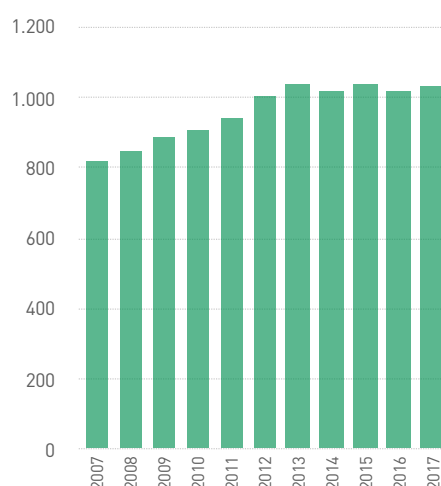
- Planes de salud públicos
- Planes de salud privados obligatorios
- Pagos de bolsillo
- Seguros voluntarios de salud
- Otros



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

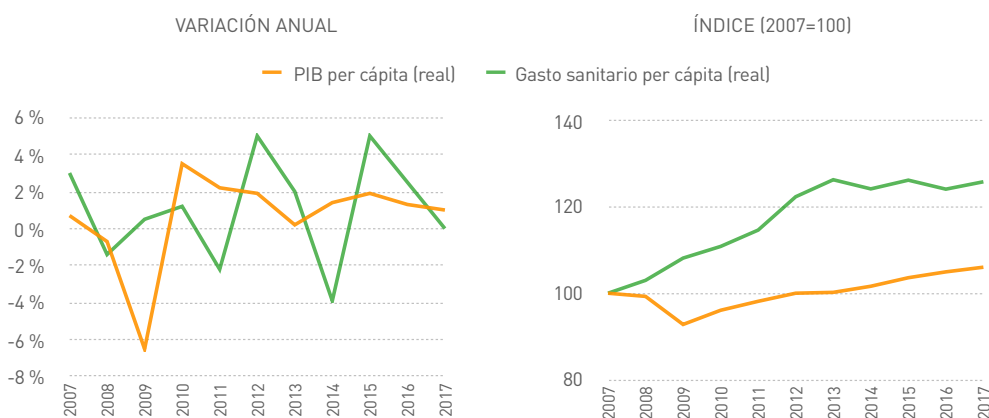
* Último dato disponible.

Gráfica 2.2-e
México: gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Gráfica 2.2-f
México: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OCDE que se ilustran en la Gráfica 2.2-g, en 2016 (último disponible) el número de médicos ejercientes en México era de 2,4 médicos por cada mil habitantes, un -30,6% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). En cuanto al número de enfermeros ascendía a 2,9 por cada mil habitantes, un -67,9% inferior a la media de los países de la OCDE (9,0 enfermeros por cada mil habitantes). Por otro lado, el número de camas de hospital en 2016 era de 1,5 por cada mil habitantes, un -67,3% inferior a la media de los países de la OCDE en esa fecha (4,7 camas por cada mil habitantes).

Como se ilustra en la Gráfica 2.2-h, el número de equipos de imagen por resonancia magnética en 2016 era de 2,6 por cada millón de habitantes, un -84,3% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (16,4 por cada millón de habitantes), y el de equipos de tomografía axial computarizada era de 6,1 por cada millón de habitantes, un -76,6% inferior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

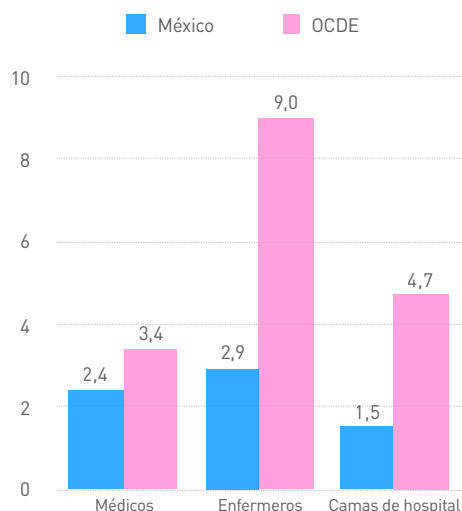
Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas,

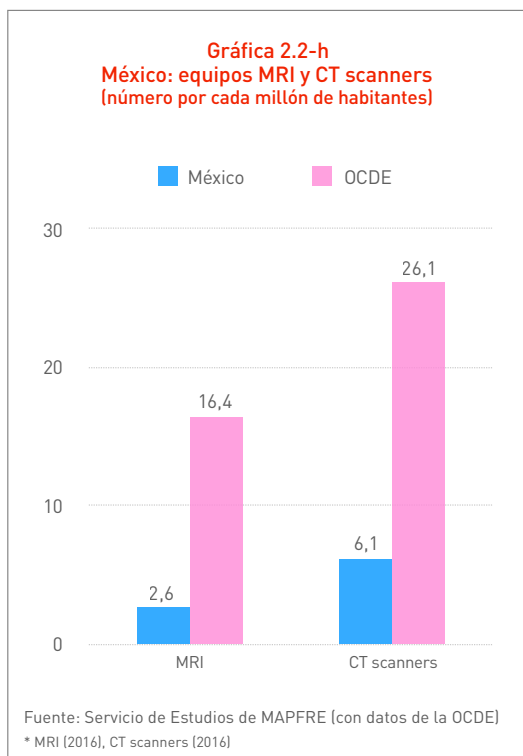
ascendió en 2016 a 2,9 visitas por año un -58,2% inferior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2014-2015).

Respecto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016, fue de 46,2 por

Gráfica 2.2-g
México: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2016)



cada mil habitantes, un -70,5% inferior a la media de la OCDE²⁰ (156 altas anuales en ese período). La estancia media en el hospital, por su parte, se situó en 3,8 días, un -53,2% inferior a la media de la OCDE (8,1 días).

Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, era de 75,4 años en 2017 en México, 5,4 años inferior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otra parte, la esperanza de vida saludable en México se estima en torno a 67,1 años, lo que contrasta con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón de 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)²¹.

Factores de riesgo para la salud

De los factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.2-i), el porcentaje de personas obesas en 2016 en México era del 33,3%, superior a la

media de la OCDE en 9,8 puntos porcentuales (23,5% en el período 2015-2016).

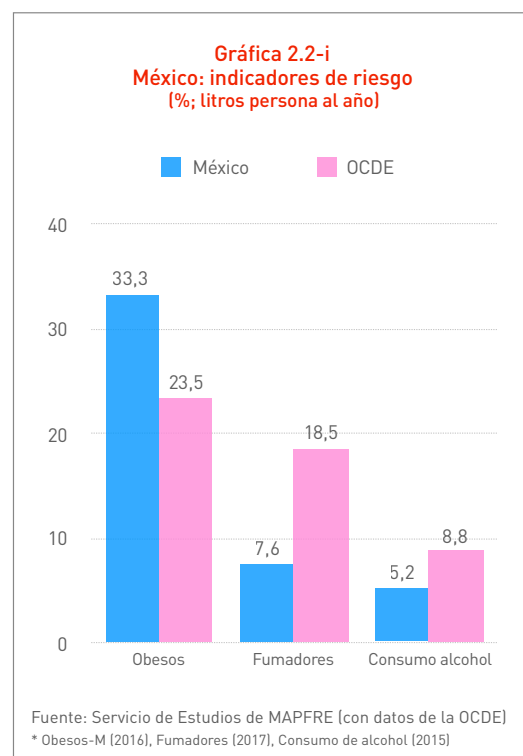
En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 7,6% en 2017, inferior a la media de la OCDE en -10,9 puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016).

Por último, el consumo de alcohol en el año 2015 se situaba en 5,2 litros de consumo por persona y año, un -40,8% inferior a la media de la OCDE (8,8 litros).

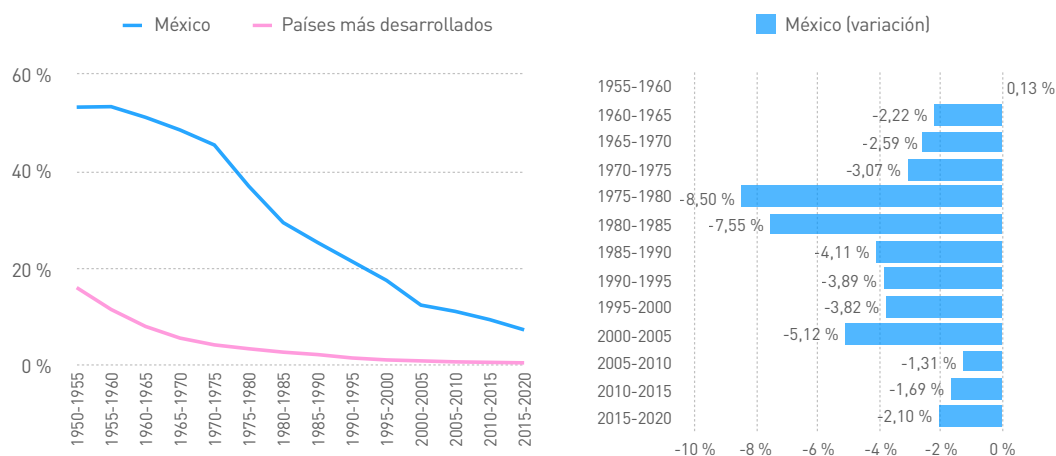
Indicadores de calidad en la atención sanitaria

Como se ha indicado antes, la mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el porcentaje de muertes de menores de cinco años de edad ha caído de



Gráfica 2.2-j
México: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

forma pronunciada y sostenida desde el año 1950. En el caso de México, la caída ha sido muy pronunciada, al partir de un porcentaje sustancialmente superior al de las regiones más desarrolladas (véase la Gráfica 2.2-j). Sin embargo, en la actualidad se encuentra aún significativamente por encima de la media de esas regiones (7,4% en México frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)²². Destaca también el hecho de que, tras una notable caída de la mortalidad infantil en el período 2000-2005, el ritmo de decrecimiento posterior se redujo significativamente.

Otro de los indicadores ampliamente utilizados, relacionados con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.2-k), la tasa de fallecidos en 2015 en México en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 28,1 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un 277,2% superior a la media de los países de la OCDE (7,5).

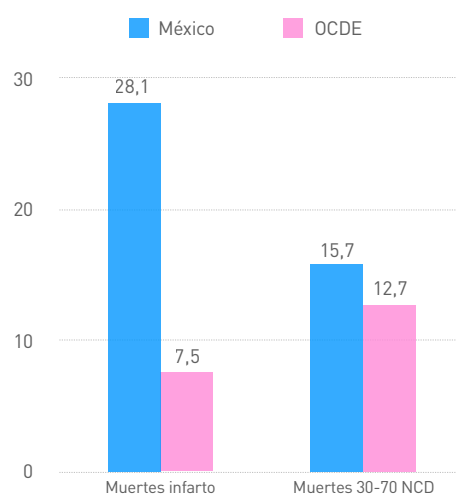
Por otra parte, en cuanto al porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los 30 y los 70 años en 2016, México presenta un porcentaje del 15,7%, superior en 3 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%²³.

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las mayores entidades aseguradoras en el negocio de seguros de gastos médicos y salud en 2017 se muestran en la Tabla 2.2-c.

Gráfica 2.2-k
México: mortalidad por infarto y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)
 * Muertes por infarto (2015), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Asimismo, la evolución en la última década de la siniestralidad, gastos y rentabilidad técnica de los seguros de salud, como porcentaje de las primas (ratio combinado), se ilustra en la Gráfica 2.2-l.

Breve referencia a otros proveedores de servicios

En general, los servicios sanitarios a los beneficiarios del sistema público de la seguridad social se prestan de manera directa en sus establecimientos y con personal propios.

Por otra parte, según el último censo económico publicado por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, en 2013 el sub-sistema privado de atención de la salud estaba compuesto por 228.137 unidades económicas prestadoras de servicios personales y productoras de bienes para la salud. En este sub-sistema participan también 29 empresas aseguradoras privadas que ofrecen pólizas de gastos médicos mayores y nueve ISES.

De este conjunto de unidades económicas, el 84% está conformado por tres ramas: 81.279 farmacias comunitarias (36%), 59.528 consultorios médicos (26%) y 50.727 consultorios

dentales (22%). Los 2.960 hospitales (entre generales y de otras especialidades) representan 1% del total de las unidades.

Los ambulatorios privados en México se pueden clasificar en consultorios médicos independientes (CMI) y en consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF), estos últimos vinculados a cadenas de farmacias. La expansión de los CAF se produjo a partir de 2010, fecha en la que entró en vigor el acuerdo que regula la venta y prescripción de antibióticos, que sólo se pueden otorgar con receta médica, como una forma para mitigar el impacto económico que tendría para las farmacias dicho acuerdo.

A fin de asegurar el cumplimiento del acuerdo, así como brindar una mejor atención médica a la población, las instituciones sanitarias se encargan de regular este tipo de establecimientos y que cada consulta médica adopte el protocolo clínico que garantice la existencia de un diagnóstico médico cumpliendo con la normativa vigente.

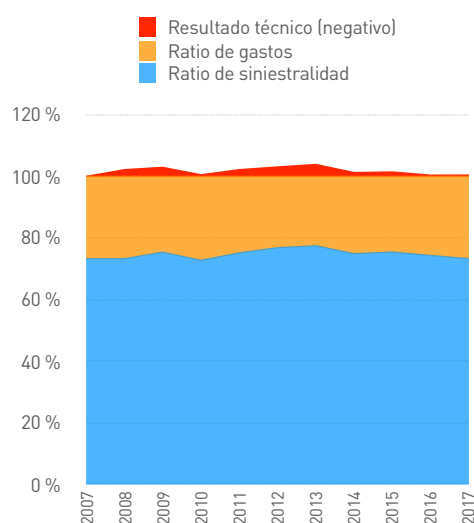
Aunque no hay estudios formales sobre la infraestructura y personal que trabaja en estos consultorios, los datos más recientes presenta-

Tabla 2.2-c
México: ranking de entidades aseguradoras de Salud (gastos médicos) por volumen de primas, 2017

	Entidades	Primas emitidas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	GRUPO NACIONAL PROVINCIAL	904,3	24,0 %
2	AXA SEGUROS	660,4	17,5 %
3	METLIFE MÉXICO	587,0	15,6 %
4	SEGUROS MONTERREY NEW YORK LIFE	429,4	11,4 %
5	SEGUROS INBURSA	184,5	4,9 %
6	SEGUROS BANORTE	146,5	3,9 %
7	SEGUROS ATLAS	133,0	3,5 %
8	BUPA MÉXICO, COMPAÑÍA DE SEGUROS	112,2	3,0 %
9	ALLIANZ MÉXICO	104,9	2,8 %
10	MAPFRE TEPEYAC	91,9	2,4 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de CNSF)

Gráfica 2.2-l
México: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2007-2017 (ratio combinado, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de CNSF)

dos por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) señalan la existencia de 16.000 consultorios médicos en farmacias privadas en 2016. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, el sector privado atendió el 38,9% de las consultas ambulatorias. Entre el 28,4 y el 36,6% de los afiliados a los seguros públicos hicieron uso de los servicios ambulatorios del sector privado, y aproximadamente una tercera parte de estos lo hicieron en los consultorios de farmacias.

Las unidades hospitalarias son en su gran mayoría pequeñas. Hay sólo 94 hospitales de más de 50 camas. En los últimos años se está produciendo una disminución de los hospitales más pequeños debido a su menor rentabilidad frente a los grandes. Como ejemplo, hay ocho grupos hospitalarios que atienden el 52,2% de los gastos hospitalarios pagados por las empresas aseguradoras.

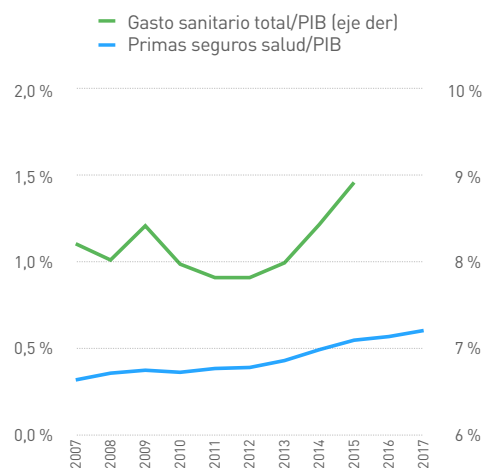
Respecto a la industria farmacéutica, esta pertenece prácticamente en su totalidad al sub-sistema privado de atención de la salud, y se compone de empresas nacionales e internacionales. Depende en su mayor parte de las ventas al sub-sistema privado, representando en torno al 70% de su importe.

2.3 Brasil

Según el último dato disponible de la OMS, el gasto sanitario total en Brasil en 2015 (último dato disponible) representó el 8,9% de su PIB (8,4% en 2014), en la media de los países de la OCDE en ese año (del 8,9%)²⁴. El porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB, por su parte, experimentó un crecimiento sustancial entre los años 2013 a 2015 (último disponible) de 0,9 puntos porcentuales, alcanzando en 2015 el máximo del período 2006-2015 (véase la Gráfica 2.3-a).

Las primas de seguros de salud representaron el 0,5% del PIB en 2015, aumentando hasta el 0,6% en 2017. En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud en Brasil se observa que el porcentaje de las primas respecto al PIB en la última década ha oscilado en una horquilla entre el 0,3% y el 0,6%²⁵ (véase la Gráfica 2.3-b).

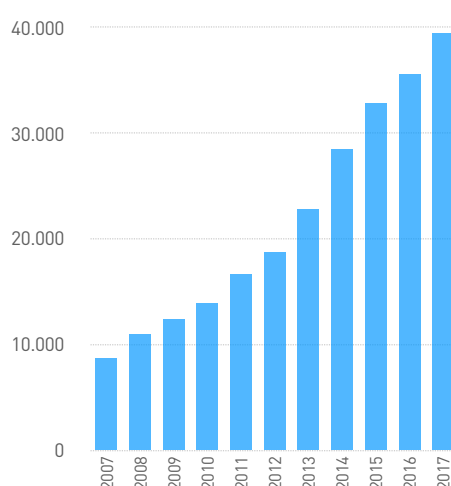
Gráfica 2.3-a
Brasil: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



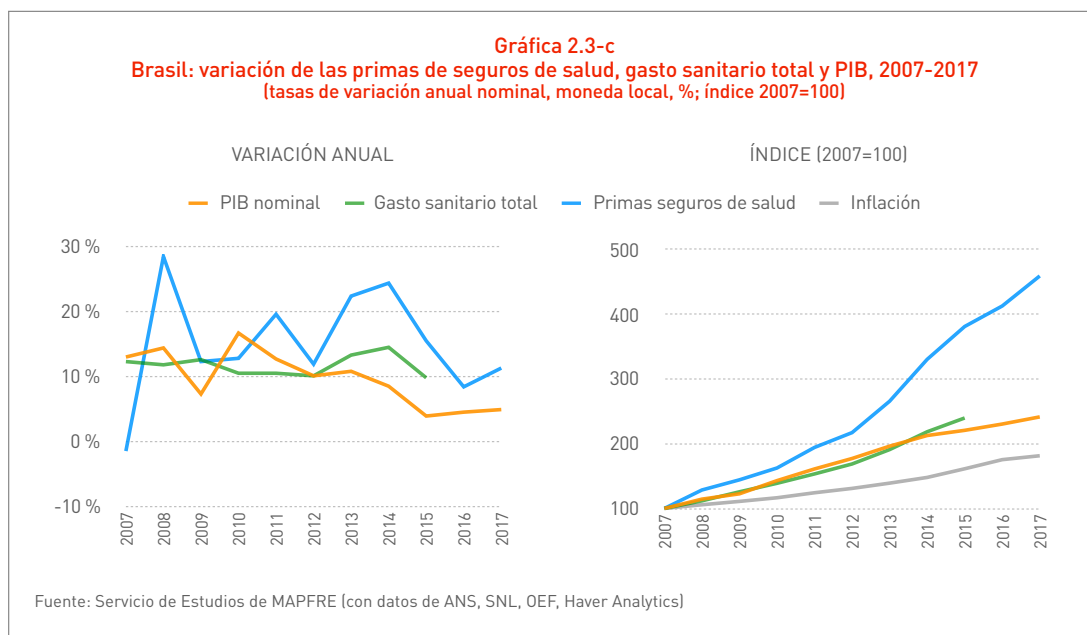
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ANS y OEF/Haver Analytics)

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en la Gráfica 2.3-c, junto con una

Gráfica 2.3-b
Brasil: primas de los seguros de salud,
2007-2017
(millones de reales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ANS)



comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Brasil.

En general se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud respecto a los crecimientos del PIB nominal. Así, en el período 2007-2017, las primas de seguros de salud crecieron un 358,5% frente a un crecimiento del PIB nominal del 141,2%.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El sistema sanitario brasileño actual responde al denominado modelo Beveridge. No obstante, a pesar de existir una cobertura pública gratuita universal, el peso del sector privado es significativo, a través de la denominada cobertura de salud suplementaria.

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud en Brasil, a continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual planteado en este informe.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

En Brasil no existen unas prestaciones mínimas de salud limitadas en su alcance para los ciudadanos brasileños ni para los extranjeros

con o sin residencia permanente, los cuales también pueden requerir la tarjeta que da acceso al Servicio Nacional de Salud, quedando bajo la cobertura pública universal (Sistema Único de Salud)²⁶. Por tanto, este pilar básico carece de contenido al quedar la totalidad de su población cubierta bajo el primer pilar que se describe a continuación.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

La actual configuración del sistema público de salud brasileño es fruto del proceso de una transformación estructural de finales de la década de los ochenta, cuando pasó de seguir un modelo de seguro social (que cubría solamente a las personas con un contrato de trabajo) a un modelo de servicio nacional de salud, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), de acceso universal y financiado con recursos fiscales.

El SUS fue creado en 1988 a raíz de la inclusión en la Constitución del derecho de asistencia integral y gratuita para toda la población, y se desarrolló en 1990 a través de la Ley Orgánica de la Salud. El sistema abarca desde la atención ambulatoria hasta las intervenciones quirúrgicas de alto coste. El SUS promueve también acciones preventivas, de vigilancia sanitaria (como la vigilancia de alimentos y

medicamentos), y de regulación del sistema de salud público y privado.

El sistema es administrado por los gobiernos descentralizados federales, estatales y municipales, los cuales deben administrar las prestaciones a través de las redes de clínicas, hospitales y establecimientos tanto públicos como privados, estos últimos mediante contratos y convenios.

También participan en las prestaciones otros establecimientos públicos como los Hospitales Universitarios (dependientes del Ministerio de Educación) y los de las Fuerzas Armadas. El SUS es el coordinador del sector público y el responsable de los convenios o contratos con los establecimientos privados.

El sistema brasileño es un ejemplo para la región en lo que se refiere a la articulación entre el sistema público y privado. El SUS se vale de las instituciones privadas para garantizar la oferta en aquellas regiones donde el servicio público es insuficiente.

La prestación del servicio se hace mediante entrada en la atención primaria, donde se hace la primera evaluación o tratamiento, y de ser necesario se remite posteriormente a los servicios especializados o de mayor complejidad. Si el municipio no cuenta con el servicio que el usuario requiere, este es dirigido a otra localidad donde exista, mediante un proceso que está pactado entre los municipios.

Con el apoyo técnico y financiero de los niveles estatal y federal, cada municipio se encarga de proveer atención a su población o de referir a los usuarios a otros municipios.

Aunque toda la población tiene derecho al servicio, se estima que solo el 28,6% de la población es usuaria exclusiva del SUS y el 61,5% son usuarios no exclusivos. Es decir, el 90% de la población es usuaria del SUS, según las cifras del *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*.

El SUS se financia con impuestos y contribuciones sociales provenientes de los tres niveles de gobierno: federal, estatal y municipal. La participación del gobierno federal en la financiación del SUS es de aproximadamente el 50%, los estados un 27 % y los municipios un 23%. Según una reglamentación del Senado del 2008, la federación debería destinar a la salud

un 10% de sus ingresos, los estados y distrito federal un 12% y los municipios un 15%. Los recursos presupuestarios del SUS deben depositarse en los Fondos de Salud. Una parte de los recursos federales se transfieren a los estados y los municipios. De igual manera, parte de los recursos de los estados se transfieren a los municipios.

La Gráfica 2.3-d presenta un resumen esquemático del sistema de salud brasileño²⁷.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

En Brasil, el sector privado de salud en su conjunto es denominado Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS). Los usuarios son las empresas y familias, quienes adquieren Planes de Salud y Seguros de Salud colectivos o individuales.

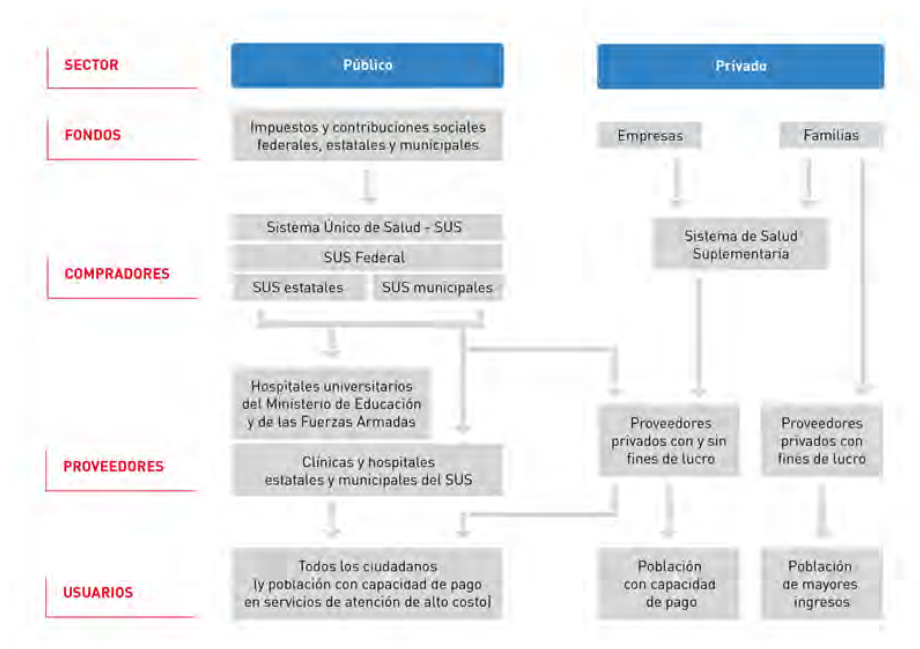
Los Seguros de Salud se distinguen por ser principalmente de reembolso posibilitando la libre elección de médico u hospital, mientras que los Planes de Salud son principalmente de prestación de servicios dentro de un cuadro médico y hospitalario predefinido. Los Planes de Salud tienen también la opción de reembolso pero su contratación es menos frecuente. Cabe señalar que aproximadamente un 25% de la población dispone de algún plan o seguro privado médico, y un 11% adicional los tiene solo con cobertura odontológica.

Los Operadores de Planes de Salud (OPSs) se clasifican en ocho tipos: (i) medicina de grupo; (ii) odontología de grupo; (iii) aseguradoras especializadas en salud; (iv) administradores; (v) cooperativas médicas; (vi) cooperativas dentales; (vii) instituciones filantrópicas, y (viii) de autogestión.

A agosto de 2018, el Sistema de Salud Suplementaria contaba con 1.054 entidades OPSs, que proporcionaban cobertura a 70 millones de beneficiarios²⁸. De estos 48 millones lo tenían por colectivo empresarial, 8 millones por colectivo por adhesión (otros grupos) y 13 millones con contratos individuales o familiares (véase la Tabla 2.3-a).

La popularidad de cada tipo de plan o seguro se puede evaluar por el número de beneficiarios. Las operadoras médico hospitalarias de medicina de grupo concentraban un 34% de los

Gráfica 2.3-d
Brasil: esquema resumen del sistema de salud



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información de Becerril Montekio, Medina G., Aquino R., Salud Pública, México 2011)

beneficiarios y las cooperativas médicas un 25%, mientras que las aseguradoras especializadas en salud representan un 10%. Es de destacar que a partir del año 1989 la Superintendencia de Seguros Privados (SUSEP) permitió a las aseguradoras vincularse a los

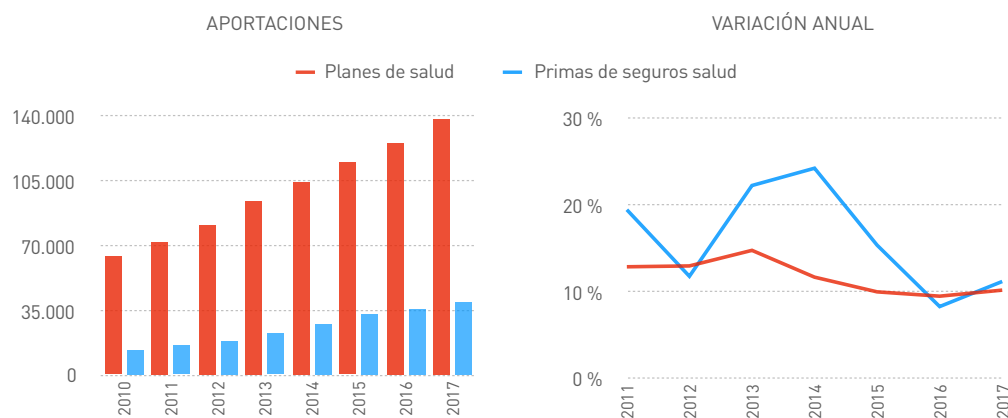
servicios de salud (Circular n. 5 de SUSEP, de 1989) como operadores de planes de salud. La Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS), por su parte, es la entidad encargada de los temas relacionados con los seguros privados de salud, regula los operadores de

Tabla 2.3-a
Brasil: beneficiarios por tipo de contrato de planes de salud, 2018
(tasas de contribución, %)

Colectivo	Tipo de plan contratado	Beneficiarios
Colectivo Empresarial	• Colectivo empresarial	48.837.045
	• Colectivo empresarial con aportación promotor	12.479
	• Colectivo empresarial sin aportación promotor	184
Colectivo No Identificado	• Colectivo empresarial + Colectivo por adhesión	1.327
	• Individual o familiar + Colectivo empresarial	30
	• Individual o familiar + Colectivo empresarial + Colectivo por adhesión	3.789
Colectivo por Adhesión	• Individual o familiar + Colectivo por adhesión	202
	• Colectivo por adhesión	8.557.537
	• Colectivo por adhesión con aportación promotor	15.530
Individual o Familiar	• Colectivo por adhesión sin aportación promotor	1.865
	• Individual o familiar	13.147.268
Sin clasificar	• Sin clasificar	178.275

Fuente: ANS, Perfil do Setor, Dados do Setor, Sala de Situação (Agosto 2018)

Gráfica 2.3-e
Brasil: aportaciones a planes y seguros de salud, 2010-2017
 (millones de reales; tasas de variación anual, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ANS y Finaccord)

planes de salud y contribuye al desarrollo de programas de salud en el país.

En el año 2017 el volumen de ingresos de las operadoras de Planes y Seguros de Salud ascendió a 178.132 millones de reales²⁹ (55.817 millones de dólares), de los cuales en torno al 80% serían contratos colectivos y el 20% individuales³⁰.

Las aportaciones de las empresas a los planes de salud de sus empleados son deducibles fiscalmente en su integridad como un gasto operativo más, lo cual es una ventaja fiscal que estimula su contratación.

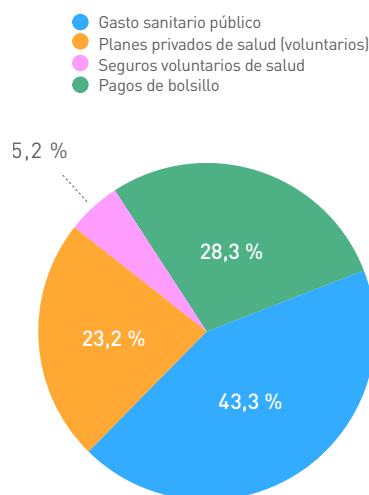
La evolución de los ingresos en los últimos años y sus variaciones se muestran en la Gráficas 2.3-e. Como se desprende de esta información, destacan los incrementos en el volumen de primas de seguros de salud a lo largo de toda la serie y especialmente entre los años 2012 a 2016.

Pilar 3 Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita (véase la Gráfica 2.3-f), en 2015 el gasto sanitario estimado en Brasil, según datos de la OCDE, fue de 1.402 USD por habitante (1.375 USD en 2014). De ellos, en torno a 607 USD (43,3%) corresponderían al gasto medio per

cápita en el sistema público obligatorio. Del 56,7% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 72 USD por persona (5,2%) y el gasto en planes de

Gráfica 2.3-f
Brasil: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

* Último dato disponible.

salud en 326 USD (23,3%). Los denominados gastos de bolsillo se situarían en torno a 397 USD (28,3%)³¹.

Es importante destacar que en Brasil existen ventajas fiscales para las personas que adquieren un plan o seguro de salud al permitir deducir su importe íntegro en el impuesto sobre la renta. Esto constituye un incentivo fundamental a la hora de su contratación y ayuda a aliviar la elevada carga adicional al sistema público de salud que supuso la introducción de la cobertura universal y gratuita en Brasil a finales de los años ochenta.

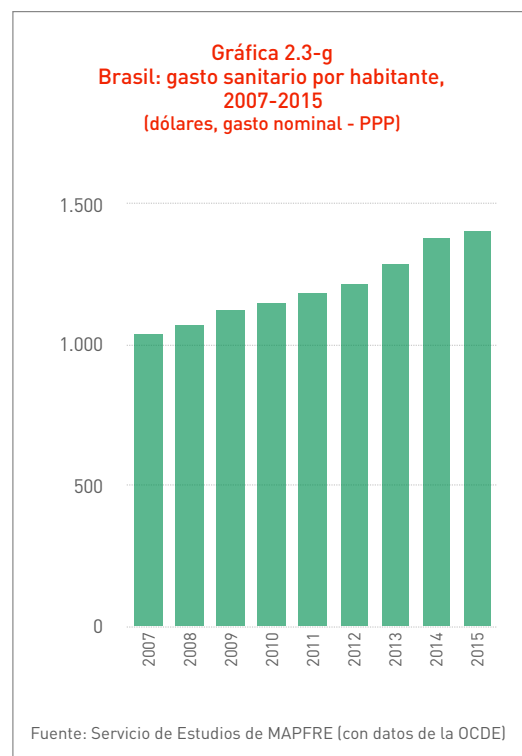
Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

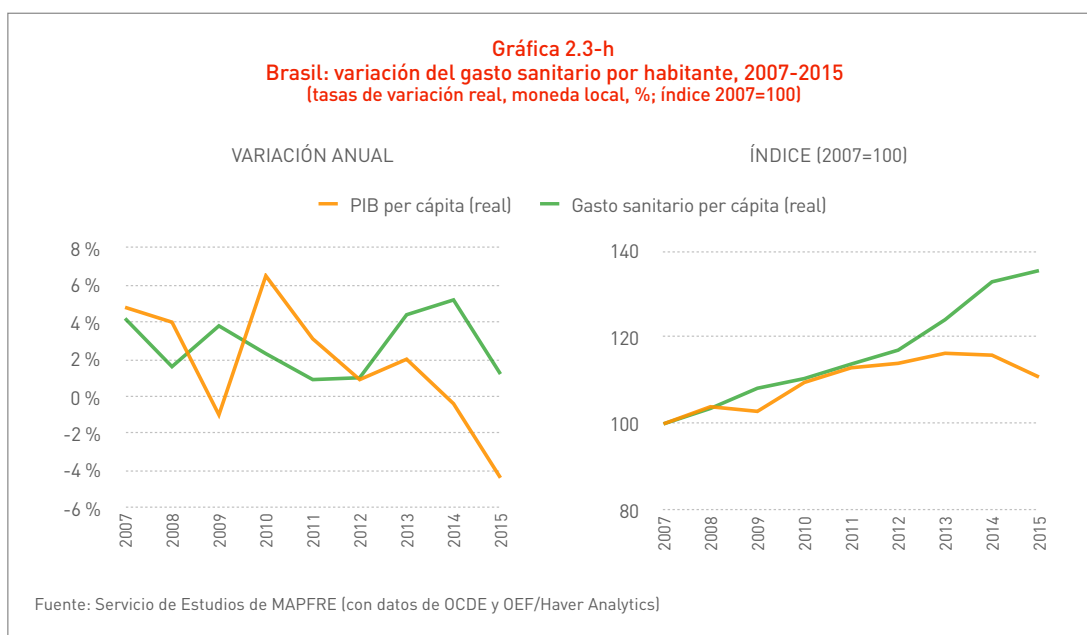
El gasto sanitario total per cápita en Brasil en 2015 fue un -63,4% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (1.402 USD frente a 3.826 USD)³², según las estimaciones de este organismo. La evolución del gasto per cápita en los últimos años disponibles se muestra en las Gráfica 2.3-g y 2.3-h).

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OMS (que se ilustran en la Gráfica 2.3-i), en 2010 (último año disponible) el número de médicos ejercientes en Brasil era de



1,8 médicos por cada mil habitantes, un -41,3% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (3,1 médicos por cada mil habitantes). En cuanto al número de enfermeros ascendía a 1,5 por cada mil habitantes, un -82,3% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año



(8,3 enfermeros por cada mil habitantes). Por otro lado, el número de camas de hospital en 2012 era de 2,3 por cada mil habitantes, un -52,3% inferior a la media de los países de la OCDE en esa fecha (4,8 camas por cada mil habitantes).

En cuanto al número de equipos de imagen por resonancia magnética (véase la Gráfica 2.3-j), en 2012 era de 6,8 por cada millón de habitantes, un -47,2% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (12,8 por cada millón de habitantes), y el de equipos de tomografía axial computarizada era de 15,3 por cada millón de habitantes, un -30,0% inferior a la media de los países de la OCDE (21,9 por cada millón de habitantes).

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos en 2013 se situó en 2,8 visitas por año, un -61,1% inferior a la media de la OCDE (7,2 visitas en ese año).

Respecto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes, en 2012 fue de 55,2, un -64,7% inferior a la media de la OCDE³³ (156 altas anuales en ese período).

Indicadores de estado de salud

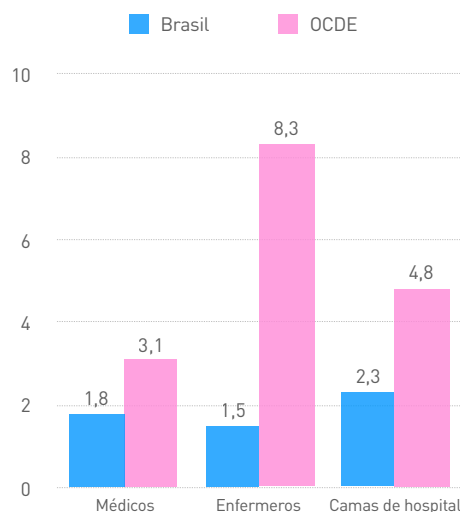
En el caso de Brasil, la esperanza de vida al nacer (uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país), era de 74,7 años en 2015, según datos de la OCDE, 6,1 años inferior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otro lado, la esperanza de vida saludable se estima en torno a 65,5 años que, como en los países anteriormente analizados, contrasta con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón de 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)³⁴.

Factores de riesgo para la salud

Analizando los factores habitualmente empleados como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.3-k), el porcentaje de personas obesas en Brasil era del 17% en 2015 (último dato disponible), por encima de la media de la OCDE en 0,5 puntos porcentuales (16,5%).

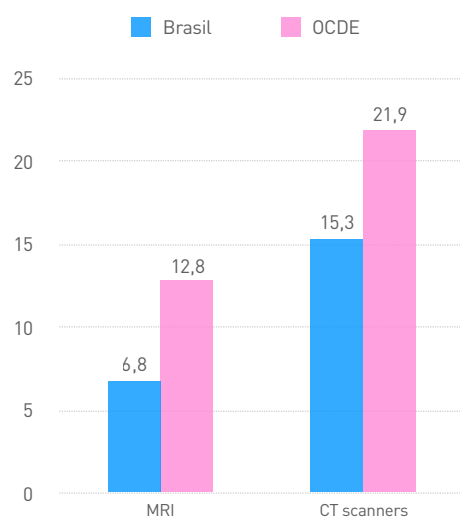
Gráfica 2.3-i
Brasil: densidad de personal sanitario y camas de hospital
(número por cada mil habitantes)



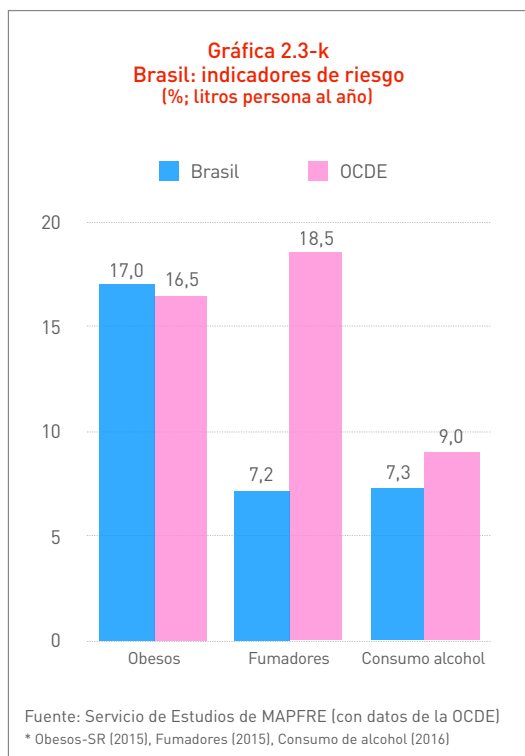
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* Médicos (2010), Enfermeros (2010), Camas de hospital (2012)

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 7,2% en 2015, inferior a la media de la OCDE en -11,3

Gráfica 2.3-j
Brasil: equipos MRI y CT scanners
(número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* MRI (2012), CT scanners (2012)



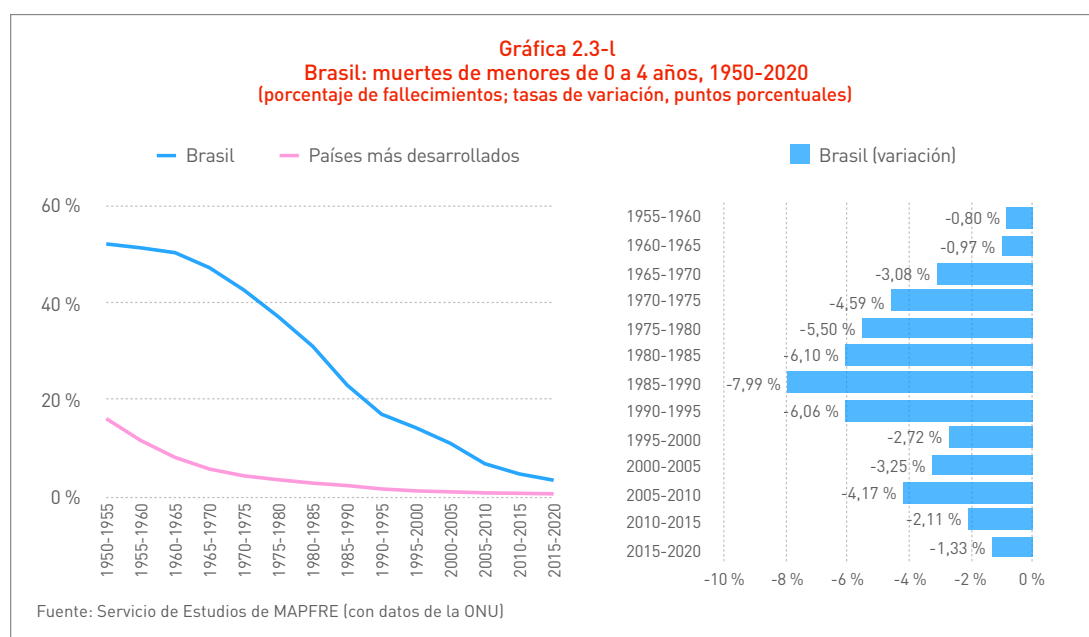
puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016). Por último, el consumo de alcohol en el año 2016 se situaba en 7,3 litros de consumo por persona y año, un -18,5% inferior a la media de la OCDE (9 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

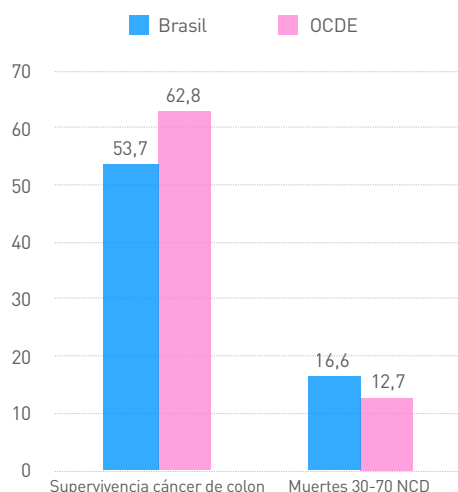
Como se ha apuntado antes, la mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

Según datos de ONU, el porcentaje de muertes infantiles hasta los cuatro años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida a lo largo de las últimas décadas. En el caso de Brasil (véase la Gráfica 2.3-l), la reducción ha sido muy pronunciada, al partir de un porcentaje sustancialmente superior al de las regiones más desarrolladas. Sin embargo, en la actualidad se encuentra todavía significativamente por encima de la media de las regiones más desarrolladas (3,4% en Brasil frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)³⁵.

Es de destacar que el porcentaje venía reduciéndose de forma significativa hasta finales de los ochenta, momento a partir del cual se observa un acusado cambio de tendencia, coincidiendo con la extensión de la cobertura universal y gratuita a la totalidad de la población. Esto puede ser indicativo de una caída en la calidad de la atención sanitaria atribuible a la sobrecarga que esta extensión



Gráfica 2.3-m
Brasil: supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles (5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)
* Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

supuso en el sistema público de salud. En el período 2000-2005 se vuelve a revertir esta tendencia y se recupera una senda de mayor convergencia con la de las regiones más desarrolladas.

Por otra parte, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 en Brasil fue del 53,7%, inferior en -9,8 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%).

En cuanto al porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los 30 y los 70 años, Brasil presenta un porcentaje del 16,6%, superior en 3,9 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%³⁶ (véase la Gráfica 2.3-m).

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las mayores entidades aseguradoras en el negocio de seguros de salud brasileño en 2017 se muestran en la Tabla 2.3-b³⁷. Como se desprende de esa información, se trata de un

Tabla 2.3-b
Brasil: ranking de entidades aseguradoras de Salud por volumen de primas, 2017

	Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	BRADESCO	6.391,7	51,7 %
2	SUL AMERICA	4.253,7	34,4 %
3	UNIMED	679,9	5,5 %
4	PORTO SEGURO	390,0	3,2 %
5	CAIXA SEGURADORA	236,1	1,9 %
6	SOMPO	169,6	1,4 %
7	ALLIANZ	162,2	1,3 %
8	ITAUSEG	46,4	0,4 %
9	SALUTAR	32,1	0,3 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ANS)

mercado altamente concentrado en el que las dos primeras compañías acaparan el 86,1% de las primas de seguros de salud.

Tabla 2.3-c
Brasil: ranking de operadoras de salud suplementaria (sin incluir aseguradoras) por volumen de primas, 2017

	Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	AMIL ASSISTÊNCIA MÉDICA INTERNACIONAL	5.823,7	13,3 %
2	NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE	1.519,6	3,5 %
3	UNIMED-RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MEDICO	1.485,0	3,4 %
4	CAIXA DE ASSISTÊNCIA DOS FUNCIONÁRIOS DO B	1.334,5	3,0 %
5	CENTRAL NACIONAL UNIMED - COOPERATIVA CENT	1.295,6	3,0 %
6	HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA LTDA	1.229,5	2,8 %
7	GEAP AUTOGESTÃO EM SAÚDE	1.133,5	2,6 %
8	UNIMED - BELO HORIZONTE COOPERATIVA DE TRA	1.045,4	2,4 %
9	UNIMED DO ESTADO DE SP - FEDERAÇÃO ESTADUA	730,8	1,7 %
10	PREVENT SENIOR PRIVATE OPERADORA DE SAÚDE	728,1	1,7 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ANS)

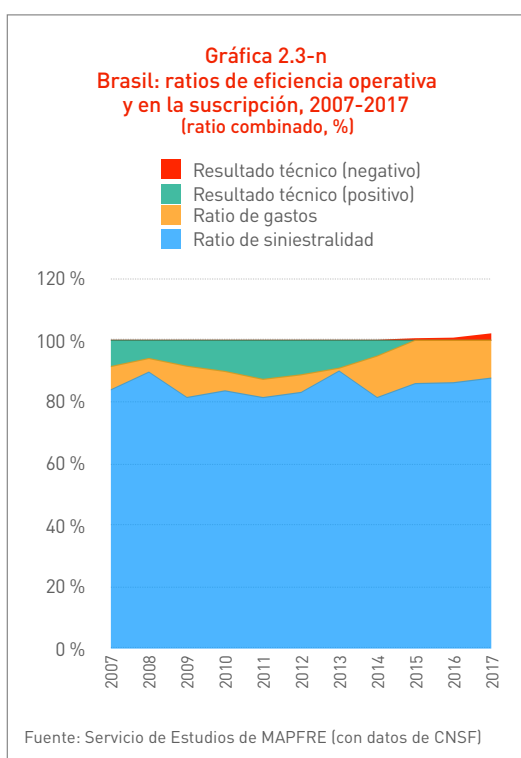
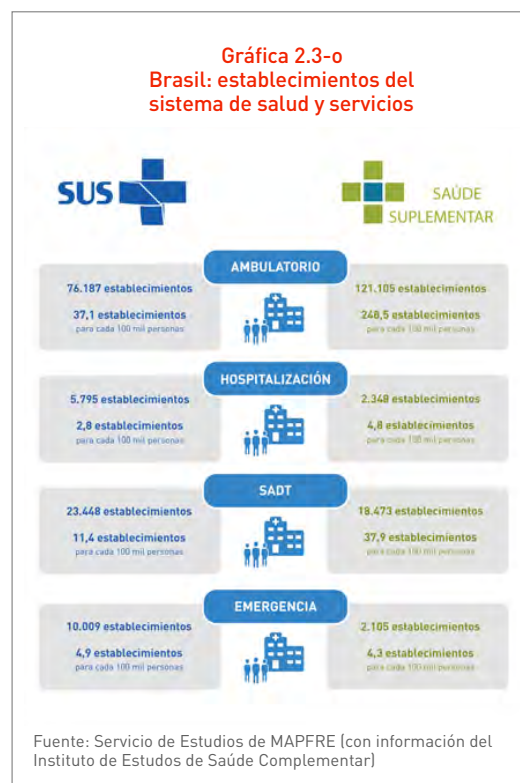
Por su parte, el ranking de las entidades gestoras de los planes de salud suplementaria, sin incluir compañías aseguradoras, se muestra en la Tabla 2.3-c.

Finalmente, la evolución de la siniestralidad, gastos y resultados técnicos de los seguros de salud, como porcentaje de las primas (ratio combinado), se muestra en la Gráfica 2.3-n³⁸.

El ratio combinado en 2016 fue del 102,1% y ha venido aumentando de forma sostenida desde el año 2013 en el que fue del 94,9%. Este incremento se explica básicamente por el aumento del ratio de siniestralidad.

Breve referencia a otros proveedores de servicios

Las entidades operadoras de salud, tanto planes como compañías de seguros, prestan sus servicios a través de una amplia red de establecimientos, en torno a 121.000 (véase la Gráfica 2.3-o). Estos establecimientos, que pueden o no pertenecer a las entidades operadoras, comprenden clínicas, ambulatorios especializados, consultorios, hospitales generales, hospitales especializados y policlínicas³⁹.



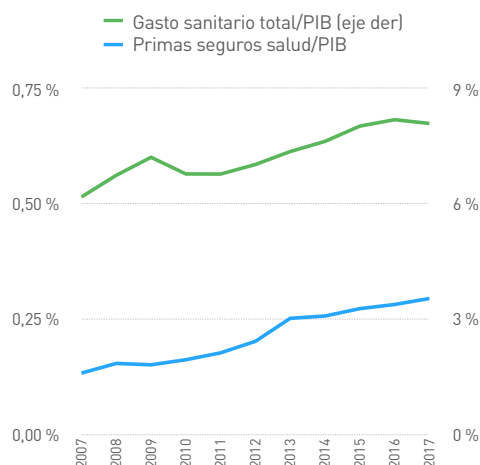
2.4 Chile

El gasto sanitario total en Chile en 2017 representó el 8,1% de su PIB (8,2% en 2016), 0,8 puntos porcentuales por debajo de la media de los países de la OCDE en ese año (del 8,9%)⁴⁰. Como se desprende de esa información, el gasto sanitario total respecto al PIB ha experimentado un crecimiento sustancial en la última década, con un incremento de 1,9 puntos porcentuales (véase la Gráfica 2.4-a).

Por otra parte, las primas de seguros de salud representaron el 0,3% del PIB. En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud se observa que el porcentaje de las primas respecto al PIB chileno en la última década oscila en una horquilla entre el 0,1% y el 0,3%.

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en la Gráfica 2.4-b, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Chile en el mismo período (véase la Gráfica 2.4-c).

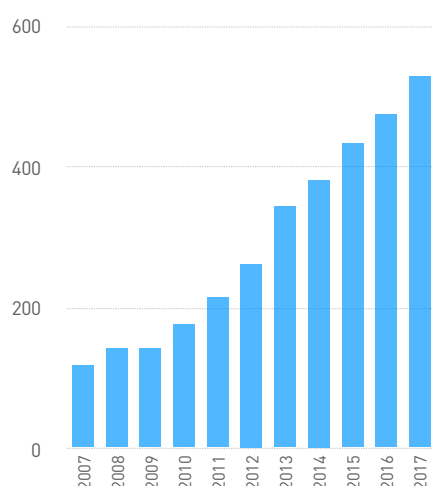
Gráfica 2.4-a
Chile: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Asociación de Aseguradores de Chile, OCDE y OEF/Haver Analytics)

En general se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud y del gasto sanitario total, respecto a los crecimientos del PIB nominal. En el período 2007-2017, las

Gráfica 2.4-b
Chile: primas de los seguros de salud,
2007-2017
(millardos de pesos)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile)

primas de seguros de salud crecieron un 341,3% frente a un crecimiento del gasto sanitario total del 159,7% y un crecimiento del PIB del 98,3% en ese período.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El actual sistema sanitario chileno responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos del modelo Beveridge, integrado por un seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y un seguro privado gestionados por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres).

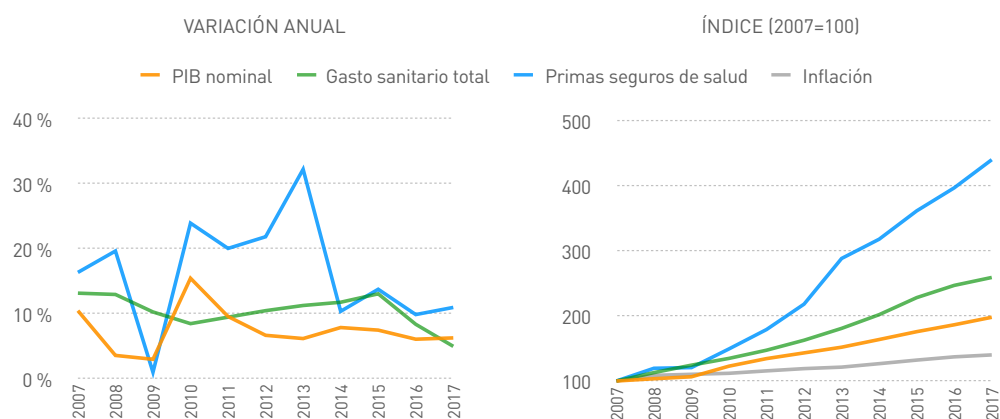
La financiación del sistema proviene de diferentes fuentes, principalmente del Estado, las cotizaciones de trabajadores y las empresas. Todo trabajador activo o pasivo está obligado a cotizar el 7% de sus ingresos imponibles para financiar su seguro de salud, con un tope de 74,3 Unidades de Fomento (UF), pero tiene libertad para elegir entre el sistema público o el privado. En el caso de Fonasa, el costo que no se cubre con las cotizaciones de los afiliados; se financia con aportes fiscales que provienen de los impuestos generales. Las Isapres, por su parte, se financian únicamente con la contribución de sus afiliados, lo que puede implicar en algunos casos una aportación adicional a la cotización legal. Las Fuerzas Armadas disponen de su propio seguro, financiado a través de impuestos.

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud en Chile, a continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual de este estudio.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

La cobertura sanitaria en Chile es muy amplia pero no alcanza a la totalidad de la población. Para las personas vulnerables no cubiertas, existen prestaciones no contributivas de asistencia médica, objeto de políticas de protección social gubernamentales, cuya administración y financiación corre a cargo del Fondo Nacional de Salud. En el caso de los extranjeros, se ofrece atención de urgencias en infraestructuras públicas.

Gráfica 2.4-c
Chile: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
 (tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Pilar 1 **Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)**

La configuración actual del modelo de salud chileno procede del año 1979, cuando se produce la principal reforma del sistema de salud a través del Decreto Ley 2.763/1979, el cual reorganiza al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas, creando el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNS). Posteriormente, la ley 15.469 de 1985 fijó las características del modelo de financiación, previsión y atención de la salud actualmente vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de la salud y una contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Estas reformas dieron origen al Fonasa, que pasa a ser el encargado de ofrecer el servicio público. Además, con el fin de mejorar la oferta sanitaria y capacidad de elección de los ciudadanos, surgen las Isapres, que son planes de salud privados que complementan al sector público.

Según datos de la Superintendencia de Salud, de los 17,6 millones de habitantes, los afiliados al seguro público (Fonasa) están en torno a 13,5 millones, 3,4 millones se encuentran afiliados a una Isapre, y 0,4 millones son beneficiarios del

seguro de las Fuerzas Armadas y Carabineros. El resto de la población (en torno a 0,3 millones) no está cubierta por un seguro de salud.

En el periodo comprendido entre 1973 y 1990 se produjeron una serie de reformas que llevaron a la descentralización de la atención primaria, que se delegó en la administración municipal, y a una privatización directa o indirecta de parte de sus funciones.

Desde los años noventa hasta 2005 se suceden otra serie de reformas relevantes. La primera de ellas es la Ley 19.381 (1995) que establece por primera vez que los excedentes de la cotización (la diferencia entre el valor del plan y el 7% cotizado) pertenece a los beneficiarios, y deben ser acumulados en una cuenta en la Isapre, la cual podrá servir para hacer frente a copagos o prestaciones no cubiertas por el plan.

Otra reforma importante fue la Ley de Urgencias de 1999 (Nº 19650), que tuvo como objetivo terminar con el prepago de los servicios tanto en las Isapres como en el Fonasa, cuando el paciente era atendido con carácter de urgencia vital. En esta línea, en el año 2000 surge la denominada Cobertura para Enfermedades Catastróficas (CAEC), regulada a través de la Circular Nº59. Al principio

comenzó siendo un seguro voluntario que terminó por convertirse en obligatorio.

En este proceso regulatorio, hay que destacar la promulgación en 2004 de la Ley 19.966 de Régimen General de Garantías en Salud o Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), también conocido como Régimen de Garantías Explícitas de Salud (GES); un plan universal de salud que establece las garantías de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud establecidas. Son beneficiarios los cotizantes o afiliados tanto en el Fonasa como en las Isapres y desde que entró en vigor en 2005 las patologías incorporadas cubren más del 70% de carga de enfermedad del país. Las patologías y problemas de salud no contemplados en el Plan AUGE se rigen por las condiciones de aseguramiento vigentes para los beneficiarios del Fonasa y de las Isapres.

Después de esta reforma del sistema de salud, los diferentes gobiernos han buscado resolver los problemas a los que se enfrenta el aseguramiento de la salud en Chile con propuestas regulatorias que han implicado una modificación del sistema de salud, tocando la operación de las Isapres, los derechos de sus afiliados y beneficiarios, y sus relaciones con el Sistema de Salud en su conjunto. Los principales problemas del sistema privado de salud están relacionados con la movilidad de sus beneficiarios, la determinación de la tarifa, el ajuste de sus primas, la transparencia y la aplicación de la Tabla de Factores⁴¹. En este sentido, los beneficiarios de las Isapres pueden moverse al Fonasa o a otra Isapre una vez transcurrido un año de vigencia, pero en la práctica, las enfermedades preexistentes o la edad pueden limitar de hecho esa movilidad.

La protección y aseguramiento de la salud laboral se realiza a través de las Mutuales de Seguridad (entidades privadas sin fines de lucro) y del Instituto de Normalización Previsional (INP), que son los encargados de recaudar y administrar las cotizaciones de los empleadores para el seguro obligatorio contra accidentes de trabajo.

La autoridad sanitaria es el Ministerio de Salud, entidad encargada de la conducción, regulación, fijación de políticas y planes generales de salud, financiamiento, aseguramiento, provisión de servicios y supervisión del funcionamiento del sistema. El papel regulador está también a cargo de la Superintendencia de Salud, que supervisa a las Isapres y al Fonasa, y fiscaliza tanto a los prestadores de servicios públicos como a los privados. La Superintendencia de Salud es un organismo público, sucesor legal de la Superintendencia de Isapres, que inició sus operaciones el 1 de enero de 2005, conforme lo establece la Ley de Autoridad Sanitaria (Ley N° 19.937).

En cuanto a la cobertura y atención según el tipo de seguro, tanto los aseguradores públicos como privados deben ofrecer un servicio de garantías mínimas, que incluyen: medicina preventiva; asistencia médica para una serie de enfermedades establecidas por el Ministerio de Salud; atención odontológica (para determinados casos); control de embarazo y puerperio; subsidio por incapacidad laboral; subsidio por maternidad, y las Garantías Explícitas en Salud (GES).

Asimismo, se deben especificar las particularidades del Fonasa, que distingue dos planes: la modalidad de atención institucional (MAI) y la modalidad de libre elección (MLE). Los afiliados, según sus ingresos, son catalogados en tramos (A-B-C-D) correspondiéndoles o no un copago según su tramo.

La modalidad institucional consta de una red pública de atención que provee un servicio gratuito en los centros de salud para la atención primaria, mientras que sus beneficiarios aportan un copago en los hospitales públicos para la atención secundaria y terciaria, según el tramo de ingresos (véase la Tabla 2.4-a).

Por otro lado, en la modalidad de libre elección el beneficiario elige libremente al profesional y/o entidad, del sector público o privado que se encuentre inscrito en el Rol de Fonasa y que haya celebrado convenio con este y otorgue las prestaciones que se requieran. Estos deberán aportar un copago según su nivel de ingresos para consultas médicas generales, y el porcentaje del coste de la atención cubierta es menor que en la modalidad institucional. Además, en esta modalidad también pueden atenderse las garantías explícitas en salud

Tabla 2.4-a
Chile: clasificación de beneficiarios de Fonasa por tramos de ingreso

Grupo	Beneficiarios	% de Copago
A	Personas indigentes o carentes de recursos, beneficiarios de pensiones asistenciales a que se refiere el Decreto Ley No. 869, de 1975, y causantes de subsidio familiar establecido en la Ley No. 18.020.	0 %
B	Afiliados cuyo ingreso mensual no exceda del ingreso mínimo mensual (\$241.000) aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad.	0 %
C	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual aplicable a los trabajadores mayores de 18 años de edad y menores de 65 años de edad y no exceda de 1,46 veces dicho monto, salvo que los beneficiarios que de ellos dependan sean 3 o más, caso en el cual serán considerados en el Grupo B. Es decir, en la actualidad en este tramo están las personas que perciben un ingreso imponible mensual mayor a \$241.000 y menos o igual a a \$351.860. Si tienen 3 o más cargas familiares pasan al Tramo B.	10 %
D	Afiliados cuyo ingreso mensual sea superior en 1,46 veces al ingreso mínimo mensual (mayor a \$351.860) aplicable a los trabajadores mayores a 18 años de edad y menores de 65 años de edad, siempre que los beneficiarios que de ellos dependan no sean más de 2. Si los beneficiarios que de ellos dependan son 3 o más, serán considerados en el Grupo C.	20 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información de la Asociación de Isapres de Chile)

(GES) para todos sus beneficiarios. Las personas del grupo A no pueden optar a esta modalidad.

Por último, es importante mencionar el seguro catastrófico gratuito con el que cuenta el Fonasa para el tratamiento de determinadas patologías, solo efectivo bajo la modalidad institucional.

Por su parte, las Isapres ofrecen varios planes, distinguiéndose dos tipos: los abiertos, que se contratan de manera individual; y los cerrados, ligadas a una empresa. Existen actualmente siete Isapres abiertas, cuyos planes están compuestos por las garantías explícitas en salud (GES), son atendidas a través de convenios, y con un plan complementario que, como mínimo, debe garantizar los servicios mínimos de la Modalidad de Libre Elección del Fonasa, pudiendo incluir también prestadores preferentes o plan cerrado, todo ello regulado por copagos. Al mismo tiempo, las Isapres pueden ser cerradas (existen seis Isapres cerradas), y estar ligadas por propiedad y finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas, por lo que su objetivo son los trabajadores y sus familias. La financiación de las Isapres cerradas contempla no solo la cotización de los trabajadores, sino también aportes directos del empleador y distintas formas de subsidios por parte de las empresas matrices.

En promedio, las Isapres cubren el 55% de los costes ambulatorios, y el 70% de las

prestaciones hospitalarias. Además, todas las Isapres cuentan con el Cobertura Adicional para Enfermedades Catastróficas (CAEC), que permiten financiar el 100% de los gastos de alto coste.

Estructura del sistema de salud⁴²

El responsable de la atención pública de salud es el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: los Servicios de Salud, el Fonasa, el Instituto de Salud Pública, y la Central de Abastecimiento. Además, participan del sistema todas aquellas instituciones que realizan convenios, destacando los municipios y servicios delegados.

Existen 29 Servicios de Salud distribuidos por el país, que son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, y rehabilitación de los enfermos. De ellos dependen directamente los hospitales y, en algunos casos, centros de atención ambulatoria de nivel primario. La atención primaria de salud suministrada en centros de salud urbanos y rurales ha sido delegada a la administración municipal. Cada Servicio de Salud cuenta con una red asistencial de establecimientos y niveles de atención que se organizan de acuerdo a su cobertura poblacional y complejidad asistencial.

El nivel primario tiene mínima complejidad y amplia cobertura. Realiza atenciones de carácter ambulatorio en las Postas Rurales de Salud

y en los Consultorios Generales, Urbanos y Rurales. El nivel secundario, principalmente basado en especialidades básicas, cuenta con una complejidad intermedia y de cobertura media. Prestan atención ambulatoria y hospitalización en establecimientos hospitalarios que también cuentan con atención ambulatoria provista de un consultorio adosado en ese tipo de establecimientos. El nivel terciario se caracteriza por una cobertura reducida de población, esencialmente basada en referencia de pacientes desde otros niveles, y su alta complejidad tecnológica. Aunque estos establecimientos hospitalarios realizan actividades de alta complejidad, en general también realizan atención de nivel secundario.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

Los seguros de salud complementarios están enfocados principalmente a contratos colectivos suscritos por un empleador o un ente negociador, como sindicatos o unidades internas de empresas. Estos seguros suponen cerca del 80% de los seguros de salud contratados con aseguradoras distintas a las Isapres, con una trayectoria creciente a lo largo de los últimos años.

En el ejercicio 2017, las empresas de seguros ingresaron 527.831 millones de pesos en primas de salud (814 millones de dólares). De

esta cifra, el 98,6% son primas emitidas por compañías de seguros de vida.

Destacan los crecimientos en el volumen de primas de seguros de salud superiores al de los ingresos de las Isapres hasta el año 2014, a partir del cual siguen una senda similar (véase la Gráfica 2.4-d).

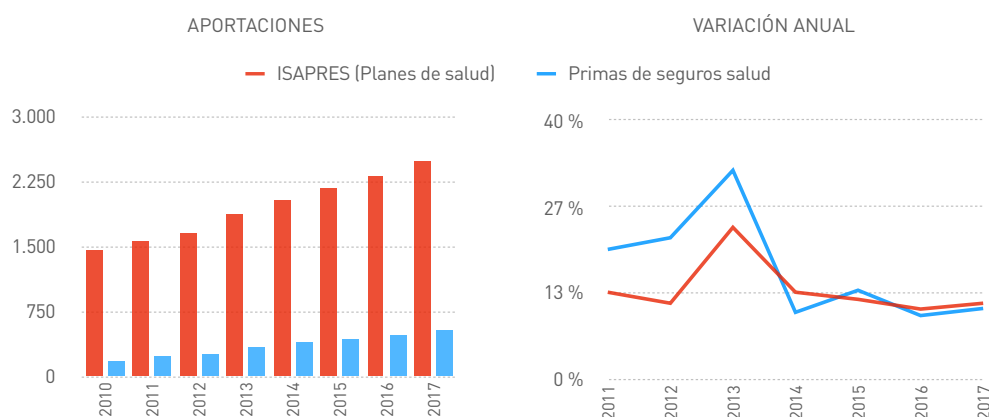
Pilar 3

Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado en Chile, según datos de la OCDE, fue de 1.915 USD por habitante (1.893 USD en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible hasta la fecha de 2015⁴³, en torno a 1.164 USD (60,8%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 39,2% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 71 USD por persona (3,7%). Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno a 617 USD (32,2%) del gasto per cápita total y el resto a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.4-e).

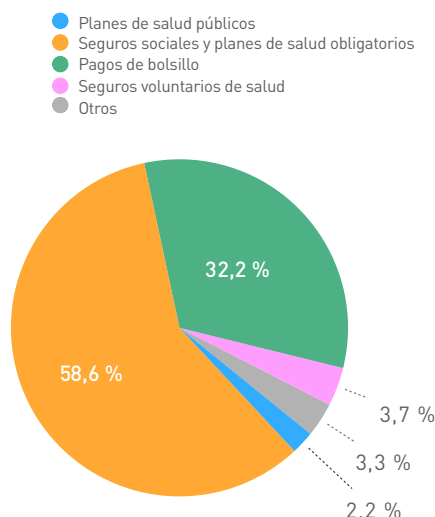
Cabe destacar que dentro de los seguros voluntarios de salud, la cobertura a través de seguros privados individuales estaría en torno al 20%, frente a un 80% de seguros privados colectivos.

Gráfica 2.4-d
Chile: aportaciones a planes y seguros de salud, 2010-2017
(millardos de pesos; tasas de variación anual, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile y Finaccord)

Gráfica 2.4-e
Chile: desglose del gasto medio por habitante, 2015* (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile y Finaccord)

* Último dato disponible.

media de los países de la OCDE (9,0 enfermeros por cada mil habitantes).

Por otro lado, el número de camas de hospital en 2016 en Chile era de 2,1 por cada mil habitantes, un -54,5% inferior a la media de los países de la OCDE en esa fecha (4,7 camas por cada mil habitantes).

Por otra parte, como se ilustra en la Gráfica 2.4-i, el número de equipos de imagen por resonancia magnética en 2014 en Chile era de 9,4 por cada millón de habitantes, un -39,9% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (15,7 por cada millón de habitantes), en tanto que los equipos de tomografía axial computarizada era de 14,8 por cada millón de habitantes, un -43,2% inferior a la media de los países de la OCDE (26 por cada millón de habitantes).

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, es bastante estable en Chile, situándose en torno a 3,2 visitas por año. El último dato disponible es de 2015, que fue de 3,5 visitas por persona en promedio, un -49,6% inferior a la

Análisis de otros indicadores relevantes

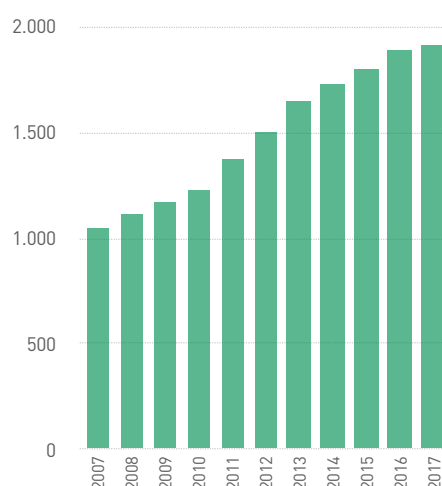
Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en Chile en 2017 fue un -52,9% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (1.915 USD frente a 4.069 USD). La evolución del gasto per cápita en los últimos años disponibles se muestra en las Gráficas 2.4-f y 2.4-g, en donde además se compara con la evolución del PIB en el mismo período.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

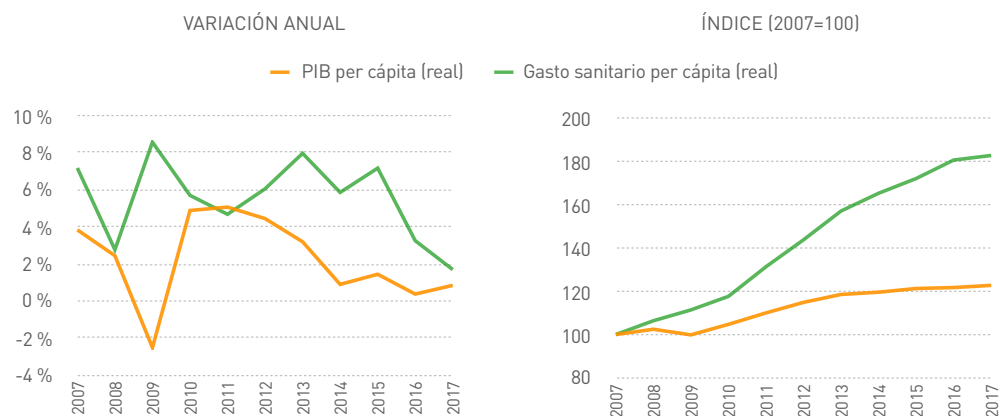
Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.4-h), en el año 2017 el número de médicos ejercientes en Chile era de 2,5 médicos por cada mil habitantes, un -28,0% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). En cuanto al número de enfermeros, el indicador ascendía a 2,7 por cada mil habitantes, un -69,8% inferior a la

Gráfica 2.4-f
Chile: gasto sanitario por habitante, 2007-2017 (dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Gráfica 2.4-g
Chile: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



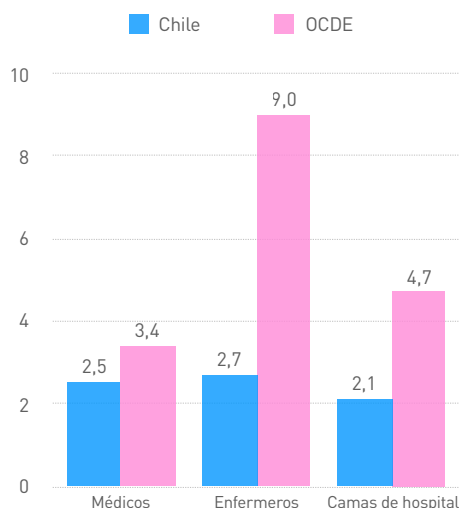
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2014-2015).

Por otro lado, respecto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016 en Chile, el indicador fue de 90 por cada

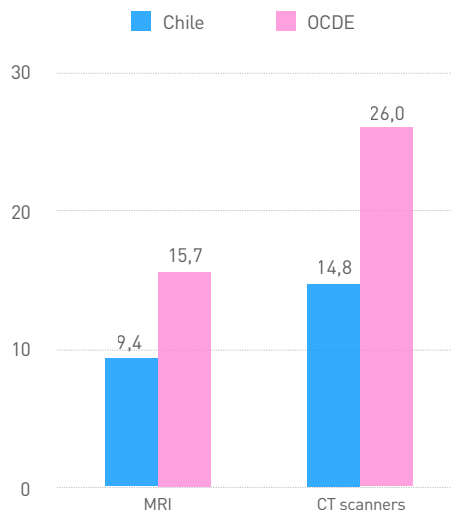
mil habitantes, un -42,5% inferior a la media de la OCDE⁴⁴ (156 altas anuales en ese período). Asimismo, la estancia media en el hospital se situó en 5,8 días, un -28,6% inferior a la media de la OCDE (8,1 días).

Gráfica 2.4-h
Chile: densidad de personal sanitario y camas de hospital
(número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* Médicos (2017), Enfermeros (2017), Camas de hospital (2016)

Gráfica 2.4-i
Chile: equipos MRI y CT scanners
(número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* MRI (2014), CT scanners (2014)

Indicadores de estado de salud

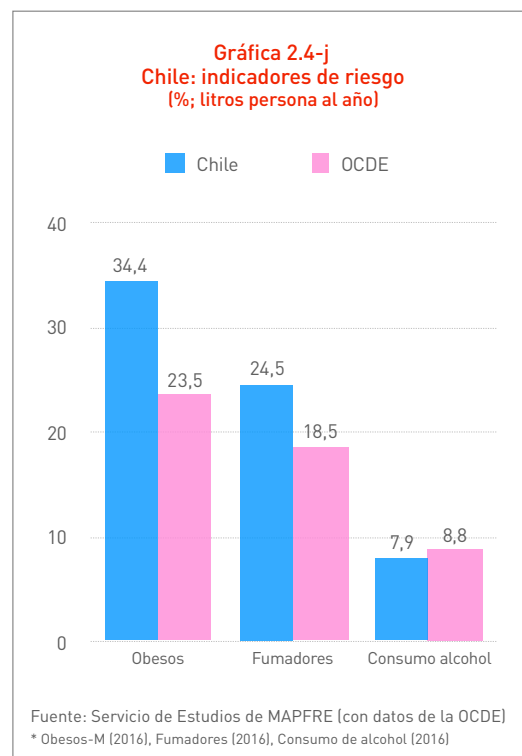
La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, era en Chile de 79,9 años en 2015, según datos de la OCDE, 0,9 años inferior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otro lado, la esperanza de vida saludable se estima en torno a 69,9 años, contrastando con las estimaciones de este indicador para países como Singapur y Japón con las mayores a nivel mundial (73,6 y 73,2 años, respectivamente)⁴⁵.

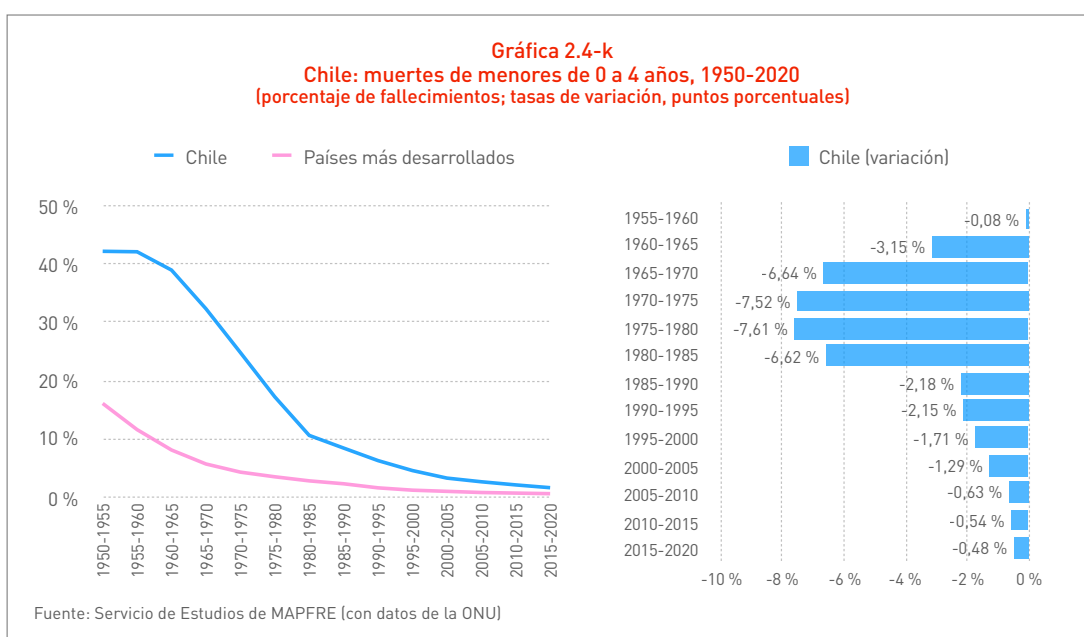
Factores de riesgo para la salud

La promoción de estilos de vida saludables (programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y contra el tabaquismo) constituye un elemento esencial de prevención de enfermedades en cualquier sistema de salud.

Analizando los tres factores utilizados regularmente como indicadores de riesgo para la salud, el porcentaje de personas obesas en Chile basado en mediciones reales era del 34,4% en 2016 (último dato disponible), por encima de la media de la OCDE en 10,9 puntos porcentuales (23,5% en el período 2015-2016).



En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 24,5% en 2016, superior a la media de la OCDE en 6 puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016).



Por último, el consumo de alcohol en el año 2016 se situaba en 7,9 litros de consumo por persona y año, un -10% inferior a la media de la OCDE (8,8 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil es un indicador de relevancia para analizar las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

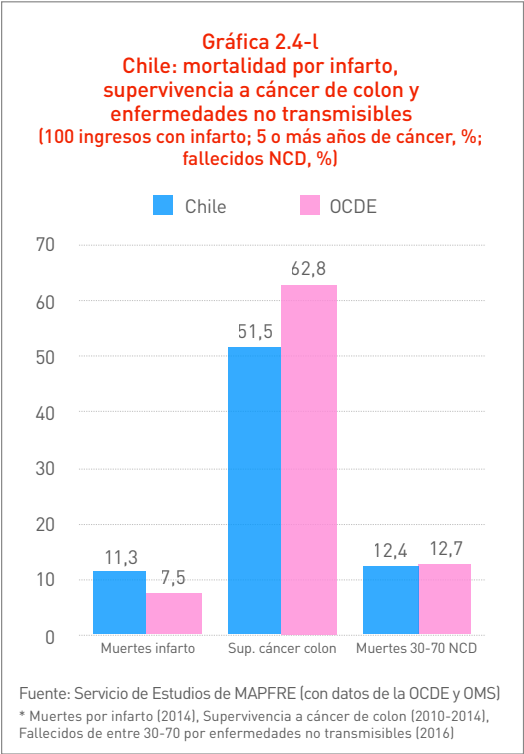
Según datos de la ONU, el porcentaje de muertes de menores de cinco años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida desde hace varias décadas. Como se ilustra en la Gráfica 2.4-k, en el caso de Chile la caída del indicador ha sido muy pronunciada, al partir de un porcentaje sustancialmente superior al de las regiones más desarrolladas. No obstante, en la actualidad se encuentra todavía muy por encima de la media de esas regiones (1,6% en Chile frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)⁴⁶.

Otro de los indicadores ampliamente utilizados, relacionados con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE, la tasa de fallecidos en 2015 en Chile en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 11,3 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un 51,2% superior a la media de los países de la OCDE (7,5). Por otro lado, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 en Chile fue del 51,5%, inferior en -11,3 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%). Por último, en cuanto al porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles entre los 30 y los 70 años Chile presenta un porcentaje del 12,4%, inferior en -0,3 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%⁴⁷.

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las mayores entidades aseguradoras en el negocio de seguros de salud chileno en 2017 se muestran



en la Tabla 2.4-b. Como se desprende de dicha información, los diez primeros grupos acaparan el 85,5% de las primas de seguros de salud en ese país.

Tabla 2.4-b
Chile: ranking de grupos aseguradores de Salud por volumen de primas, 2017

Grupos	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1 METLIFE	179,7	22,1 %
2 CHILENA CONSOLIDADA	93,1	11,4 %
3 SECURITY PREVISIÓN	76,4	9,4 %
4 EUROAMÉRICA	74,0	9,1 %
5 CÁMARA	63,5	7,8 %
6 BICE VIDA	55,7	6,8 %
7 BCI SEGUROS VIDA	48,9	6,0 %
8 CONSORCIO NACIONAL	38,9	4,8 %
9 SURA	35,6	4,4 %
10 CLC	29,5	3,6 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile)

Breve referencia a otros
proveedores de servicios

En Chile, la mayor parte de la prestación privada de servicios médicos es provista por personas y entidades con fines de lucro que prestan sus servicios a través de diversos tipos de centros asistenciales (ambulatorios y cerrados), incluyendo a aquellos profesionales que prestan atención de salud de manera individual. La regulación de los prestadores está a cargo de la Subsecretaría de Salud Pública, en términos de autorización sanitaria, y de la Superintendencia de Salud, en los aspectos de acreditación y certificación de calidad.

Los principales prestadores privados se agrupan en la asociación de clínicas de Chile, organismo gremial que tiene como propósito mantener una relación permanente de colaboración con las autoridades y los demás organismos públicos y privados presentes en el sector. Según un estudio de dicha asociación, la participación de los prestadores privados fue del 48% en 2016 sobre el total de prestaciones, excluyendo las atenciones de nivel primario que se entregan en la red de establecimientos municipales y públicos.

Tanto los proveedores privados como los públicos pueden ofrecer servicios asistenciales al mercado abierto. Los centros asistenciales de los servicios de salud y los que están bajo administración municipal pueden ofrecer servicios a todo tipo de asegurados y a no

asegurados, para lo cual cuentan con aranceles diferenciados: en modalidad institucional (pago interno del SNSS por prestaciones); modalidad de libre elección en el Fonasa (copago del usuario Fonasa) y aranceles privados o particulares.

Además del SNSS, existen otras instituciones del subsector público que cuentan con sistemas propios de salud, destinados a dar atenciones de salud a su personal y cargas familiares, para lo cual cuentan con establecimientos y unidades asistenciales de atención abierta y cerrada. En este sentido, cabe destacar los establecimientos de las Fuerzas Armadas y de Orden, Penitenciaria, Empresa Nacional del Petróleo, y Universidad de Chile, entre otras.

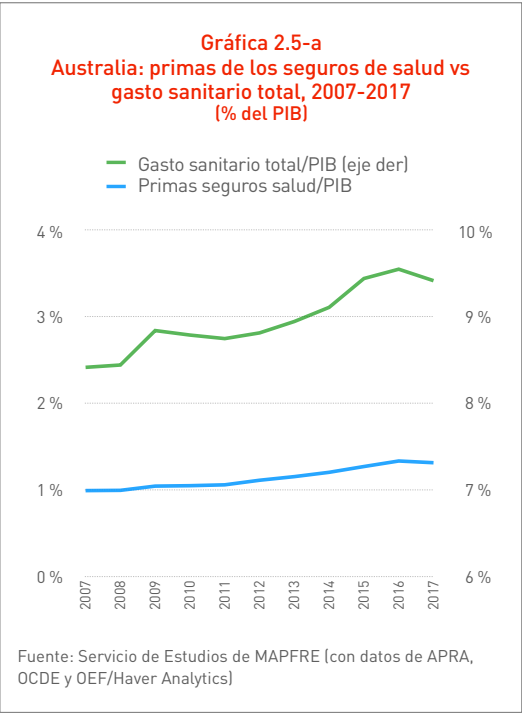
2.5 Australia

En Australia, el gasto sanitario total en 2017 representó el 9,4% del PIB (9,6% en 2016), 0,5 puntos porcentuales superior a la media de los países de la OCDE del 8,9%⁴⁸. Como se observa en la Gráfica 2.5-a, el gasto sanitario total respecto al PIB en ese país, ha crecido en un punto porcentual a lo largo del período 2007-2017.

Tabla 2.4-c
Chile: número de instituciones de salud, 2016
(atención hospitalizada con más de 10 camas)

Entidades	Número de instituciones	(%)
Hospitales Públicos	191	54,9 %
Clínicas Privadas	83	23,9 %
Mutuales	11	3,2 %
Clínicas Psiquiátricas, Centro Geriátrica, Recuperación	38	10,9 %
Institucionales (FFAA, Univ., Cobre, etc.)	16	4,6 %
Otros	9	2,6 %
Total	348	100,0 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de FONASA y Clínicas de Chile A.G.)



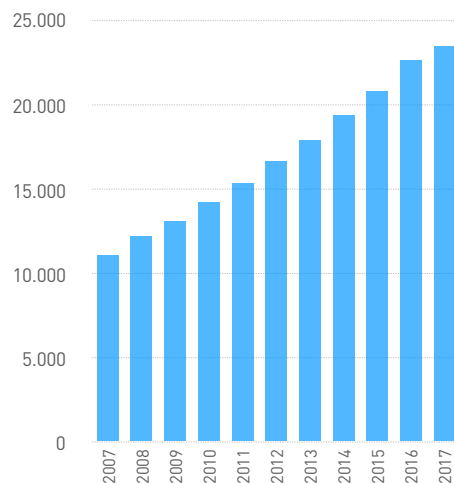
Por su parte, las primas de seguros de salud representaron el 1,3% del PIB en 2017⁴⁹. En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud se observa una tendencia ascendente a lo largo de la última década.

De manera específica, la evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.5-b y 2.5-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Australia en el mismo período. En general, se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud y del gasto sanitario total a los del PIB y el índice inflacionario. Así, a lo largo de la última década las primas de seguros de salud fueron las que más crecieron (111,6%), seguidas del gasto sanitario total (78,4%), frente a un crecimiento del PIB del 59,4%.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El actual sistema de salud australiano responde al modelo Beveridge, de cobertura universal financiado mediante impuestos. Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud, a continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual del presente estudio.

Gráfica 2.5-b
Australia: primas de los seguros de salud, 2007-2017
(millones de dólares australianos)

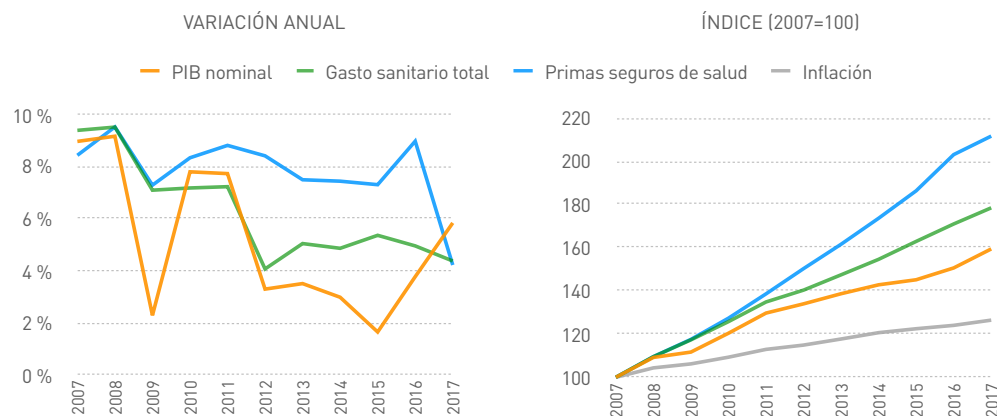


Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de APRA)

Pilar 0: cobertura mínima asistencial

La cobertura sanitaria a través de este pilar básico es residual en Australia, al tener implantado un sistema público universal con acceso total para todos los ciudadanos aus-

Gráfica 2.5-c
Australia: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
(tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de APRA, OCDE y OEF/Haver Analytics)

tralianos o neozelandeses⁵⁰, para los extranjeros con residencia permanente, así como para los titulares con visa de retorno y ciudadanos extranjeros de visita cuyo país de origen cuenta con acuerdos de garantía recíproca.

Los inmigrantes y las personas que ingresaron como refugiados o por razones humanitarias, por lo general, tienen acceso inmediato a la atención médica en el programa público (denominado *Medicare*).

Pilar 1

Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

La cobertura sanitaria pública para los australianos y demás residentes permanentes se realiza a través del programa público *Medicare*, el cual incluye los costos de atención primaria, los costos hospitalarios y el 85% de los costos de los especialistas. Asimismo, cubre ciertos servicios por parte de ópticos, personal de enfermería, obstétricas y odontólogos. Esta cobertura se financia aplicando un recargo del 2% en el impuesto sobre la renta.

Además de *Medicare*, y con el fin de aliviar la carga del sistema público, se ha establecido un sistema de incentivos para la contratación adicional de un seguro privado de salud (*Private Health Insurance*, PHI). El incentivo a los seguros privados de salud se articula en forma de penalización a través del impuesto sobre la renta con un recargo progresivo adicional a la tasa de *Medicare*, en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta (véase el Recuadro 2.5).

Las personas que hayan contratado el seguro médico privado pueden optar por la cobertura que les otorga *Medicare* acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

El gobierno federal australiano dispone de un comparador electrónico con el fin de facilitar el cotejo de precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud⁵¹. Existe un marco regulatorio específico en cuanto a la exactitud y oportunidad de la información que

debe suministrarse a los consumidores de seguros de salud en este comparador. La protección de los consumidores queda bajo el amparo del denominado "Private Health Insurance Ombudsman (PHIO)" con facultades de inspección de este mercado.

Asimismo, existen ayudas por parte del gobierno federal, el cual puede subsidiar parte de la primas del seguro privado en función de la amplitud de su cobertura y de los medios económicos del contratante.

Adicionalmente, en el año 2000 se introdujo la denominada "*Lifetime Health Cover*", con el fin de estimular a las personas más jóvenes a contratar un seguro hospitalario a una edad temprana y mantener su cobertura de por vida. Estos seguros ofrecen una prima menor a lo largo de su vida, si los participantes se inscriben antes de los 30 años.

Con respecto al pago de medicamentos, una amplia gama de medicamentos farmacéuticos están subsidiados bajo el Programa de Beneficios Farmacéuticos (PBS), siendo necesaria una tarjeta válida de *Medicare* para acceder a este beneficio. La cantidad subvencionada varía según el tipo de medicamento y se publica cada año por el departamento de salud australiano. En caso de necesitar gran cantidad de medicación o de manera prolongada, la Red de Seguridad del PBS (*PBS Safety Net*) puede, además, subsidiarlo en función de su cuantía.

Por otra parte, el procedimiento y modelo organizativo para la atención de urgencia es responsabilidad de cada gobierno estatal. En términos generales, se presta a través de los servicios de atención primaria y hospitales. En Queensland y Tasmania, los servicios de ambulancia de emergencia son provistos gratuitamente por el gobierno estatal. Nueva Gales del Sur y el Territorio de la Capital Australiana ofrecen cobertura de ambulancia gratuita para jubilados y personas de bajos ingresos. Sin embargo, en el resto de estados, *Medicare* no cubre el gasto de la emergencia u otros gastos de ambulancia.

Con respecto al cuidado de mayores, es provisto por el gobierno federal a través del programa de ayuda *Commonwealth Home Support Programme*. Este programa se encuentra actualmente en transición tratando de unificar

Recuadro 2.5 Incentivos al seguro privado de salud en Australia

El sistema de incentivos al seguro de salud privado en Australia se introdujo el 1 de julio de 1997 a través del "Private Health Insurance Incentives Scheme", con el propósito de estimular su contratación.

Este sistema proporcionaba desde de sus inicios un subsidio a las rentas más bajas que contratasen seguros privados de salud (subsidio que subsiste en la actualidad), a la vez que se complementó con la introducción del "Medicare Levy Surcharge, MLS", que es un recargo impositivo aplicable a las personas o familias con mayores ingresos que decidan no contratar el seguro. El objetivo de este gravamen es fomentar la contratación y mantenimiento de seguros privados que faciliten la sostenibilidad del sistema público de salud, al obligar a los beneficiarios que no lo contraten a tributar un impuesto adicional y progresivo en función de sus ingresos.

En sus orígenes, el MLS fue concebido como un recargo plano del 1% aplicable en el impuesto sobre la renta de las personas o familias que superaban un determinado umbral de ingresos. Sin embargo, tras su reforma en 2002, se aplica un tipo adicional progresivo en función del nivel de renta (véase la Tabla A).

Tabla A
Recargo al impuesto sobre la renta por la no contratación de un seguro privado de salud (dólares australianos)

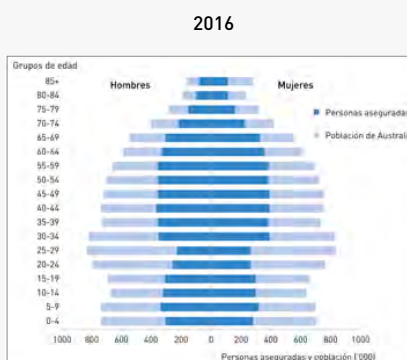
Tier	Nivel de ingreso para fines del recargo al impuesto por Medicare (Medicare Levy Surcharge, MLS)	MLS
	Umbral del 1 de julio de 2014 al 30 de junio de 2018	
No Tier	Individuos - \$0 - \$90,000 Familias - \$0 - \$180,000	Nulo
Tier 1	Individuos - \$90,001 - \$105,000 Familias - \$180,001 - \$210,000	1 %
Tier 2	Individuos - \$105,001 - \$140,000 Familias - \$210,001 - \$280,000	1,25 %
Tier 3	Individuos - \$140,001 + Familias - \$280,001 +	1,50 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información de AIHW)

Es importante destacar que los límites de ingresos en estas tablas se encuentran indexados para mantenerse actualizados con respecto a las variaciones en el salario promedio.

Adicionalmente, en el año 2000 se introdujo la denominada "Lifetime Health Cover", con el fin de estimular a las personas más jóvenes a contratar un seguro hospitalario a una edad temprana y mantener su cobertura de por vida. Estos seguros ofrecen una prima menor a lo largo de su vida, si los participantes se inscriben antes de los 30 años.

Gráfica A
Cobertura de grupos de edad, 2006 y 2016



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información de APRA)

Recuadro 2.5 (continuación)
Incentivos al seguro privado de salud en Australia

Tabla B
Listas de espera hospitalares públicas
(cifras a junio de cada año)

	Admisiones a listas de espera	Admisiones x 1.000 habitantes	Días de espera (percentil 50)	Días de espera (percentil 90)	% con más de 365 días de espera
2000-01	508.290	26	27	202	4
2001-02	508.371	26	27	203	5
2002-03	517.503	26	28	197	4
2003-04	528.949	27	28	193	4
2004-05	549.746	27	29	217	5
2005-06	556.770	27	32	226	3
2007-08	570.907	27	34	234	3
2008-09	601.037	28	33	219	3
2009-10	612.439	28	35	245	3
2010-11	627.184	28	36	250	3
2011-12	661.707	29	36	251	3
2012-13	671.033	29	36	265	3
2013-14	699.023	30	36	262	2
2014-15	697.593	30	35	253	2
2015-16	711.854	30	37	260	2
2016-17	748.091	31	38	258	2

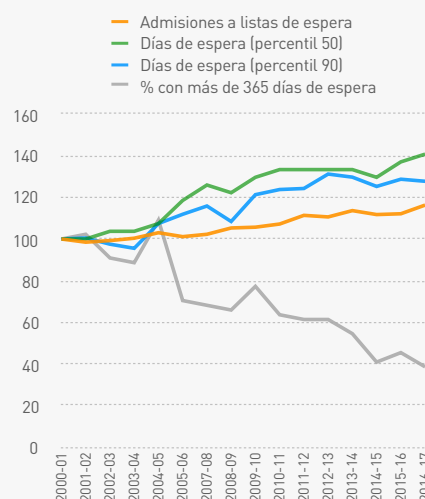
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de AIHW)

Con esta reforma se ha buscado una mayor eficiencia en los costes del sistema público y privado generando economías de escala, aumentar el porcentaje de cobertura sobre la población y aliviar las presiones en las listas de espera. Como se observa en la Gráfica A, el número de personas con seguros privados aumentó significativamente en el período 2006-2016.

Por otra parte, la evolución de las admisiones a listas de espera para intervenciones quirúrgicas programadas en hospitales públicos en el período 2000-2017 se puede observar en la Tabla B. Como se desprende de esa información, el número de admisiones a listas de espera en los hospitales públicos presenta una ligera tendencia ascendente en ese período, tanto en términos absolutos como en términos relativos.

Sin embargo, los tiempos de espera inferiores a un año no terminan de presentar una tendencia a la baja, sino que continúan creciendo

Gráfica B
Evolución de las listas de espera, 2000-2017
(índice, 2000-2001=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de AIHW, cifras a junio de cada año)

Recuadro 2.5 (continuación)
Incentivos al seguro privado de salud en Australia

de manera discreta en el caso de los tiempos medios (que oscilan entre 29 y 38 días en ese período) y del percentil 90, aunque este último parece haberse estabilizado a partir del año 2012 tras un crecimiento notable en los años anteriores. En el caso de los tiempos de espera superiores a 365 días, se observa una reducción significativa en el porcentaje (véase la Gráfica B).

Finalmente, en la Tabla C se muestra la evolución de las fuentes de financiación de los hospitales públicos y privados en Australia el período 2006-2016. Como resultado de la política pública implementada, se observa una tendencia creciente de la financiación procedente de los seguros privados de salud, especialmente significativa en el caso de los hospitales públicos.

Tabla C
Fuentes de financiación hospitales públicos y privados, 2006-2016

	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015	2015-2016
Hospitales Públicos										
Pacientes públicos	86.5	86.0	85.6	85.1	85.1	84.5	83.3	82.3	82.8	82.7
Pacientes con seguros privados	8.2	8.8	9.2	9.9	10.0	10.6	12.4	13.2	13.6	13.9
Fondos propios	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.0	0.9	0.8	0.7
Compensación trabajadores	0.5	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4
Reclamaciones de daños a terceros, vehículos a motor	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.4
Departamento de asuntos de los Veteranos	2.8	2.6	2.5	2.3	2.2	2.1	1.9	1.7	1.5	1.4
Otros	0.4	0.5	0.5	0.6	0.5	0.5	0.5	1.0	0.4	0.5
Total hospitales públicos	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Hospitales Privados										
Pacientes públicos	1.7	2.4	3.1	2.9	2.9	2.9	3.1	3.3	3.7	3.8
Pacientes con seguros privados	79.8	79.8	79.2	80.0	80.3	80.9	82.0	82.6	82.9	83.2
Fondos propios	8.9	8.5	8.5	8.3	8.2	8.0	7.6	7.2	6.9	6.6
Compensación trabajadores	1.7	1.6	1.7	1.7	1.7	1.8	1.6	1.5	1.4	1.3
Reclamaciones de daños a terceros, vehículos a motor	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2
Departamento de asuntos de los Veteranos	7.1	6.4	6.1	5.8	5.5	5.2	4.8	4.5	4.3	4.0
Otros	0.7	1.1	1.3	1.2	1.2	1.1	0.7	0.7	0.7	0.8
Total hospitales privados	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de AIHW, cifras a junio de cada año)

los servicios que se prestan a los largo de todo el territorio, destacando el reciente acuerdo de integrar el programa (*Victorian My Age Care*, en 2016). Los beneficios del programa están destinados a mayores de 65 años agrupándose en 3 niveles:

- *Community and Home Support*. Este primer nivel es el más completo, contando con una amplia gama de tratamientos terapéuticos, transporte, asistencia tecnológica, cuidados personales, enfermería a domicilio y servicios de comidas.
- *Assistance with Care and Housing*. En colaboración con el primer nivel, este ofrece servicios de asesoría legal, financiera y consultas-asesoramiento sobre planes privados.
- *Care Relationships and Care Supporter*. Servicios de atención flexible.

El coste de los servicios corre a cargo de las personas que lo reciben. No obstante, existen subsidios estatales con el fin de mantener un coste razonable y soportable, en función de las circunstancias patrimoniales de los beneficiarios de los servicios.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

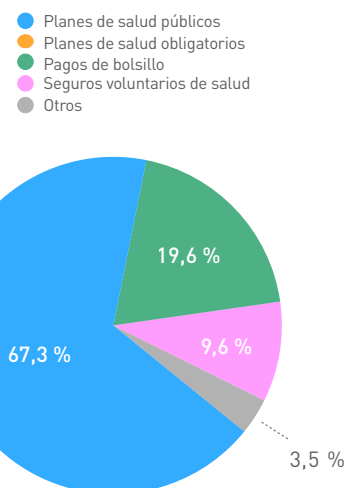
En Australia, algunos fondos de salud proporcionan políticas de cobertura de salud diseñadas para empresas u organizaciones específicas, que pueden ser parte del paquete de beneficios sociales de la compañía. Sin embargo, la importancia relativa de este pilar es residual respecto a la cobertura privada individual, dados los incentivos y las facilidades para la contratación de seguros individuales de salud.

Pilar 3

Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado en Australia, según datos de la OCDE, fue de 4.543 USD por habitante (4.514 USD en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible (2015), en torno a 3.060 USD (67,3%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 32,7% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 434 USD⁵² por persona (9,6%). Los denomina-

Gráfica 2.5-d
Australia: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

dos gastos de bolsillo en salud se situarían en torno al 19,6% del gasto per cápita total y el resto (3,5%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.5-d).

Análisis de otros indicadores relevantes

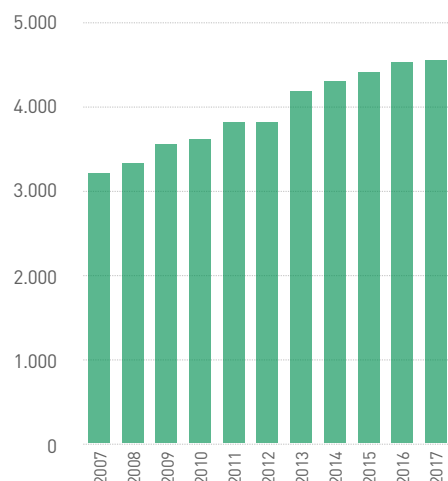
Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en Australia en 2017 fue un 11,7% superior a la media de los países de la OCDE (4.543 USD frente a 4.069 USD⁵³). La evolución del gasto per cápita en la última década disponible se muestra en las Gráficas 2.5-e y 2.5-f.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.5-g), en el año 2016 el número de médicos ejercientes en Australia era de 3,6 por cada mil habitantes, un 5,0% superior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). Asimismo, el número de enfermeros en 2016 era de 11,6 por cada mil habi-

Gráfica 2.5-e
Australia: gasto sanitario por habitante,
2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

tantes, un 29,2% superior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Por otro lado, el número de camas de hospital en 2015 era de 3,8 por cada mil habitantes, un -18,1% inferior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).

En cuanto al número de equipos de imagen por resonancia magnética, como se ilustra en la Gráfica 2.5-h, era de 15 por cada millón de habitantes, un -8,5% inferior a la media de los países de la OCDE (16,4 por cada millón de habitantes). Por otra parte, el número de equipos de tomografía axial computarizada en Australia era de 64,4 por cada millón de habitantes, un 146,3% superior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

Indicadores de uso del sistema sanitario

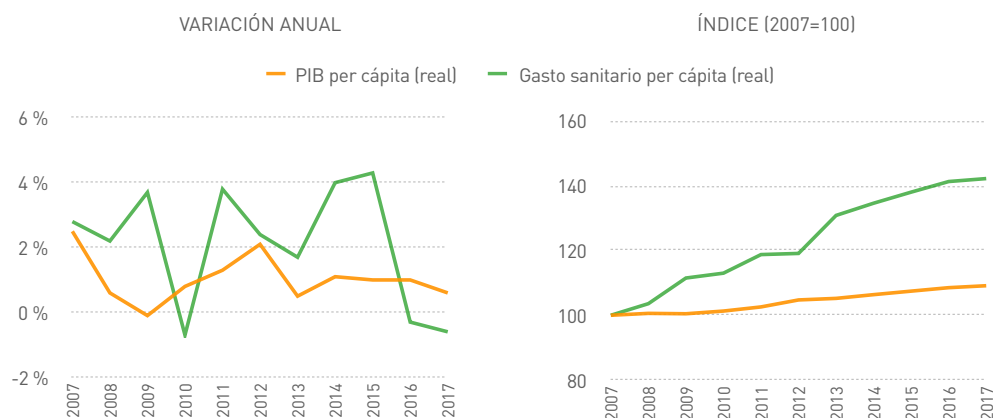
En Australia, el número anual per cápita de consultas a médicos en 2017 se situó en 7,7 visitas por año, un 10,9% superior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2015-2016).

Respecto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes, en 2015 fue de 178,2 por cada mil habitantes, un 13,9% superior a la media de la OCDE⁵⁴ (156 altas anuales en el período 2015-2016). La estancia media en el hospital, por su parte, se situó en 5,5 días, un -32,3% inferior a la media de la OCDE (8,1 días).

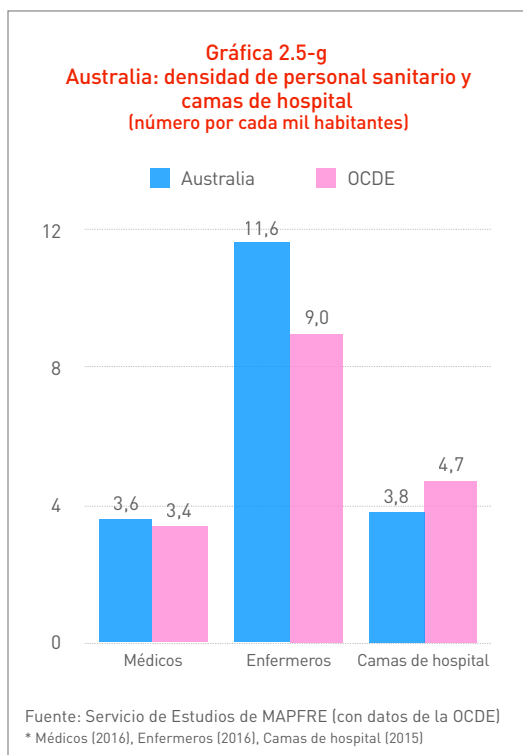
Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la

Gráfica 2.5-f
Australia: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)



población de un país, era de 82,5 años en 2016, según datos de la OCDE, 1,7 años superior a la media de los países que conforman esa organización (80,8 años)⁵⁵.

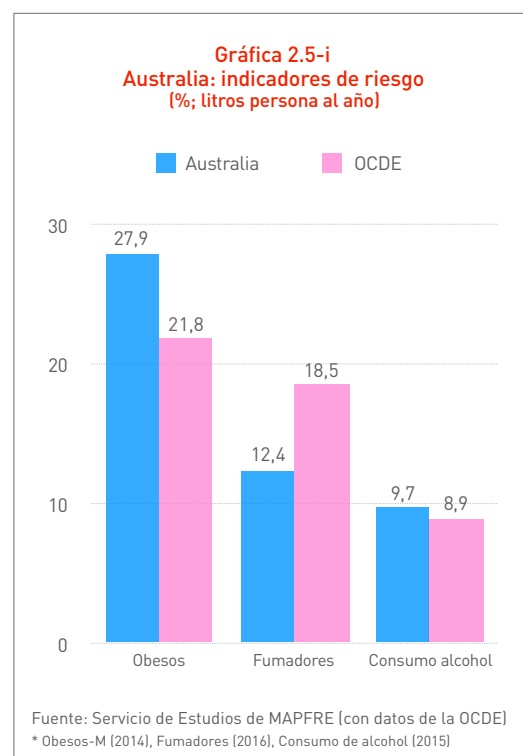
Por otro lado, la esperanza de vida saludable en Australia se estima en torno a 71,5 años, dato que contrasta con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón, de 73,6 y 73,2 años, respectivamente.

Factores de riesgo para la salud

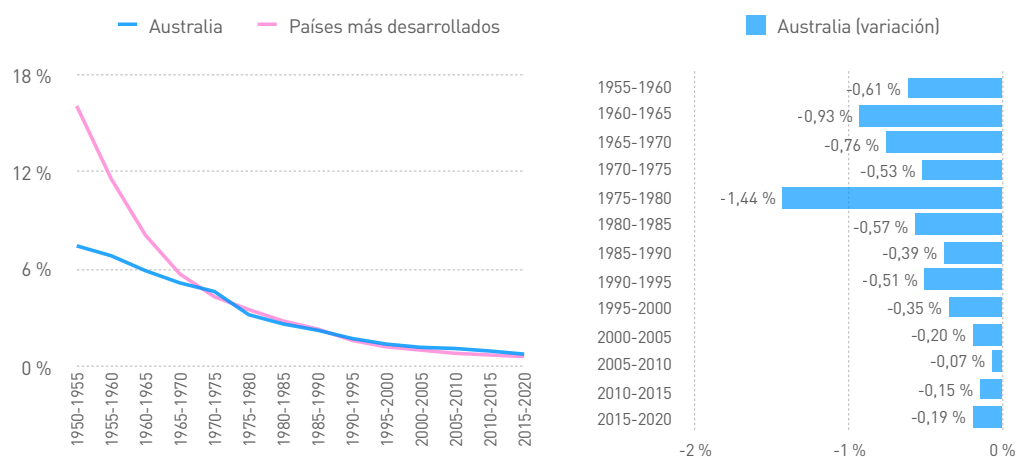
Como ocurre con todos los sistemas de salud a nivel internacional, promover estilos de vida saludables, incluyendo programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y contra el tabaquismo es percibido como un elemento esencial de prevención de enfermedades en cualquier sistema de salud.

De los factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.5-i), el porcentaje de personas obesas en Australia basado en mediciones reales, era del 27,9% en 2014 (último dato disponible), 6,1 puntos porcentuales por encima de la media de los países de la OCDE que disponían de ese dato (21,8% en 2014).

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 12,4% en 2016, inferior a la media de la OCDE en -6,1



Gráfica 2.5-j
Australia: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016).

Por último, el consumo de alcohol en el año 2015 (último disponible) se situaba en 9,7 litros de consumo por persona y año, un 9% superior a la media de la OCDE (8,9 litros).

la OCDE (véase la Gráfica 2.5-k), la tasa de fallecidos en 2014 en Australia en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 4 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un -46,6% inferior a la media de los países de la OCDE (7,5).

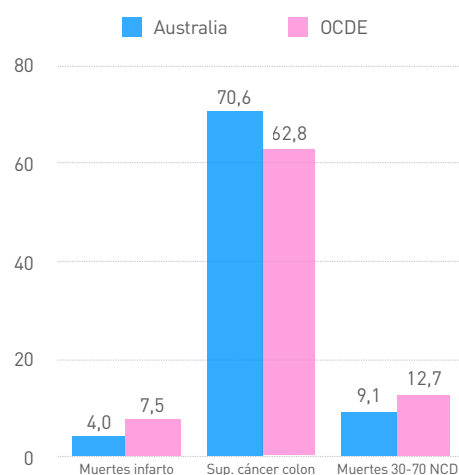
Indicadores de calidad en la atención sanitaria

Como se ha apuntado antes, la mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como señal del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

Según datos de la ONU, el porcentaje de muertes infantiles hasta los cuatro años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida desde el año 1960 (véase la Gráfica 2.5-j). En el caso de Australia, a pesar de que replica esta tendencia, es de destacar que desde los años noventa presenta un porcentaje ligeramente superior a la media de los países más desarrollados⁵⁶.

Otro de los indicadores ampliamente utilizado relacionado con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de

Gráfica 2.5-k
Australia: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)

* Muertes por infarto (2014), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Asimismo, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 fue del 70,6%, superior en 7,8 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%). Finalmente, la tasa de fallecimientos de personas entre 30 y 70 años por enfermedades no transmisibles (NCDs) en 2016 en Australia fue del 9,1%, -3,6 puntos porcentuales por debajo del promedio de los países de la OCDE (12,7%).

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las diez mayores compañías en 2017 se muestran en la Tabla 2.5. Como se desprende de esa información, las diez primeras compañías aseguradoras de salud acaparan el 90,6% de las primas de seguros de salud.

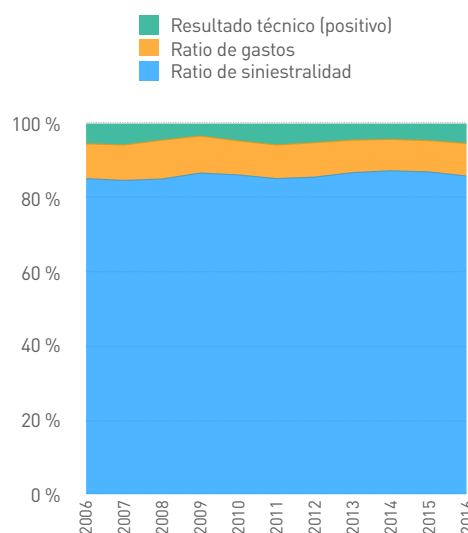
Por otra parte, la evolución de la siniestralidad, gastos y resultados técnicos de los seguros de salud, como porcentaje de las primas (ratio combinado), se muestra en la Gráfica 2.5-l. En general, se observa un comportamiento técnico positivo a lo largo del período analizado.

Tabla 2.5
Australia: ranking de entidades
aseguradoras de Salud
por volumen de primas, 2017

Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1 BUPA HI PTY LIMITED	4.902,9	27,7 %
2 MEDIBANK PRIVATE LIMITED	4.679,8	26,5 %
3 HOSPITALS CONTRIBUTION FUND OF AUSTRALIA	1.906,4	10,8 %
4 NIB HEALTH FUNDS LIMITED	1.278,9	7,2 %
5 HBF HEALTH LIMITED	1.237,3	7,0 %
6 AUSTRALIAN UNITY HEALTH LIMITED	520,9	2,9 %
7 TEACHERS FEDERATION HEALTH LIMITED	457,9	2,6 %
8 GMHBA LIMITED	362,0	2,0 %
9 DEFENCE HEALTH LIMITED	358,9	2,0 %
10 CBHS HEALTH FUND LIMITED	300,2	1,7 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de APRA)

Gráfica 2.5-l
Australia: ratios de eficiencia operativa
y en la suscripción, 2006-2016
(ratio combinado, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de APRA)

Breve referencia a otros proveedores de servicios

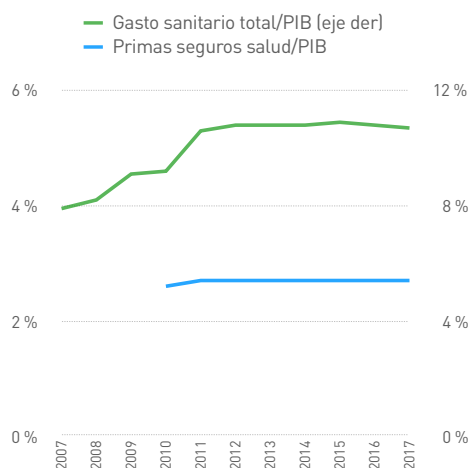
Respecto los principales proveedores de servicios sanitarios, de entre las diversas asociaciones médicas que existen en Australia⁵⁷ las dos más representativas son la "Australian Salaried Medical Officers' Federation" (ASMOF)⁵⁸ y la "Australian Medical Association" (AMA)⁵⁹.

En cuanto al resto de los proveedores de servicios sanitarios es de destacar la denominada "Australian Healthcare and Hospitals Association" (AHHA)⁶⁰, que integra a hospitales públicos, hospitales sin ánimos de lucro y hospitales privados, entre otros proveedores de servicios.

2.6 Japón

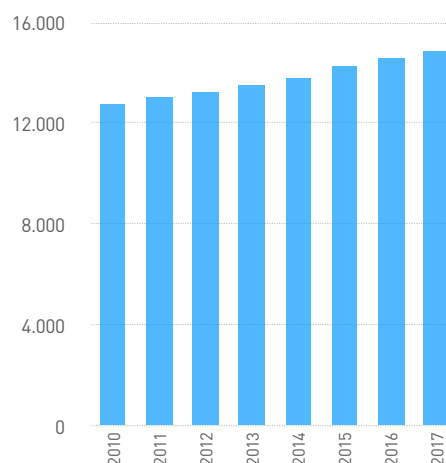
El gasto sanitario total en Japón en 2017 representó el 10,7% de su PIB (10,8% en 2016), 1,8 puntos porcentuales superior a la media de los países de la OCDE del 8,9%, según datos de esta institución⁶¹. El porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB se encuentra estabilizado en torno al 10,7% desde el año 2012, si bien es de destacar el fuerte crecimiento que

Gráfica 2.6-a
Japón: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Finaccord, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.6-b
Japón: primas de los seguros de salud,
2010-2017
(millardos de yenes)



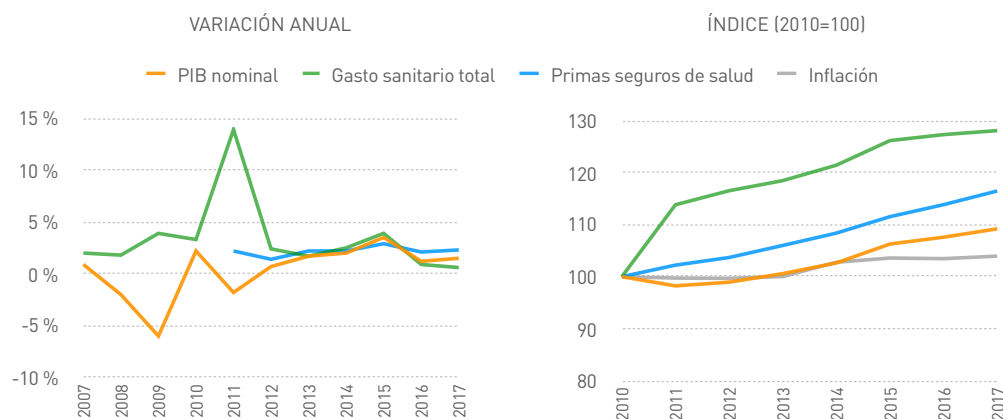
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Finaccord)

experimentó entre los años 2007 y 2011, pasando de representar el 7,9% al 10,6% del PIB, atribuible, en parte, al incremento de los costes sanitarios derivados del envejecimiento de la población, unido a la desaceleración y caída del PIB en esos años. Este incremento fue el determinante de diversas reformas que, de momento,

parece que han logrado estabilizarlo (véase Gráfica 2.6-a).

Las primas de seguros de salud, por su parte, representaron el 2,7% del PIB en 2017⁶². En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud se desprende que se

Gráfica 2.6-c
Japón: variación de las primas de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
(tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2010=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Finaccord, OCDE y OEF/Haver Analytics)

encuentra estabilizado en torno al 2,7% del PIB desde el año 2010.

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.6-b y 2.6-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Japón en el mismo período. Cabe señalar que el fuerte incremento del gasto sanitario total que se observa en el año 2011 se debió a un cambio de criterio contable.

En general, se aprecian crecimientos mayores del gasto sanitario total y de las primas de seguros de salud a los del PIB. De esta forma, a lo largo del período 2010-2017, el gasto sanitario total fue el que más creció (28,2%) seguido de las primas de seguros de salud (16,5%) frente a un crecimiento del PIB del 9,2%.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El modelo sanitario japonés se encuadra en los modelos del tipo bismarkiano. No obstante, incorpora elementos del sistema Beveridge al existir programas de protección pública con el fin de extender la cobertura sanitaria de forma universal a todos los residentes del país.

El sistema se financia principalmente a través de primas de seguro subsidiadas por impuestos. Según la última información

disponible (2016) referida al año 2014, dentro del gasto sanitario en salud (NHCE)⁶³ la financiación mediante impuestos representó el 38,8% del gasto total (véase la Tabla 2.6-a). Asimismo, las primas de los seguros colectivos de empleo ascendieron al 20,4%, las primas del seguro nacional de salud para trabajadores autónomos y otras personas no cubiertas a través de una relación empresarial al 28,3%, los gastos de bolsillo en salud al 11,7% y el resto (0,8%) a otros conceptos.

Debe destacarse que el sistema de salud japonés se caracteriza por ser uno de los mayores programas de seguro de salud del mundo, cubriendo a la práctica totalidad de la población japonesa y a los residentes a largo plazo (más de 127 millones de personas).

A continuación se describen los distintos niveles de cobertura de este sistema sanitario, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual planteado para el presente estudio.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

Al tener implantado un sistema de cobertura sanitaria para todos los residentes, este pilar carece de contenido en el sistema sanitario japonés. Existe una red de hospitales que atienden a extranjeros en caso de urgencia, pero en cualquier caso los proveedores de los servicios tienen derecho a exigir y perseguir posteriormente el pago correspondiente⁶⁴.

Tabla 2.6-a
Japón: fuentes de financiación del gasto en salud (%)

	1985	1995	2000	2005	2011	2014
Gasto total en salud	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Impuestos						
Gobierno central	26,6	24,2	24,7	25,2	25,9	25,8
Gobiernos locales	6,8	7,5	8,5	11,4	12,2	13,0
Total	33,4	31,7	33,2	36,6	38,1	38,8
Primas de seguros						
Trabajadores	23,4	24,5	22,7	20,3	20,1	20,4
NHI (autónomos y otros)	30,9	31,9	30,7	28,7	28,3	28,3
Total	54,3	56,4	53,4	49,0	48,5	48,7
Gastos de bolsillo	12,0	11,8	13,4	14,4	12,7	11,7

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con información del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar)

Pilar 1 **Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)**

En Japón, la ley exige que todos los residentes tengan cobertura de seguro de salud. Las personas sin seguro de los empleadores disponen de un plan nacional de seguro de salud (*National Health Insurance Programme*, NHI), que es administrado por los gobiernos locales.

Se trata, por tanto, de un sistema con una combinación de dos estructuras desarrolladas por separado: el seguro de salud basado en el empleo (*kenko hoken*) y el seguro nacional de salud basado en la residencia (*kokumin kenko hoken*). Además, incorpora una cobertura específica para las personas de 75 años en adelante y de cuidados a largo plazo.

Existe implantado un sistema de tarjeta sanitaria, pudiendo las personas elegir las instituciones médicas a las que quieren ir y recibir atención médica a un coste predeterminado. Los pacientes son libres de seleccionar médicos o centros de atención y no se les puede negar la cobertura. Deben soportar un copago, normalmente del 30%, aunque puede reducirse hasta el 10% en función de las circunstancias personales del asegurado.

Seguro de salud basado en el empleo **(*kenko hoken* o SHI)**

Existen dos programas de seguro de salud basados en el empleo, uno para el sector público y los empleados de grandes empresas, y otro para empleados de pequeñas y medianas empresas (con cinco o más empleados) administrados, respectivamente, por una sociedad de seguro de salud (*Health Insurance Society*) y por la Asociación de Seguros de Salud de Japón (*Japan Health Insurance Association-managed Health Insurance*). Las empresas de 700 o más trabajadores pueden constituir su propia sociedad de seguros de salud, previa aprobación del Ministerio de Salud y Trabajo. El coste del seguro se carga en la nómina del trabajador, existiendo además una contribución por parte del empleador.

Seguro de salud nacional basado en la **residencia (*kokumin kenko hoken* o NHI)**

El actual Seguro de Salud Nacional basado en la residencia se estableció después de la aprobación de la Ley del Seguro Nacional de

Salud en 1938. Sin embargo, su implementación se complicó en gran medida con la Segunda Guerra Mundial. Además, el NHI no tuvo éxito en cubrir a toda la población porque los municipios, que estaban a cargo de la administración local del NHI, no tenían el mandato de establecer programas locales. Como resultado, aproximadamente un tercio de la población permanecía sin seguro a mediados de los años cincuenta.

Esta situación llevó a una enmienda a la Ley del Seguro Nacional de Salud en 1958 que incorporaba la obligación para todos los municipios de establecer y administrar estos programas basados en la residencia, cubriendo el 50% de los costos de atención médica en ese momento. En 1968, el beneficio aumentó hasta cubrir el 70%.

Cobertura para la población de mayor edad

En 1972 Japón estableció una estructura de seguro de salud única para las personas mayores, cuando subsidió su carga del 30% de coste compartido dentro de NHI, haciendo que la salud fuera gratuita para la mayoría de los mayores de 70 años, mediante la reasignación de fondos públicos. Sin embargo, entre 1973 y 1980 el gasto en salud para la población de mayor edad aumentó más de cuatro veces, lo que generó preocupaciones sobre la sostenibilidad.

En este contexto, en 1983, la Ley de Cuidado de Salud puso fin a la atención gratuita para las personas mayores, exigiendo un pequeño copago y aumentando la edad de entrada a los 75 años. Además, esta legislación subsidió de manera cruzada el programa NHI mediante la transferencia de ingresos del seguro de salud basado en el empleo. Como resultado de estas dos reformas, la Ley de Atención Médica para Mayores se considera una de las partes más críticas de la legislación sanitaria en la historia de la política de salud japonesa.

Cuidado a largo plazo

El cuidado de los problemas de salud crónicos es otro de los elementos considerados por el sistema de salud japonés, con el fin de contar con un sistema que permita una atención médica a largo plazo adecuada. Sin embargo, la carga financiera asociada con la atención a largo plazo hace difícil la incorporación de esta cobertura al sistema de seguro de salud

existente, por lo que se estableció un nuevo sistema.

La Ley del Seguro de Cuidado a Largo Plazo aprobada en 1997, brinda cobertura para atención institucional, servicios de atención domiciliaria y servicios basados en la comunidad para mayores de 65 años, y entre 40 y 64 con discapacidades relacionadas con el envejecimiento.

El seguro de cuidado a largo plazo impulsó el crecimiento de una nueva profesión conocida como "care manager" que está cubierta bajo este esquema y sirve como punto de acceso central para los beneficios. El seguro de cuidado a largo plazo, a diferencia del seguro de cuidado de la salud (*health care insurance*), establece un límite en los beneficios que pueden recibirse. Una vez que los beneficiarios superan este límite, todos los servicios deben pagarse de su bolsillo.

Últimas reformas

La Ley de reforma del sistema de salud de 2015 entró en vigor en 2018, pasando de la supervisión del NHI del nivel municipal al nivel de las prefecturas. Trata de solucionar así el problema de los desequilibrios en las coberturas a nivel territorial y el incremento de los costes sanitarios.

Para respaldar esta transición, la ley otorga a las prefecturas mayor autoridad y responsabilidad relacionadas con la financiación y el sistema de prestación de servicios de salud, suponiendo un cambio de relevante importancia en la atención médica, desde el establecimiento del sistema moderno de atención de la salud.

Principales instituciones relacionadas con el sistema sanitario japonés

La descripción general de los principales actores de la política de salud se muestra a continuación⁶⁵.

Gobierno central. Supervisa y regula la asistencia sanitaria a través del control del sistema de seguro de salud. Específicamente, el gobierno central supervisa los contratos de seguro de salud entre el gobierno y los proveedores. Es también responsable de regular las prácticas de la industria farmacéutica, incluidos los ensayos clínicos, la investigación posterior al mercado y la fabricación. Estas regulaciones son creadas y llevadas a cabo por varias ofici-

nas del Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (MHLW). La evaluación de las nuevas aplicaciones de medicamentos y dispositivos médicos es competencia de la Agencia de Productos Farmacéuticos y Médicos (PMDA).

Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar. El MHLW se estableció originalmente en 1938 como el Ministerio de Salud y Bienestar. En 2001 se fusionó con el Ministerio de Trabajo. Incluye más de 143 hospitales nacionales, 8 oficinas nacionales de bienestar social, 6 institutos de investigación y 16 consejos. Las 47 oficinas laborales y las 47 oficinas de seguro social (una de cada una de las prefecturas) también están dentro de la organización del MHLW. Además, tiene varias oficinas que influyen en la política de salud:

- *Buró de Seguros Médicos (HIB).* Desempeña un papel activo en la revisión bianual del programa de tarifas y respalda las mejoras del sistema de atención médica.
- *Oficina de Políticas de Salud.* Investiga y propone opciones de políticas en áreas de políticas relevantes, que incluyen capacidad de respuesta, provisión de servicios, fuerza de trabajo y tecnología de salud.
- *Oficina de Servicios de Salud.* Se enfoca en el cuidado de la salud regional, la promoción de la salud, las medidas para abordar las enfermedades infecciosas, el saneamiento y el trasplante de órganos.
- *Oficina de Seguridad Alimentaria y Farmacéutica.* Establece políticas para garantizar la seguridad y eficacia de productos farmacéuticos, dispositivos médicos y cosméticos. También establece normas de seguridad para hospitales y gestiona el suministro de sangre. Esta oficina también se encarga de abordar el uso de sustancias ilícitas.
- *Oficina de Salud y Bienestar para la Tercera Edad.* Propone políticas para apoyar al creciente envejecimiento de la población con un enfoque en el seguro de salud y los servicios de atención de apoyo.
- *Oficina de Normas Laborales.* Supervisa la salud y la seguridad de los trabajadores, incluidas las horas de trabajo, la remuneración de los trabajadores y los salarios.

Agencia de Dispositivos Médicos y Farmacéuticos (PMDA). La PMDA, establecida en 2004, es una agencia reguladora del gobierno responsable de evaluar nuevas aplicaciones de medicamentos y dispositivos médicos, la seguridad posterior a la comercialización y abordar los daños relacionados con los efectos adversos para la salud. La agencia está compuesta por varias oficinas, incluida la Oficina de Programas Internacionales, que se comunica con solicitantes y consultas no japoneses; la *Office of Regulatory Science*, que trabaja para desarrollar la capacidad de ciencia regulatoria de Japón, y la *Office of Cellular and Tissue-Based Products*, especializada en productos biológicos. A través de varias políticas y estrategias organizacionales, el PMDA ha logrado reducir el tiempo de revisión promedio de los productos de revisión estándar de 22 meses en 2008 a 11,5 meses en 2011. El tiempo promedio de revisión de los productos de revisión de prioridad pasó de 15,4 meses en 2008 a 6,5 meses en 2011.

Consejo Médico del Seguro Social Central. El Consejo Médico del Seguro Social Central, (*Chuikyou*) está dirigido por personal del HIB del MHLW y se reúne para asesorar al Ministro de Salud sobre el seguro de salud y los servicios de salud. El consejo tiene representantes del lado del pagador, del lado del proveedor y del interés público que sirven en el consejo. Se reúnen varias veces al año, siendo la función principal de este consejo debatir y establecer revisiones de tarifas de los servicios médicos y farmacéuticos.

Oficina de Presupuesto del Ministerio de Finanzas. La Oficina de Presupuesto (BB) del Ministerio de Finanzas está incluida en la lista de actores de la política de salud porque supervisa el subsidio que el gobierno otorga al seguro nacional de salud. Este subsidio se financia mediante impuestos, así como con préstamos del gobierno. BB tiene gran influencia durante el proceso semestral de revisión de tarifas. Estas revisiones implican largas negociaciones que involucran a diversos actores.

Gobiernos de las Prefecturas. A través de la Ley de atención médica de 1948, los gobiernos de las prefecturas supervisan las instalaciones médicas y los proveedores dentro de la prefectura. A diferencia del gobierno central, que regula asuntos contractuales y de pago, los

gobiernos de las prefecturas regulan los problemas de gestión, incluidas las instalaciones y la fuerza de trabajo. El papel de los gobiernos de las prefecturas en la planificación hospitalaria se introdujo en la revisión de la Ley de atención médica de 1985. Los gobiernos de las prefecturas también administran centros de salud pública que lideran el saneamiento, control de enfermedades y asuntos ambientales. Los gobiernos de más de 70 ciudades japonesas importantes comparten estas responsabilidades de salud pública.

Gobiernos municipales. Establecen la política de salud pública relacionada con la prevención de enfermedades y la salud familiar a través de los centros de salud de la comunidad. La Ley de Cuidado de Salud para Personas Mayores de 1982 aumentó la participación municipal, al disponer que los gobiernos municipales incrementasen los servicios de salud para estas personas, como por ejemplo la educación preventiva y las evaluaciones de salud. La Ley de Promoción de la Salud de 2002 hizo un llamamiento para que los gobiernos municipales participasen activamente en la planificación de la salud comunitaria.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

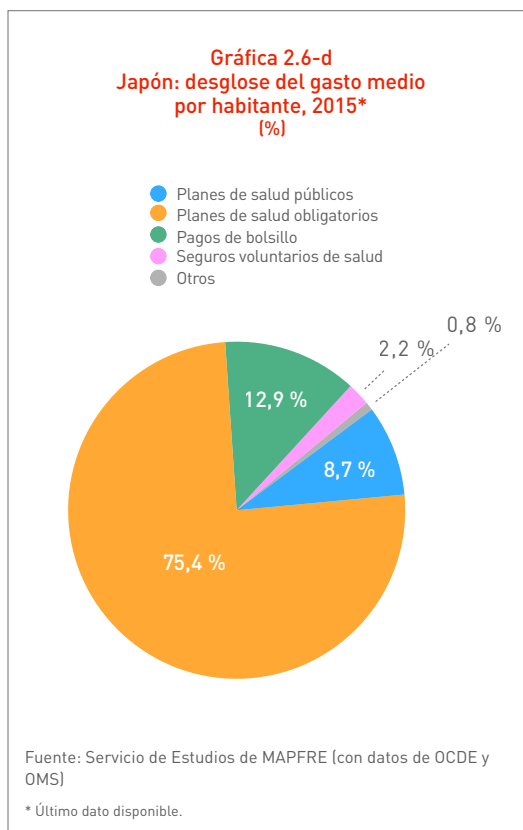
En Japón, tanto las grandes como las pequeñas y medianas empresas (de menos de cinco trabajadores) están obligadas a ofrecer cobertura sanitaria del primer pilar a sus empleados, más allá del seguro de accidentes laborales. Esto supone que este segundo pilar de cobertura voluntaria tiene una relevancia marginal en el sistema sanitario japonés.

Pilar 3

Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado en Japón, según datos de la OCDE, fue de 4.717 USD por habitante (4.585 USD en 2016).

De ellos, aplicando la última distribución disponible (2015), en torno a 3.968 USD (84,1%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 15,9% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 104 USD por persona (2,2%)⁶⁶. Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno al 12,9% del gasto



per cápita total y el resto (0,8%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.6-d).

La amplia cobertura proporcionada por el sistema público de seguro de salud, hace que la importancia relativa del gasto privado sea reducida. La industria privada de seguros en Japón suele comercializar el seguro privado médico como un complemento del seguro de vida, como un seguro de reembolso de gastos, cubriendo enfermedades crónicas y hospitalización. Ofrecen al asegurado una suma global al momento del diagnóstico o de la hospitalización. En particular, el seguro contra el cáncer ha ganado fuerza en los últimos tiempos. También existen coberturas contratadas de forma independiente a los seguros de vida, aunque su peso es menor.

Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

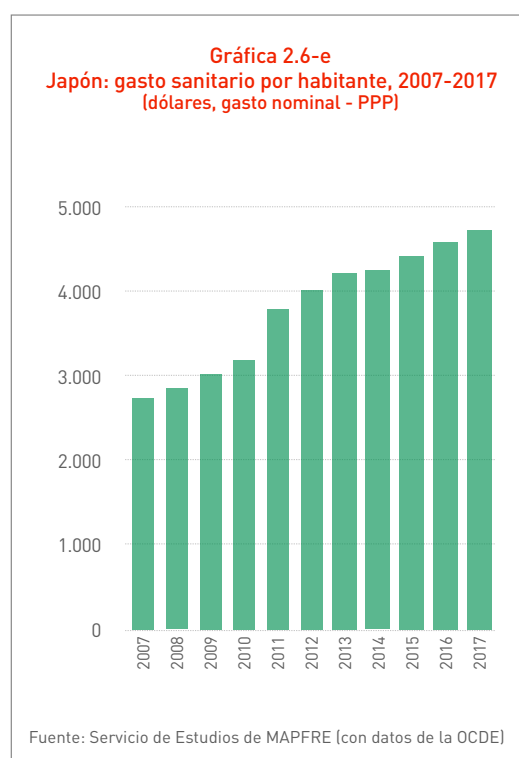
El gasto sanitario total per cápita en Japón en 2017 fue un 15,9% superior a la media de los países de la OCDE (4.717 USD frente a 4.069 USD)⁶⁷. La evolución del gasto per cápita en la

última década disponible se muestra en las Gráficas 2.6-e y 2.6-f.

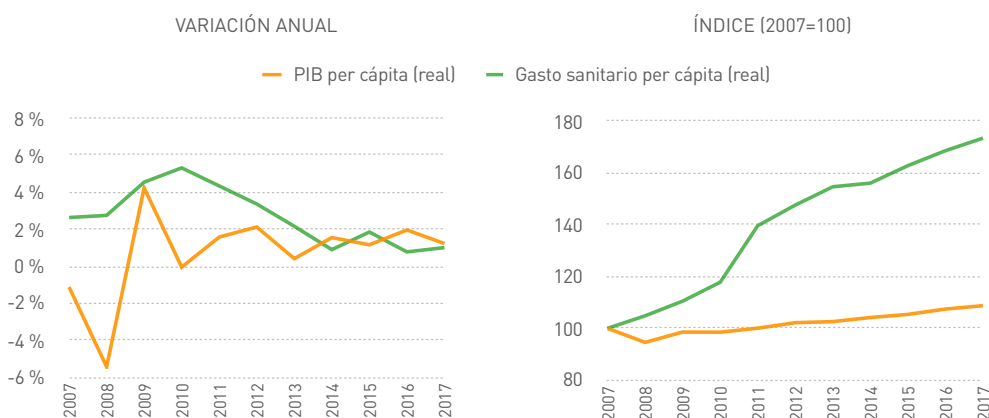
Como se desprende de esta información, en 2011 hubo un cambio de criterio en la contabilidad nacional de Japón relativo a los gastos sanitarios totales, lo que distorsiona el dato de crecimiento de ese año. El dato correspondiente al crecimiento real se ha obtenido por interpolación del año anterior y el posterior. Así, se observa una tendencia decreciente a partir del año 2010.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.6-g), en 2016 el número de médicos ejercientes en Japón era de 2,4 médicos por cada mil habitantes, un -28,5% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). Sin embargo, el número de enfermeros en 2016 era de 11,3 por cada mil habitantes, un 25,9% superior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Asimismo, el número de camas de hospital era de 13,1 por cada mil habitantes, un 181,7% superior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).



Gráfica 2.6-f
Japón: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)

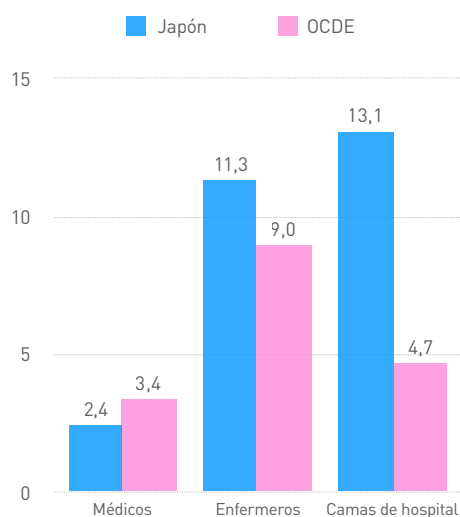


Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

Por otro lado, como se ilustra en la Gráfica 2.6-h, en 2014 el número de equipos de imagen por resonancia magnética en Japón era de 51,7 por cada millón de habitantes, lo que significa un 229,2% más que la media de los países de la OCDE (15,7 por cada millón de habitantes). De

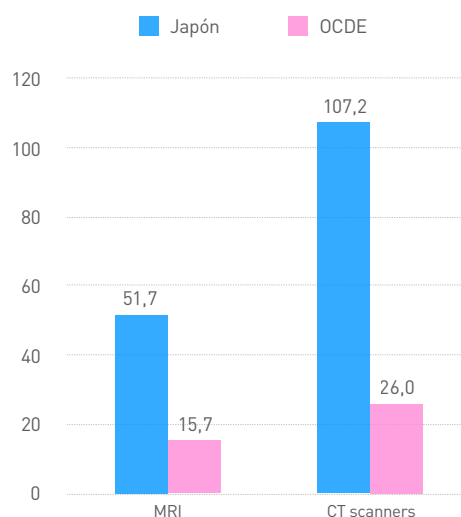
igual forma, los equipos de tomografía axial computerizada se situaron en 107,2 por cada millón de habitantes, un 312,2% superior a la media de los países de la OCDE (26 por cada millón de habitantes).

Gráfica 2.6-g
Japón: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2016)

Gráfica 2.6-h
Japón: equipos MRI y CT scanners
 (número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * MRI (2014), CT scanners (2014)

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos en 2015 se situó en 12,8 visitas por año un 84,4% superior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2015-2016). En cuanto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016 fue de 126,4 por cada mil habitantes, un -19,2% inferior a la media de la OCDE⁶⁸ (156 altas anuales en el período 2015-2016). La estancia media en el hospital se situó en 28,5 días, un 250,9% superior a la media de la OCDE (8,1 días).

Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer en Japón (uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país) era de 84,1 años en 2016, la mayor a nivel mundial, según datos de la OCDE, y 3,3 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otro lado, la esperanza de vida saludable se estima en torno a 73,2 años la segunda mayor a nivel mundial solo detrás de Singapur con 73,6 años⁶⁹.

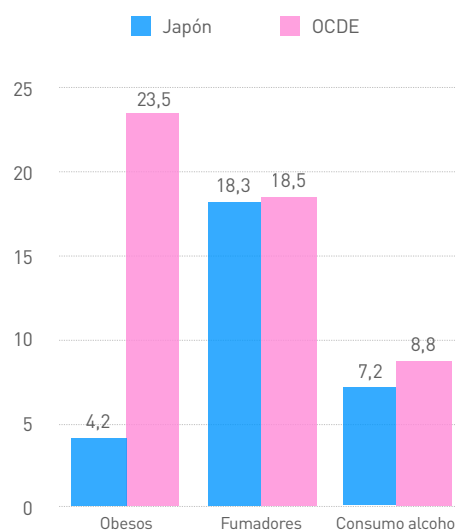
Factores de riesgo para la salud

Analizando los tres factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.6-i), el porcentaje de personas obesas en Japón (basado en mediciones reales) era del 4,2% en 2016, por debajo en 19,3 puntos porcentuales de la media de los países de la OCDE que disponían de ese dato (23,5% en el período 2016). En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 18,3 % en 2016, muy similar a la media de la OCDE (18,5% en el período 2015-2016). Por último, el consumo de alcohol en el año 2016 (último disponible) se situaba en 7,2 litros de consumo por persona y año, un -18% inferior a la media de la OCDE (8,8 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como predictor del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los

Gráfica 2.6-i
Japón: indicadores de riesgo
(%; litros persona al año)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* Obesos-M (2016), Fumadores (2016), Consumo de alcohol (2016)

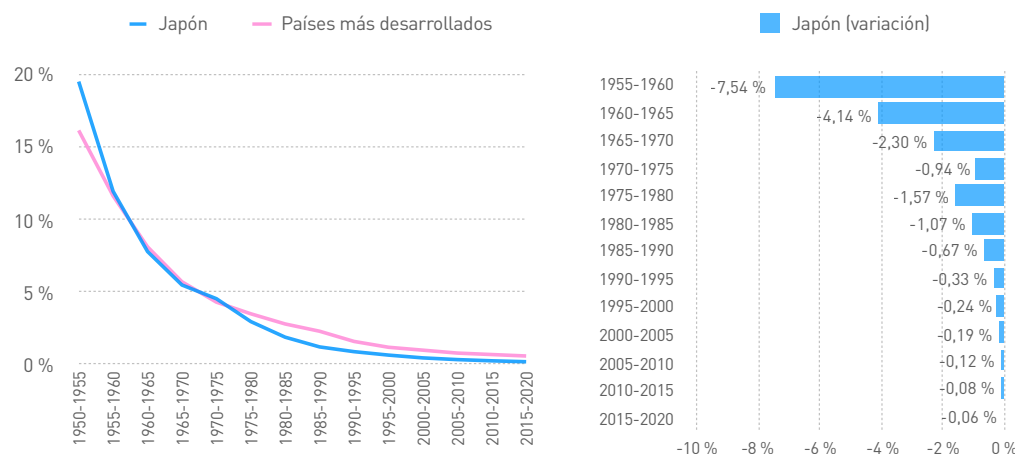
servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

Como antes se ha apuntado, de acuerdo con información de la Organización de las Naciones Unidas el porcentaje de muertes infantiles hasta los cuatro años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida desde el año 1960. En el caso de Japón, desde el año 1975, además de la tendencia decreciente, presenta un porcentaje inferior a la media de los países más desarrollados⁷⁰ (véase la Gráfica 2.6-j).

Otro de los indicadores ampliamente utilizado, relacionado con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE (que se ilustran en la Gráfica 2.6-k), la tasa de fallecidos en 2014 en Japón en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 11,7 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un 57,4% superior a la media de los países de la OCDE (7,5%).

Asimismo, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 fue del 67,8%, superior en 5 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%).

Gráfica 2.6-j
Japón: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

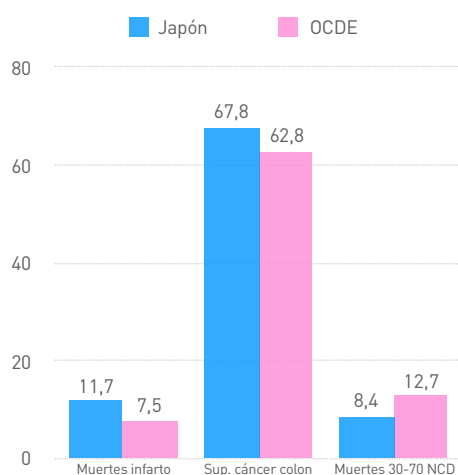
Por último, la tasa de mortalidad de personas entre 30 y 70 años por enfermedades no transmisibles en 2016 fue de 8,4%, -4,3 puntos porcentuales por debajo de la registrada en promedio por los países miembros de la OCDE (12,7%).

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las cinco mayores compañías en 2016 se muestran en la Tabla 2.6-b⁷¹. Conforme a esa información, las cinco primeras compañías aseguradoras que operan los seguros de salud acaparaban en 2016 el 41% de las primas totales de los seguros de salud.

Gráfica 2.6-k
Japón: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)

* Muertes por infarto (2014), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Tabla 2.6-b
Japón: ranking de entidades aseguradoras de Salud por volumen de primas, 2016

	Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	JAPAN POST INSURANCE CO., LTD.	6.774,8	10,7 %
2	NIPPON LIFE INSURANCE CO.	5.617,8	8,9 %
3	DAIDO ICHI LIFE	5.298,2	8,4 %
4	SUMITOMO LIFE INSURANCE CO.	4.910,3	7,8 %
5	MEIJI YASUDA LIFE INSURANCE COMPANY	3.374,1	5,3 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la FSA e Informes Anuales de cada compañía)

Breve referencia a otros proveedores de servicios

En Japón los hospitales por ley deben gestionarse sin fines de lucro y ser administrados por médicos. A las corporaciones con fines de lucro no se les permite poseer u operar hospitales. Las clínicas deben ser propiedad de médicos y ser gestionadas por esos profesionales de la salud.

Aproximadamente el 55% de los médicos son miembros de la Asociación Médica de Japón (JMA), el grupo de interés de políticas de salud más prominente. La JMA tiene asientos en el Consejo Médico Central de la Seguridad Social, que interviene en el establecimiento de las tarifas sanitarias. Estas tarifas son establecidas y supervisadas por el Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar (MHLW), determinando las condiciones que deben cumplir los proveedores en cuanto a la facturación de los servicios médicos, dispositivos médicos y productos farmacéuticos. Su importe se revisa de forma bianual. El sistema de tarifas por la asistencia sanitaria se estableció en su forma actual en 1961 sobre una base de pago por servicio (FFS). Sin embargo, en la primera década de este siglo se introdujo un nuevo sistema denominado DCP (Combinación de Procedimientos Diagnósticos) en un contexto de creciente preocupación por los costes sanitarios, la duración de las estancias hospitalarias y las necesidades de salud asociadas con el creciente envejecimiento de la población.

El objetivo de la DPC es apoyar la mejora de los niveles de atención de la salud y la transparencia. A través de la recopilación de información sobre el tratamiento objetivo, accesible en una base de datos, este sistema se esfuerza por ayudar a entender mejor los resultados relacionados con el servicio, así como por mejorar las disparidades en la calidad del servicio prestado por los proveedores. Los pacientes también tienen acceso a las normas de cuidado basadas en los datos, así como información sobre sus precios. La DPC también fue diseñada para tratar de acortar el período medio de estancia hospitalaria. En la actualidad se estima que este sistema de pago cubre más del 50% de los hospitales generales en Japón.

Al igual que en los grupos relacionados con el diagnóstico (sistema de pago prospectivo utilizado en los Estados Unidos bajo la denomi-

nación de GRD), la DPC es prospectiva y utiliza códigos basados en categorías y grupos de diagnóstico. A mediados de abril de 2012, había ya 2.927 códigos DPC. Sin embargo, el sistema DCP se caracteriza por integrar los pagos FFS estándar. En este sentido, los proveedores reciben una cuota prospectiva a tanto alzado por día de hospitalización para ciertos servicios DPC, así como el pago de los servicios FFS no DPC (como la cirugía, la radioterapia, anestesia y tratamientos médicos valorados por encima de un determinado límite). Además, si la duración de la estancia se convierte en excepcionalmente prolongada, todos los pagos se vuelven FFS.

Se han realizado varios análisis en Japón para determinar si la DPC está teniendo éxito en la consecución de sus fines previstos. A pesar de que en gran medida se ha demostrado que la DPC no ha dado lugar a menores costes debido a su combinación única de PPS (*Prospective Payment System*) con FFS, existe una fuerte oposición contra una mayor integración de PPS.

Revisión bienal de la lista de tarifas

Las tarifas para los servicios, productos médicos y productos farmacéuticos prestados o entregados por la gran mayoría de los proveedores son dictadas por una tarifa fija nacional. Cada dos años la lista de tarifas, junto con las condiciones para la facturación, son revisadas por el MHLW. Este proceso, que se inicia en la primavera de los años impares y termina en abril del año siguiente, establece tarifas y políticas que dictan el paquete de beneficios de atención médica, así como casi todos los ingresos de los proveedores o centros médicos. Esta herramienta de política actúa como palanca de control del gobierno ya que tanto los costos generales como los costos por partidas se pueden ajustar, afectando al comportamiento del proveedor en su propio control de costes, suministro y prestación de servicios asociados del sistema de salud.

Revisión de las condiciones para la facturación

A diferencia de la lista de tarifas, las revisiones de las condiciones de facturación no se limitan a una vez cada dos años, pero pueden ser revisados por el MHLW en cualquier momento. A través de estas condiciones, el suministro de productos y servicios puede ser controlado

Recuadro 2.6
Japón: gasto sanitario por grupos de edad

Japón puede considerarse un caso paradigmático a la hora de estudiar el gasto sanitario por grupos de edad. El hecho de afrontar un proceso de envejecimiento poblacional por delante de otros países desarrollados, y su preocupación por las tensiones que puedan derivarse en la sostenibilidad de su sistema sanitario, ha estimulado la recopilación de información por parte de las autoridades niponas sobre la dimensión del problema.

Comportamiento del gasto sanitario por grupos de edad

En este contexto, desde el año 2011 las autoridades locales japonesas recopilan información sobre las facturas sanitarias de su sistema nacional de salud a cargo de los municipios (ciudades, pueblos y entidades locales menores), por edad y tipología de enfermedades. Esta información, que es publicada por el Ministerio de Salud, viene a representar en torno al 15% del gasto sanitario total en el período 2011-2016. En 2016 supuso un gasto sanitario de 7.877 millones de yenes (89.772 millones de USD).

El análisis de esta información que se ilustra en la Gráfica A y en la Tabla A, muestra que en torno al 30,8% del gasto sanitario en 2016 fue

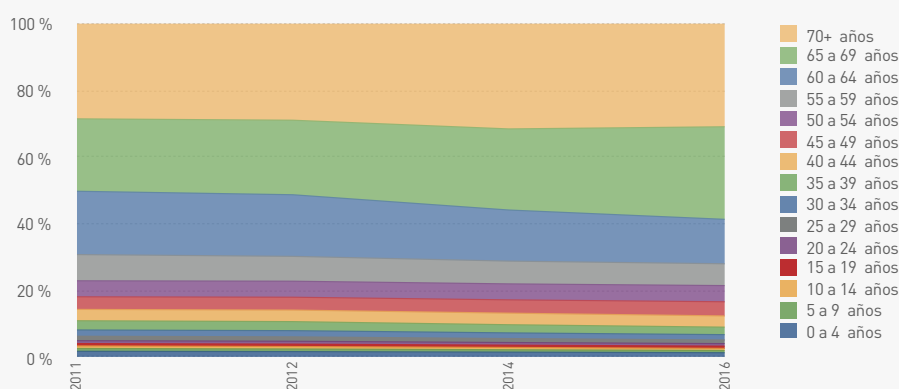
realizado por personas mayores de 70 años. Por otro lado, el gasto de las personas entre 65 y 69 años viene experimentando un crecimiento en términos relativos en los últimos años, situándose en torno al 27,8% del gasto sanitario total en 2016. Esto supone que las personas mayores de 64 años acaparan en torno al 58,5% del gasto sanitario total.

Por otro lado, la variación del gasto sanitario de los servicios sanitarios municipales para los distintos grupos de edad en el período 2011-2016, se muestra en la Gráfica B y Tabla B.

Del análisis de estos datos destaca el incremento en el crecimiento del gasto sanitario de las personas comprendidas entre los 65 a 69 años. En la pirámide poblacional de Japón de 2015 (Gráfica C), construida en base a los datos de la Organización de las Naciones Unidas, se observa el incremento de población que pasa a formar parte de ese rango de edad que, combinado con el mayor gasto sanitario de las personas de mayores, hace que sea el mayor incremento de todos los grupos de edad (incremento del 45,9% en el período 2011-2016).

Destaca también el incremento del 28,1% en el gasto sanitario de las personas entre 45 y 49 en

Gráfica A
Gasto sanitario por grupos de edad, 2011-2016 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos del Ministerio de Salud de Japón referidos al pago de facturas por los municipios del seguro nacional de salud)

Recuadro 2.6 (continuación)
Japón: gasto sanitario por grupos de edad

Tabla A
Estructura del gasto sanitario por grupos de edad, 2011-2016
(%)

	2011	2012	2014	2016
0 a 4 años	1,9 %	1,8 %	1,6 %	1,4 %
5 a 9 años	0,8 %	0,8 %	0,7 %	0,7 %
10 a 14 años	0,8 %	0,7 %	0,7 %	0,6 %
15 a 19 años	0,7 %	0,7 %	0,7 %	0,7 %
20 a 24 años	0,9 %	0,9 %	0,8 %	0,8 %
25 a 29 años	1,3 %	1,3 %	1,2 %	1,1 %
30 a 34 años	1,9 %	1,9 %	1,7 %	1,6 %
35 a 39 años	2,8 %	2,7 %	2,5 %	2,3 %
40 a 44 años	3,4 %	3,5 %	3,5 %	3,4 %
45 a 49 años	3,8 %	3,9 %	4,0 %	4,3 %
50 a 54 años	4,8 %	4,8 %	4,8 %	4,9 %
55 a 59 años	7,9 %	7,5 %	6,8 %	6,5 %
60 a 64 años	19,0 %	18,5 %	15,3 %	13,3 %
65 a 69 años	21,7 %	22,4 %	24,3 %	27,8 %
70+ años	28,4 %	28,8 %	31,4 %	30,8 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos del Ministerio de Salud de Japón referidos al pago de facturas por los municipios del seguro nacional de salud)

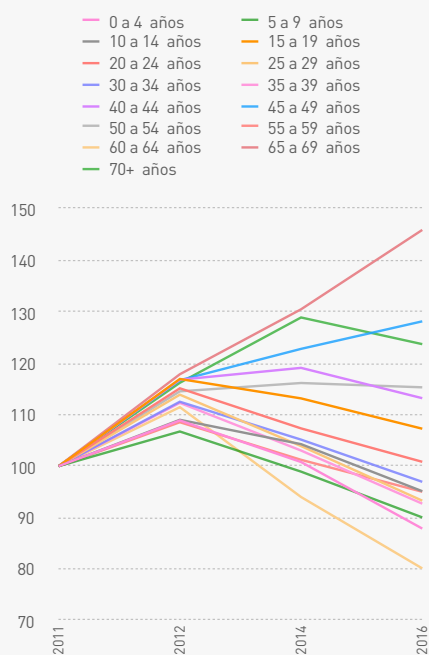
Tabla B
Índice de evolución del gasto sanitario por grupos de edad, 2011-2016
(índice 2011=100)

	2011	2012	2014	2016
0 a 4 años	100,0	108,9	100,8	87,9
5 a 9 años	100,0	106,7	98,9	90,1
10 a 14 años	100,0	109,0	104,3	95,1
15 a 19 años	100,0	116,9	113,2	107,3
20 a 24 años	100,0	115,1	107,3	100,9
25 a 29 años	100,0	113,9	103,9	93,3
30 a 34 años	100,0	112,5	105,2	97,0
35 a 39 años	100,0	112,3	103,0	92,7
40 a 44 años	100,0	116,8	119,1	113,2
45 a 49 años	100,0	116,7	122,8	128,1
50 a 54 años	100,0	114,5	116,2	115,3
55 a 59 años	100,0	108,5	101,2	95,0
60 a 64 años	100,0	111,5	94,0	80,1
65 a 69 años	100,0	117,9	130,5	145,9
70+ años	100,0	116,2	128,9	123,7

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos del Ministerio de Salud de Japón referidos al pago de facturas por los municipios del seguro nacional de salud)

Recuadro 2.6 (continuación)
Japón: gasto sanitario por grupos de edad

Gráfica B
Evolución del gasto sanitario por grupos de edad, 2011-2016
 (índice 2011=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos del Ministerio de Salud de Japón referidos al pago de facturas por los municipios del seguro nacional de salud)

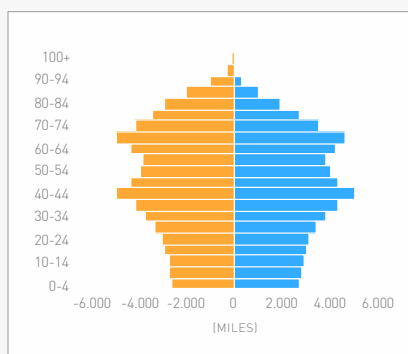
el período 2011-2016. Este crecimiento se puede explicar por la llegada de una cohorte numerosa a ese grupo de edad, como puede observarse en la referida pirámide de población de 2015.

Las pirámides poblacionales proyectadas para los años 2030 y 2050 anticipan una agravación del fenómeno en esos años en los que esa cohorte asciende hasta convertirse en el segmento de edad más relevante en la estructura poblacional de Japón (véase la Gráfica C).

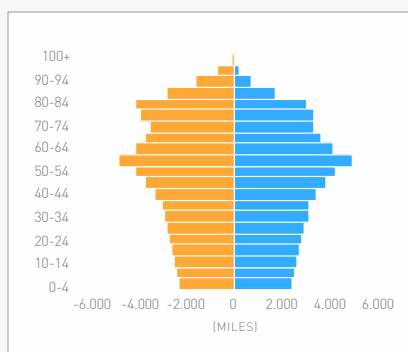
Gráfica C
Japón: pirámide poblacional, 2015, 2030 y 2050

Mujeres Hombres

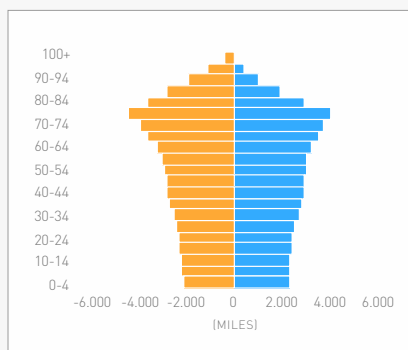
2015



2030



2050



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

permitiendo un método adicional de control de costes. Estas condiciones también sirven como fuente principal de control de calidad en los servicios de salud. Mediante el establecimiento de ciertas normas que deben cumplirse antes de que un servicio pueda ser facturado, el MHLW es capaz de asegurar que, por ejemplo, el equipo adecuado se utiliza para un servicio específico o el número adecuado de personal está disponible para cada uno que recibe tratamiento para pacientes hospitalizados.

Libre elección de proveedores

A finales de la década de los ochenta, los círculos gubernamentales y profesionales consideraron cambiar el sistema para que los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria se distinguieran claramente dentro de cada región geográfica. Además, las instalaciones serían designadas por nivel de atención y se requerirían derivaciones para obtener atención más compleja. Los responsables políticos y los administradores también reconocieron la necesidad de unificar los diversos sistemas de seguridad y para controlar los costos. Sin embargo, estas propuestas no han llegado a fructificar.

Control del gasto farmacéutico

Japón continúa viendo un mayor crecimiento en el gasto farmacéutico, mientras que otros países han visto una desaceleración en los últimos años. El gasto público en productos farmacéuticos aumentó en un 5% anual entre 2009 y 2013 y, en este último año el gasto per cápita en productos farmacéuticos fue el segundo más alto dentro de la OCDE.

Una de las razones que a menudo se atribuye a un elevado gasto en productos farmacéuticos es la baja penetración de los genéricos en el mercado. En 2013, los genéricos comprendían el 11% del valor de mercado farmacéutico japonés, en comparación con el promedio de la OCDE de 24%. Japón ocupa un lugar bajo en términos de volumen de mercado de los genéricos con un 28%, en comparación con el promedio de la OCDE que es del 48%. Como parámetro de comparación, los genéricos comprenden más del 80% del mercado farmacéutico en términos de volumen en Alemania, el Reino Unido y los Estados Unidos.

El gobierno japonés ha estado trabajando durante años para acelerar el uso de medicamen-

tos genéricos. A principio de los 2000 se produjeron algunos cambios en los métodos para determinar la lista de tarifas y prescripciones, destinados a aumentar el uso de medicamentos genéricos. En 2007 se aprobó el “Plan de acción para promover el uso seguro de los medicamentos genéricos”, que establece las políticas relacionadas con la calidad y dispensación de este tipo de medicamentos y su comprensión por parte de los pacientes.

Entre 2008 y 2012, se hicieron varios ajustes en la lista de tarifas y regulaciones de venta con receta para fomentar su uso. En 2018 se aprueba un nuevo “Plan de acción para una mayor promoción del uso de medicina genérica”. Este “plan de acción” fija la política para fortalecer el sistema y controlar el progreso hacia nuevas metas en el porcentaje de uso, así como acciones para el gobierno, los proveedores de la industria, y el cuidado de la salud con el fin de lograr el nuevo objetivo (80% donde la sustitución genérica sea posible).

Desafíos derivados del envejecimiento poblacional

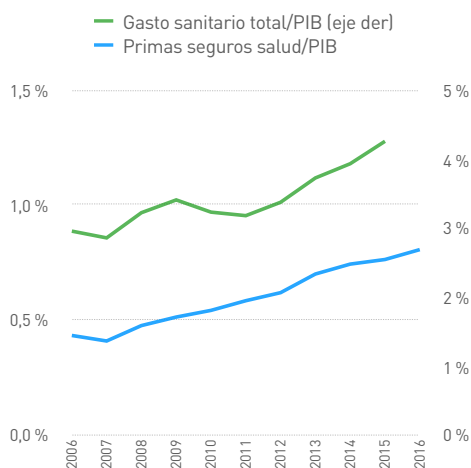
El aumento en el gasto médico nacional que Japón está sufriendo en los últimos tiempos ha sido causado principalmente por un aumento del gasto médico en los ancianos. El análisis de los gastos médicos por grupo de edad reveló que los gastos aumentaron a medida que aumentaba la edad, y el gasto médico por adulto mayor era 5 veces mayor que el de los jóvenes. A medida que el envejecimiento avance en el futuro en Japón, se puede esperar que la situación sea aún más severa. De ahí sus esfuerzos actuales por tomar medidas de contención del gasto sanitario (véase el Recuadro 2.6).

2.7 Singapur

El gasto sanitario total de Singapur en 2015 (último dato disponible) representó el 4,3% de su PIB (3,9% en 2014), 4,6 puntos porcentuales inferior a la media de los países de la OCDE del 8,9%⁷².

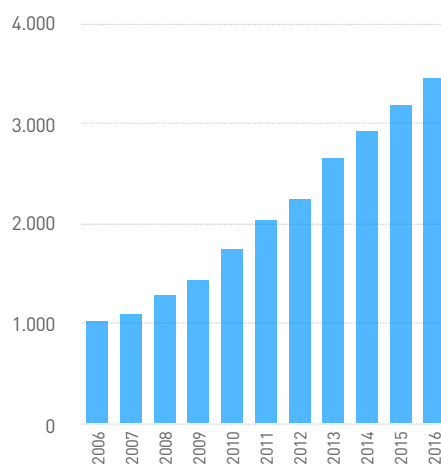
En general, el porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB muestra una tendencia creciente en el período 2006-2015, con un aumento de 1,3 puntos porcentuales (véase la Gráfica 2.7-a).

Gráfica 2.7-a
Singapur: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2006-2016
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OMS, MAS y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.7-b
Singapur: primas de los seguros de salud,
2006-2016
(millones de dólares de Singapur)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la MAS)

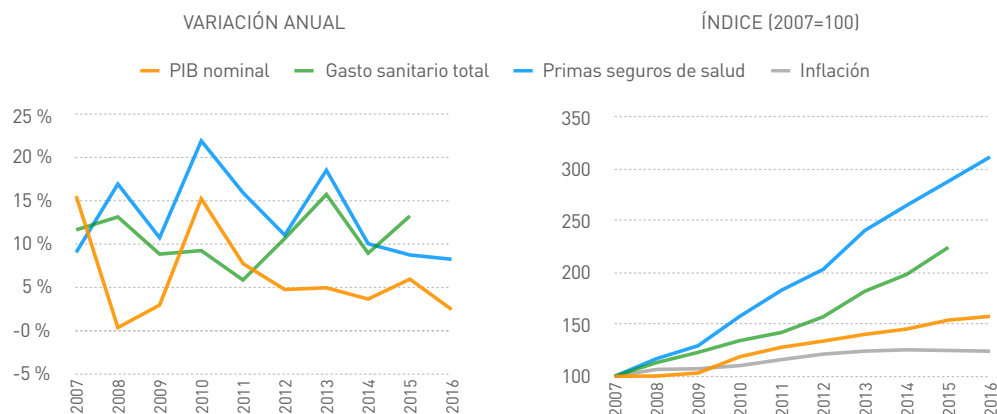
Por otra parte, en el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud se observa un crecimiento pronunciado desde el 0,4% del PIB en 2006 hasta el 0,8% en 2016.

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se ilustra en las Gráficas 2.7-b y 2.7-c, junto

con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Singapur en el mismo período.

De esta información se aprecian crecimientos significativamente mayores de las primas de seguros de salud a los crecimientos del PIB nominal. Así, en la última década disponible,

Gráfica 2.7-c
Singapur: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2016
(tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OMS, MAS, OCDE y OEF/Haver Analytics)

las primas de seguros de salud crecieron un 211,4% frente a un crecimiento del PIB del 57,8% en ese período.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El sistema sanitario de Singapur responde a un modelo mixto de corte liberal con elementos del sistema Beveridge, el cual ofrece cobertura universal buscando garantizar servicios médicos básicos de calidad y asequibles para toda la población. Es novedoso en cuanto a su forma de financiación, la cual incluye un plan de ahorro integral y obligatorio de la seguridad social (*Central Provident Fund*, CPF) para los singapurenses y los residentes permanentes, destinado a atender a sus necesidades futuras de salud, entre otras contingencias. En síntesis, se trata de un sistema que combina el subsidio estatal con el ahorro del ciudadano.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

Los ciudadanos y residentes permanentes de Singapur tienen derecho a servicios de salud subsidiados, mientras que los extranjeros con permiso de trabajo deben obtener la cobertura a través de su empleador o adquiriendo un seguro privado de salud. El resto de población no residente debe abonar los gastos sanitarios en los que incurra en caso de necesitarlos.

Dentro de los programas subvencionados para las personas con escasos recursos, hay que destacar dos: (i) el programa "*Community Health Assistance Scheme*" (CHAS), que permite a los hogares de ingresos bajos y medios recibir subsidios para atención médica y dental, y (ii) el programa "*Pioneer Generation Package*", consistente en planes de asistencia sanitaria y apoyo social destinados a los denominados "pioneros" singapurenses por sus contribuciones durante el nacimiento de la nación.

Existe, asimismo, un fondo denominado MediFund, establecido por el gobierno para ayudar a los singapurenses que caigan en una situación de necesidad. Actúa como la última red de seguridad para aquellos pacientes que enfrentan dificultades financieras por sus facturas médicas después de recibir subsidios del gobierno y haber agotado la cobertura que les brinda el sistema obligatorio. El gobierno inyecta capital

en el fondo de forma puntual, normalmente cuando existen excedentes presupuestarios.

El gobierno también administra otros esquemas de subsidio, tales como el Interim "*Disability Assistance Program for the Elderly*" o el "*Drug Subsidies & Schemes*", entre otros.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

En el actual sistema de salud obligatorio de Singapur se pueden distinguir tres niveles de protección. El primer nivel lo proporcionan los subsidios gubernamentales de hasta el 80% de la factura total por la atención de enfermedades graves en hospitales públicos, a los que todos los singapurenses pueden acceder⁷³.

El segundo nivel de protección está provisto por el denominado MediSave, un plan obligatorio de cuentas de ahorro individuales para gastos médicos con el fin de que todos los habitantes de Singapur puedan pagar su tratamiento médico sin incurrir en dificultades financieras. Los trabajadores y sus empleadores contribuyen con una parte de los salarios mensuales a la cuenta para ahorrar para sus futuras necesidades médicas. El titular de una cuenta puede usar su MediSave para pagar la hospitalización y ciertos gastos ambulatorios incurridos en cualquier hospital de Singapur, para sí mismo y para sus familiares más cercanos (véase el Recuadro 2.7).

El tercer nivel de protección obligatorio está provisto por MediShield Life, un plan de seguro de salud básico, administrado por el *CPF Board*, que ayuda a pagar grandes facturas hospitalarias y tratamientos ambulatorios costosos seleccionados, como diálisis y quimioterapia contra el cáncer. Son elegibles todos los ciudadanos y residentes permanentes de Singapur y las primas se pagan desde su cuenta de ahorro MediSave. Pero si no hubiese fondos y no se pudiese pagar la prima, quedarían igualmente cubiertos por este programa. El gobierno se ha comprometido a mantener asequibles las primas de MediShield Life con una serie de subsidios gubernamentales. Como el plan está dimensionado para recibir tratamiento subsidiado en hospitales públicos, si el paciente quiere mayores prestaciones debe pagar más de su factura con recursos de su MediSave y/o dinero en efectivo.

Recuadro 2.7
Singapur: el “Plan MediSave”

El “MediSave” es un plan de ahorro nacional obligatorio que forma parte del Central Provident Fund (CPF) en Singapur. El CPF es un sistema integral de seguridad social que consta de tres esquemas: jubilación, vivienda y salud. Los empleados y los empleadores en Singapur hacen contribuciones mensuales a este fondo, las cuales se dividen en cuatro cuentas:

- **Cuenta Ordinaria:** para vivienda, seguros, inversión y educación.
- **Cuenta Especial:** para la vejez y la inversión en productos financieros relacionados con la jubilación.
- **Cuenta MediSave:** para gastos de hospitalización y seguro médico.
- **Cuenta de Retiro:** que se crea de forma automática cuando los contribuyentes cumplen 55 años.

El dinero del CPF se invierte en valores especiales garantizados por el Gobierno de Singapur (SSGS). Los fondos de las cuentas Especial y MediSave se revalorizan por la tasa de interés mínima o por el rendimiento promedio de 12 meses de los valores del Gobierno de Singapur a 10 años más el 1%, lo que sea mayor. Dicha tasa se revisa trimestralmente.

Por otra parte, los ahorradores que tienen al menos 18 años y superan una cantidad de ahorro en su cuenta Ordinaria o Especial, pueden invertir una parte de sus ahorros bajo el *CPF Investment Scheme* (CPFIS). Este esquema permite al ahorrador invertir en una gama de productos, sin que en este caso la rentabilidad esté asegurada.

El plan MediSave se creó en 1984 para ayudar a los miembros del CPF a ahorrar para sus gastos de hospitalización y los de sus familias. Los trabajadores y sus empleadores, en función de la edad, aportan un porcentaje específico de su salario mensual al Fondo Central de Previsión, y una parte del mismo va a la cuenta personal de MediSave (entre el 8% y el 10,5%, dependiendo de la edad para trabajadores que ganan igual o más de 750 SGD). Las personas que trabajan por cuenta propia y ganan más de 6.000 SGD al año deben contribuir a MediSave en base a los ingresos comerciales netos del año anterior. Los ciudadanos o residentes permanentes de

Singapur pueden hacer aportaciones voluntarias a su cuenta MediSave y reclamar exenciones fiscales para reducir sus impuestos. Los empleadores del sector privado también pueden aumentar su contribución a la cuenta MediSave de sus empleados a través del *Additional MediSave Contribution Scheme* (AMCS), sujeta a un límite de 2.730 SGD por empleado y por año. Estas aportaciones están libres de impuestos para los empleados y los empleadores también pueden aplicarse beneficios fiscales.

Los fondos de MediSave pueden utilizarse para pagar:

- Las primas de seguro de MediShield Life, Integrated Shield Plans y ElderShield / CareShield Life.
- Los gastos de hospitalización de una persona o de sus familiares directos.
- La atención ambulatoria hasta 500 SGD por año a partir de junio de 2018. Desde junio de 2018, los pacientes de 60 años o más pueden usar hasta 200 SGD por paciente por año de su cuenta MediSave, o la de su cónyuge, para recibir tratamiento médico ambulatorio (Flexi-MediSave).
- El cuidado a largo plazo (hospicios, rehabilitación, cuidados paliativos, etc.)

Existen límites en la retirada de fondos de MediSave para los tratamientos y la hospitalización, para garantizar que los ahorros se conserven para necesidades médicas futuras, especialmente durante la vejez. Los límites de retiro son generalmente adecuados para cubrir la mayoría de los cargos incurridos en las salas subsidiadas de pacientes hospitalizados y para los tratamientos ambulatorios.

La suma básica de atención médica (BHS) es la cantidad máxima que se puede tener en la cuenta MediSave al alcanzar los 65 años. Es el ahorro estimado requerido para las necesidades básicas de atención médica subsidiada en la vejez, así como para pagar las primas de MediShield Life. Se determina en función de las tendencias anteriores en el uso de MediSave por parte de los ancianos. El ciudadano no está obligado a recargar su cuenta de MediSave si no cumple con la BHS, pero puede considerar hacerlo de manera voluntaria.

Recuadro 2.7 (continuación)
Singapur: el “Plan MediSave”

No hay una cantidad mínima establecida en MediSave. Las contribuciones se van acumulando hasta alcanzar la suma básica de atención médica y, en caso de superarla, el exceso se transfiere a otras cuentas del miembro del CPF, dependiendo de su edad.

El importe de la BHS se ajusta anualmente para mantener el ritmo de crecimiento en el uso de MediSave por parte de las personas

mayores, especialmente por el aumento de la esperanza de vida y los costos de atención médica. Para cada cohorte que cumpla 65 años, su BHS se fijará para el resto de su vida en la cantidad establecida para cada año. En 2018, la BHS está fijada en 54.500 SGD (en torno a 34.700 euros) para los miembros del CPF nacidos a partir de 1953.

Es destacable la definición del paquete básico de atención médica singapurense, que tiene su origen en las recomendaciones contenidas en el libro blanco “*Affordable Health Care*” de 1993⁷⁴. El paquete básico debe cubrir un tratamiento médico esencial y rentable, sin el cual la salud y la calidad de vida del paciente se verían significativamente comprometidas. Su propósito es definir los servicios médicos disponibles para toda la población y que el gobierno subvencionará. Estas prestaciones básicas deben ser revisadas para tener en cuenta el progreso médico y los cambios sociales y económicos.

El paquete básico incluye el tratamiento por médicos y especialistas cualificados, pero no da al paciente el derecho a elegir a su especialista. Incluye medicamentos en una lista estándar que se basa en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y cubre casi todas las necesidades médicas normales, pero excluye los medicamentos alternativos que pueden ser marginalmente mejores que los de la lista estándar, y los medicamentos experimentales. Algunas investigaciones, medicamentos y procedimientos costosos están disponibles en el paquete básico, pero sólo pueden ser ordenados por un consultor o un médico experimentado.

En cuanto a los cuidados de larga duración, requeridos por personas que necesitan cuidado y tratamiento después de ser dadas de alta del hospital, así como por personas de la tercera edad que necesitan supervisión o asistencia en sus actividades de la vida diaria, los singapurenses tienen acceso a servicios que

se realizan en el hogar, en centros de día y en residencias. El gobierno subvenciona estos cuidados a los singapurenses y residentes permanentes que cumplan las condiciones de elegibilidad. Para determinar el monto de los subsidios se utiliza una prueba de recursos, y las personas procedentes de hogares con ingresos más bajos recibirán mayores subvenciones.

Además, todos los ciudadanos de Singapur y residentes permanentes con cuentas MediSave son inscritos automáticamente en ElderShield a la edad de 40 años, a menos que opten por no participar en el plan. Lanzado en 2002, el ElderShield es un plan de seguro de discapacidad severa que tiene como objetivo proporcionar protección financiera básica a los residentes de Singapur que necesitan cuidados a largo plazo, especialmente en la vejez. En caso de una discapacidad grave, los titulares de pólizas de ElderShield reciben un pago mensual en efectivo por un período de tiempo, dependiendo del plan. El Ministerio de Salud designa a las aseguradoras privadas que administran el plan.

Los ciudadanos adscritos al plan a la edad de 40 años no tienen exclusiones de enfermedades preexistentes. Los que se aseguran más tarde, están sujetos a una evaluación médica y pueden ser rechazados por la aseguradora si tienen enfermedades preexistentes. Las incapacidades severas antes del inicio de la inscripción en ElderShield no están cubiertas.

La suma de atención médica básica (BHS) es el ahorro estimado requerido para las necesidades básicas de atención médica subsidiada

en la vejez. El BHS se ajusta anualmente para los miembros del Fondo Central de Previsión menores de 65 años para mantenerse al día con el crecimiento en las retiradas de fondos de MediSave. Previendo el aumento de la esperanza de vida, el BHS se ajusta anualmente en el mes de enero para mantener el ritmo del crecimiento en el uso de MediSave por parte de los ancianos.

La suma para la atención médica básica (BHS) de cada cohorte se fija cuando cumplen 65 años, y esta cantidad no cambia el resto de sus vidas. Existen límites en la retirada de fondos de MediSave para los tratamientos y la hospitalización, necesarios para garantizar que los ahorros se conserven para necesidades médicas futuras, especialmente durante la vejez.

Un pequeño grupo de personas de la tercera edad que no fueron elegibles para ElderShield cuando fue lanzado en el 2002 (por su edad avanzada o porque tenían discapacidades pre-existentes) son elegibles para el *Interim Disability Assistance Programme for the Elderly* (IDAPE), un programa de asistencia del gobierno que proporciona ayuda financiera a personas mayores necesitadas y discapacitadas. Se trata de un pago mensual en efectivo de 150 o 250 SGD (en torno a 94 o 157 euros), según las circunstancias financieras del beneficiario, por hasta 72 meses.

En lo referente a la salud mental, en 2007 el gobierno de Singapur formuló el *National Mental Health Blueprint*⁷⁵, un plan a cinco años cuyo objetivo era promover la salud mental y, donde fuera posible, prevenir el desarrollo de problemas y trastornos de salud mental, y reducir su impacto. Posteriormente, en 2012 y 2017, se han puesto en marcha nuevos planes maestros. El denominado *Community Mental Health Masterplan*, con el propósito de fortalecer aún más los servicios comunitarios de salud mental y brindar un mejor apoyo a las personas que padecen dichos problemas. Asimismo, el Institute of Mental Health (IMH) es un hospital psiquiátrico de nivel terciario que ofrece una amplia gama de servicios psiquiátricos, de rehabilitación, y asesoramiento para niños, adolescentes, adultos y ancianos.

Los servicios dentales públicos están disponibles a través del *National Dental Centre* y en algunas policlínicas y hospitales. La *Health*

Promotion Board se centra principalmente en la odontología preventiva, dirigida principalmente a los alumnos de la escuela.

Finalmente, el seguro de Accidentes de Trabajo en Singapur se rige por la *Work Injury Compensation Act* (Cap 354) y el organismo encargado de su supervisión es el *Ministry of Manpower* (Ministerio de Recursos Humanos). El seguro es proporcionado por el sector privado, a través de las compañías que operan en seguros generales. En 2016 las compañías de seguros generales emitieron un volumen de primas de esta cobertura por importe de 353,7 millones de SGD (256 millones USD).

En cuanto al gasto farmacéutico, el Ministerio de Salud proporciona subsidios para medicamentos en los hospitales públicos, clínicas especializadas para pacientes ambulatorios y policlínicas, para garantizar que los pacientes tengan acceso a medicamentos efectivos para afecciones médicas comunes. Los subsidios y la asistencia financiera se otorgan para los medicamentos aprobados según la *Standard Drug List* (SDL) y el *Medication Assistance Fund* (MAF). Los medicamentos aprobados bajo SDL y MAF deben estar registrados por la *Health Sciences Authority* (HSA) y evaluarse clínicamente y de forma rentable. El *Medication Assistance Fund* (MAF) ayuda a los pacientes elegibles a pagar medicamentos caros que no están en la lista de medicamentos estándar pero que han sido evaluados como clínicamente necesarios.

El control de calidad e innovación le corresponde al Ministerio de Salud, que lo realiza en colaboración con instituciones y proveedores de atención médica para garantizar que los pacientes reciban una atención de alta calidad y segura⁷⁶. En este sentido, en 2015 se creó la “*Agency for Care Effectiveness*” para mejorar los resultados de los pacientes y el valor de la atención sanitaria a través de la evaluación de la tecnología de la salud.

Cada año, el Ministerio de Salud convoca la *National Healthcare Quality Poster Competition*, abierta a profesionales de todas las instituciones de salud, públicas y privadas, que hayan participado en proyectos de mejora de la calidad de la atención médica, para mejorar la seguridad y los estándares de atención al paciente en el sistema de prestación de servicios de salud.

Por último en lo que respecta a la prevención, en 2001 se creó la *Health Promotion Board* (HPB), organización gubernamental comprometida con la promoción de una vida sana en Singapur. Su objetivo es aumentar la calidad y los años de vida saludables de la población, así como prevenir enfermedades, discapacidades y muerte prematura.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

Para los extranjeros titulares de un permiso de empleo, los empleadores pueden optar por proporcionarles cobertura de seguro, como parte de su contrato de trabajo, debiendo en caso contrario contratar su propio seguro médico.

Las primas de seguros colectivos de salud representaron en torno al 24% de las primas de esta línea de negocio en 2017, representando un peso significativamente menor al de las primas de las pólizas individuales de seguros privados de salud.

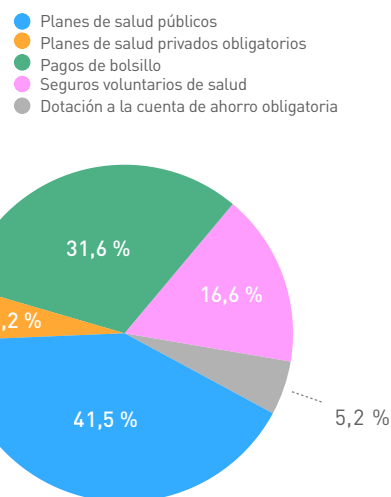
Pilar 3

Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, el gasto estimado en 2015 (último dato disponible) fue de 2.678 USD por habitante (2.623 USD en 2014), según datos de la OMS. De ellos en torno a 1.111 USD (41,5%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema público obligatorio. Del 58,5% restante, el gasto en contribuciones a planes obligatorios de salud estaría en torno a 140 USD por persona (5,2%). Los denominados gastos de bolsillo en salud (que incluyen los realizados mediante disposiciones de la cuenta MediSave) se situarían en torno a 845 USD (31,6%). Por último, el gasto en primas de seguros voluntarios se elevaría a 444 USD (16,6%) del gasto per cápita total y el resto (5,2%) a la dotación obligatoria a la cuenta de ahorro para atender los gastos en salud (véase la Gráfica 2.7-d).

En 2004, la Autoridad Monetaria de Singapur (MAS) introdujo el marco regulatorio que rige la suscripción y la distribución del seguro de Accidentes y Salud. Bajo este marco, el seguro de Accidentes y Salud se clasifica en pólizas a corto y largo plazo para alinear la oferta de esta cobertura a largo plazo con los seguros de Vida⁷⁷.

Gráfica 2.7-d
Singapur: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OMS)

* Último dato disponible.

En Singapur, las aseguradoras autorizadas para operar en el segmento de Vida pueden ofrecer pólizas de salud y accidentes a corto plazo. El seguro a largo plazo requiere de una licencia adicional.

El seguro de salud puede incluir coberturas de gastos médicos, seguro de hospitalización (paga una cantidad fija por cada día que el asegurado esté hospitalizado para recibir tratamiento médico o cirugía), seguro de enfermedad crónica, seguro de incapacidad y seguro de cuidados a largo plazo⁷⁸.

Muchos singapurenses deciden complementar su cobertura de MediShield Life entrando en lo que se denominan *Integrated Shield Plans* (IP). Los planes *Integrated Shield* constan de dos partes: (i) el componente de MediShield Life, administrado por la Junta del Fondo de Previsión Central (CPF), y (ii) los beneficios adicionales ofrecidos por las compañías aseguradoras de Vida y cuyas primas pueden ser pagadas con fondos de MediSave. Estas aseguradoras deben estar autorizadas por la MAS para operar en dicho ramo, que además de los requisitos prudenciales y de conducta de mer-

cado establecidos para todas las compañías de Vida, deben cumplir con las "Condiciones para la aprobación de planes médicos integrados de MediSave" del Ministerio de Salud.

Esta cobertura adicional generalmente se contrata para cubrir el tratamiento en hospitales privados o los gastos por la atención sanitaria recibida en determinadas salas de los hospitales públicos. En este sentido, los pabellones en los hospitales públicos se clasifican por niveles en cuatro clases principales (A, B1, B2, C), según el nivel de servicios. Los pabellones de clase A tienen el más alto nivel de comodidades. El 81% de las camas de los hospitales públicos (clases B2 y C) están fuertemente subsidiadas y el 19% restante reciben un subsidio menor (20% para la clase B1 y sin subsidio para las salas de clase A), lo que abre el campo a la cobertura adicional por parte de las compañías de seguros privadas.

Antes de que un plan pueda comercializarse, el Ministerio de Salud lo examina para garantizar que cumpla con ciertos requisitos básicos. Las aseguradoras compiten ofreciendo a sus asegurados la protección de seguro más rentable a lo largo de su vida. El Ministerio de Salud no regula la decisión de las aseguradoras privadas sobre la aceptación de los solicitantes, aunque sí les exigen que garanticen las renovaciones.

Los singapurenses pueden contratar otras coberturas del seguro privado de salud, además de complementar las de MediShield, pero las primas no podrán pagarse con fondos de MediSave.

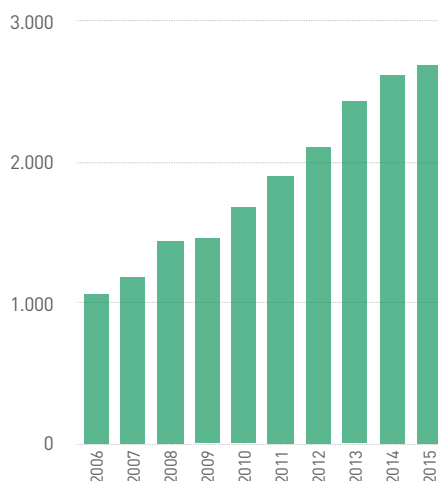
Según la Asociación de Seguros de Vida de Singapur, en el último trimestre de 2017 las primas de los *Integrated Shield Plans* (IP) representaban el 91% del ramo de salud, mientras que el restante 9% provenía de otros planes médicos. En la misma fecha, aproximadamente tres de cada cuatro habitantes de Singapur tenían contratado un *Integrated Shield Plan*⁷⁹.

Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en Singapur en 2015 fue un -28,3% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (2.678 USD frente a 3.735 USD), según las estimaciones de este organismo y de la OMS (véanse las Gráficas 2.7-

Gráfica 2.7-e
Singapur: gasto sanitario por habitante,
2006-2015
(dólares, gasto nominal - PPP)



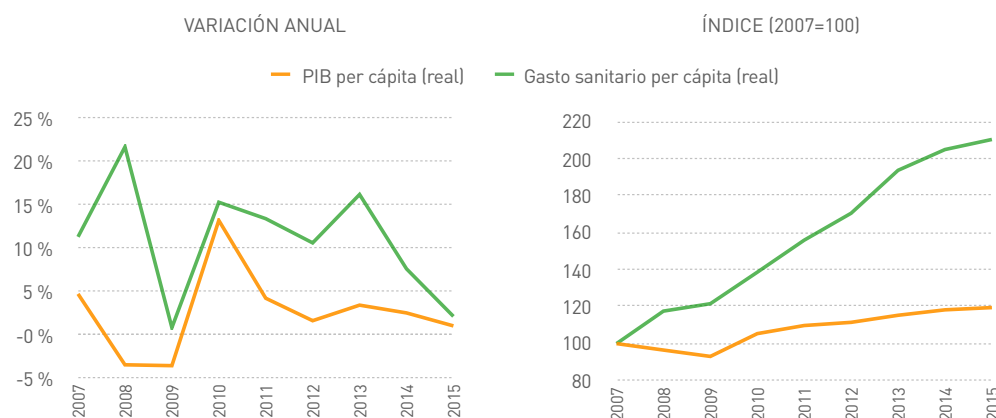
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

e y 2.7-f). De ellos, 1.250 USD (46,7%) correspondieron al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio, un -59,3% inferior a la media de los países de la OCDE (3.073 USD). Estos datos están muy por debajo de la media de los países analizados en este estudio y de la media de la OCDE, lo que es indicativo del menor coste de la sanidad en Singapur y la fuerte participación de los ciudadanos en el gasto sanitario.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Con los últimos datos disponibles⁸⁰ (véase la Gráfica 2.7-g), en el año 2017 el número de médicos ejercientes en Singapur era de 2,4 médicos por cada mil habitantes, un -29,4% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). El número de enfermeros era de 7,4 por cada mil habitantes, un -17,9% inferior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Por otro lado, el número de camas de hospital en 2014 era de 12,5 por cada mil habitantes, un 168,7% superior a la media de los países de la OCDE en esa fecha (4,7 camas por cada mil habitantes).

Gráfica 2.7-f
Singapur: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2015
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)

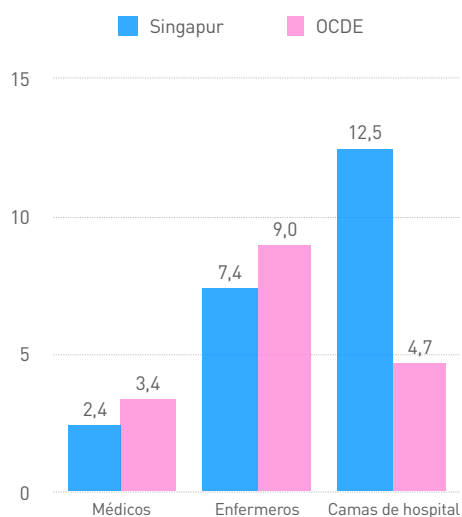


Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

Por otra parte, como se presenta en la Gráfica 2.7-h, el número de equipos de imagen por resonancia magnética en 2014 (último dato disponible) era de 42 por cada millón de habitantes, un 167,5% superior a la media de los países de la OCDE en ese año (15,7 por cada

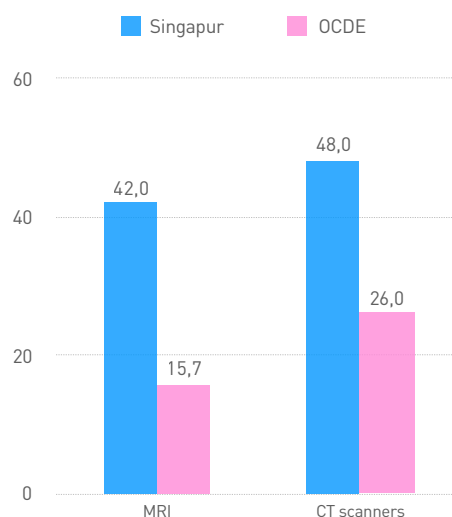
millón de habitantes). De igual forma, el número de equipos de tomografía axial computarizada en Singapur era de 48 por cada millón de habitantes, un 84,6% superior a la media de los países de la OCDE (26 por cada millón de habitantes).

Gráfica 2.7-g
Singapur: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



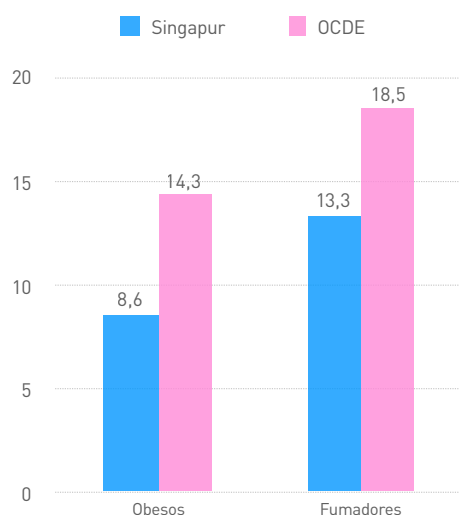
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2017), Enfermeros (2017), Camas de hospital (2014)

Gráfica 2.7-h
Singapur: equipos MRI y CT scanners
 (número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * MRI (2014), CT scanners (2014)

Gráfica 2.7-i
Singapur: indicadores de riesgo (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)

* Obesos (2013), Fumadores (2013)

de vida saludable se estima en torno a 73,6 años que, junto con Japón, son las mayores a nivel mundial⁸¹.

Factores de riesgo para la salud

Con relación a los factores de riesgo para la salud, como se muestra en la Gráfica 2.7-i, el porcentaje de personas obesas en 2013 en Singapur era del 8,6%, inferior a la media de la OCDE en 5,7 puntos porcentuales (14,3%). En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 13,3% en 2017, inferior a la media de la OCDE en 5,2 puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016).

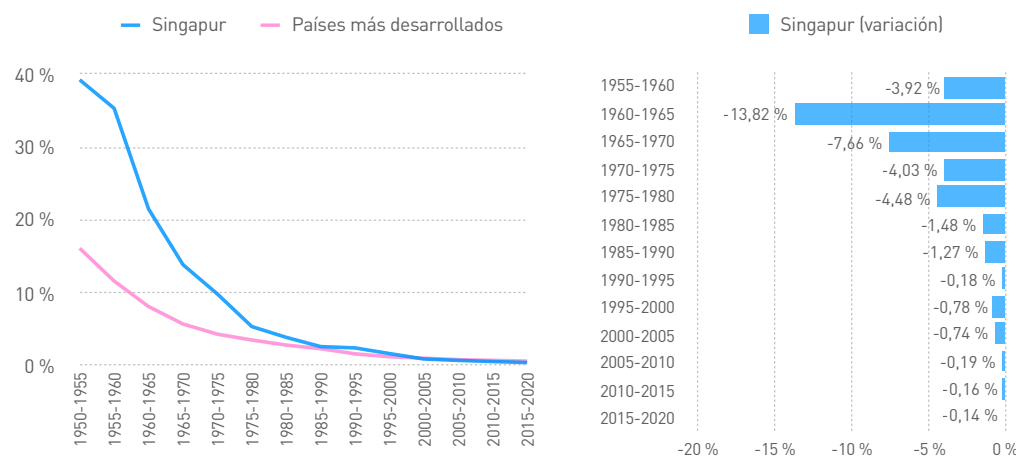
Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia para evaluar el efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, el porcentaje de muertes de menores de cinco años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida a lo largo de las últimas décadas (véase la Gráfica 2.7-j).

Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer en Singapur era de 82,9 años en 2016, según datos de la OCDE, 2,1 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años). Por otro lado, la esperanza

Gráfica 2.7-j
Singapur: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
(porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

En el caso de Singapur, la caída ha sido muy pronunciada, al partir de un porcentaje sustancialmente superior al de las regiones más desarrolladas. Sin embargo, en la actualidad se encuentra por debajo de la media de esas regiones (0,4% en Singapur frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)⁸².

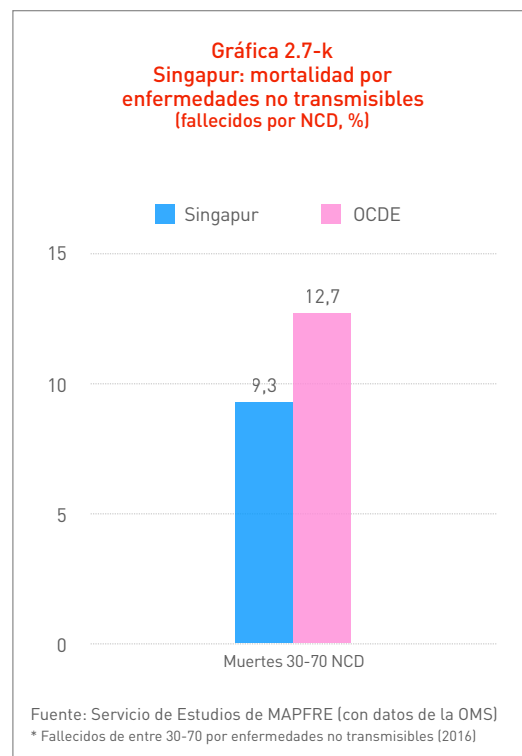
Otro de los indicadores ampliamente utilizados, relacionados con la calidad del servicio sanitario, es el porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los 30 y los 70 años que en Singapur es del 9,3%, inferior en -3,4 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%⁸³.

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las mayores entidades aseguradoras en el negocio de seguros de salud de Singapur en 2017 se muestran en las Tablas 2.7-a y 2.7-b⁸⁴.

La concentración de mercado de las compañías de Vida que operan en Accidentes y Salud es muy alta, ya que las cinco primeras acumulan el 91,4% de las primas (Tabla 2.7-a). En el caso de las compañías de seguros generales la con-



centración es algo menor, ya que las cinco primeras representan el 65,4% del mercado (Tabla 2.7-b).

Tabla 2.7-a
Singapur: ranking de entidades aseguradoras de Vida por volumen de primas en el seguro de Accidentes y Salud a largo plazo, 2017

Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1 AIA SPORE	664,7	26,8 %
2 PRUDENTIAL	513,5	20,7 %
3 GREAT EASTERN LIFE	467,2	18,9 %
4 NTUC INCOME	346,1	14,0 %
5 AVIVA	273,0	11,0 %
6 AXA INSURANCE	69,7	2,8 %
7 TOKIO MARINE LIFE	53,9	2,2 %
8 FWD SINGAPORE	42,9	1,7 %
9 RAFFLES HEALTH	38,8	1,6 %
10 MANULIFE	7,2	0,3 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de MAS)

Tabla 2.7-b
Singapur: ranking de entidades aseguradoras Generales por volumen de primas en el seguro de Salud, 2017

Entidades	Primas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1 CIGNA EUROPE	72,9	22,7 %
2 AXA INSURANCE	52,1	16,2 %
3 AETNA S'PORE BRANCH	39,1	12,2 %
4 AIG ASIA	26,2	8,2 %
5 MSIG	19,9	6,2 %
6 CHUBB INS	18,2	5,7 %
7 FIRST CAPITAL	17,1	5,3 %
8 LIBERTY	13,5	4,2 %
9 SOMPO INS	12,7	3,9 %
10 QBE INS	12,4	3,9 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de MAS)

Breve referencia a otros proveedores de servicios

La infraestructura sanitaria en Singapur se compone de centros de salud tanto públicos como privados. El equilibrio entre la cobertura universal y la responsabilidad individual se supervisa y ajusta constantemente a través de los niveles de subsidio, elegibilidad de las instituciones y tratamientos cubiertos, entre otros aspectos. El gobierno paga subsidios directos a hospitales públicos, policlínicas y otros proveedores de atención médica para reembolsar a los pacientes una parte de los costes del tratamiento.

Se trata de un sistema híbrido que comprende tres niveles:

- Hospitales subvencionados, sujetos a controles de fijación de precios y operaciones en áreas clave;
- Pacientes del sector privado que usan Medi-Share, sujetos a controles sobre los cargos por encima de los límites de reembolso del esquema, y
- Pacientes del sector privado, sujetos a controles mínimos.

La atención primaria se brinda a través de una red insular de policlínicas y clínicas ambulatorias administradas por médicos de familia privados. Actualmente hay 18 policlínicas y alrededor de 1.500 clínicas. Las policlínicas brindan atención primaria subsidiada, que incluye tratamiento médico primario, atención médica preventiva y educación para la salud. Los pacientes pueden ser derivados de las policlínicas a los hospitales, donde pueden recibir un tratamiento más especializado. El sector de atención primaria está dominado por proveedores del sector privado, que representan aproximadamente el 80% del mercado.

Los hospitales públicos pertenecen al Ministerio de Salud a través de la Corporación de Salud de Singapur, una compañía matriz creada en 1985 que ha pasado a denominarse *MOH Holdings* (MOHH), que agrupa las siguientes entidades: (i) *National University Health System*; (ii) *National Healthcare Group*, y (iii) *Singapore Health Services*. Se diferencian de los servicios privados en que reciben una subvención o subsidio anual del gobierno para la provisión de servicios médicos a los pacientes. Deben ser

administrados como organizaciones sin fines de lucro y están sujetos a una amplia orientación política por parte del gobierno a través del Ministerio de Salud. El sector público domina el sector de cuidados intensivos, brindando el 80% de la atención en este sector.

Por otro lado, Singapur introdujo su Plan Nacional de Salud en febrero de 1983, en el que se contemplaba la reorganización de los hospitales públicos para introducir competencia, mayor eficiencia y capacidad de respuesta a las necesidades públicas. Se les dio autonomía, controlados por un organismo central, para que pudieran llevar a cabo sus actividades diarias como entidades privadas, pensando que la competencia alentaría una mayor eficiencia, flexibilidad y agilidad.

El Plan contemplaba también aumentos en la mano de obra (médicos y enfermeras mejor formados y más capacitados) para las instalaciones ampliadas y para atender a los enfermos crónicos y al envejecimiento de la población, al tiempo que otorgaba un papel más amplio a la atención médica privada.

A partir de entonces se ha llevado a cabo una importante reestructuración mediante la cual los seis sistemas regionales de salud que había se han reagrupado en tres “clusters” integrados. Cada uno de ellos ofrece una gama más completa de servicios, que abarca la atención hospitalaria, la atención primaria y la atención comunitaria. Está previsto que cada grupo cuente con una escuela de medicina. El objetivo es fortalecer el sistema de salud para los desafíos futuros, como el envejecimiento de la población y el aumento de personas con dolencias crónicas.

Todas las instalaciones de atención médica deben solicitar una licencia conforme a la *Private Hospitals & Medical Clinics Act* (PHMC), y deben de mantener un buen nivel de servicios médicos y clínicos.

Por otra parte, para los cuidados intermedios y de largo plazo existen centros de atención continua que están dirigidos a pacientes que ya no requieren el nivel de atención dispensado por un hospital, pero que, no obstante, requieren atención continua.

Los profesionales de la salud son autorregulados por los organismos profesionales pertinentes: *Singapore Medical Council*, *Singapore*

Dental Council, Singapore Nursing Board, Singapore Pharmacy Council, Traditional Chinese Medicine Practitioners Board, Optometrists & Opticians Board, y Allied Health Professions Council. Los productos relacionados con la salud, como medicamentos, dispositivos médicos, suplementos, etc., están regulados por la *Health Sciences Authority*.

El gobierno, en general, no regula los precios de los medicamentos. Sin embargo, los hospitales públicos centralizan las compras de medicamentos a través de contratos de licitación que gestionan las Oficinas de Adquisición Grupal (GPO). Este mecanismo de compra opera de alguna manera para regular de manera indirecta los precios de los medicamentos.

El sistema de salud de Singapur está considerado como uno de los más exitosos y eficientes del mundo, combinando una atención de calidad a un bajo coste. Es un sistema de cobertura universal que se basa en la prestación de servicios médicos subvencionados, al tiempo que promueve la responsabilidad individual para asumir parte de los costes de los servicios sanitarios, así como el uso que se hace de ellos, y la promoción de un estilo de vida saludable entre los ciudadanos, los cuales se responsabilizan de su propia salud. El gobierno, a su vez, proporciona redes de seguridad para garantizar que a ningún singapurense se le niega el acceso a la atención sanitaria. Además, el sistema de salud de Singapur es un modelo de colaboración del sector público con el seguro privado, el cual desempeña un papel importante en la atención sanitaria del país.

Desde el punto de vista de los riesgos, quizás deba destacarse que el sistema de salud de Singapur, al estar fuertemente subsidiado, es muy dependiente de los ingresos del Estado y por tanto de la evolución de la economía. En la medida en que los mayores receptores de estas ayudas son las personas más vulnerables económicamente, son las más expuestas a este riesgo. Por otra parte, un deterioro de la economía y del empleo puede llevar a que el ahorro de los ciudadanos en sus cuentas MediSave se vea reducido, lo que les haría a su vez más dependientes de los subsidios gubernamentales.

Por ello, uno de los principales retos que tiene que afrontar el sistema de salud de Singapur

es el control del aumento del gasto, que no solo está relacionado con el aumento de los precios, sino también con un mayor consumo de los servicios sanitarios.

La actuación del gobierno en este tema se ha dirigido a garantizar que el gasto total en salud no se vea afectado por presiones inflacionarias significativas mediante la regulación de la oferta y los precios de los servicios de salud. Su mantenimiento, por tanto, depende más de las decisiones del gobierno que de las condiciones del mercado.

Prueba de la importancia que el gobierno da al comportamiento responsable por parte de los pacientes y proveedores en la utilización de los servicios de salud y la importancia que esto conlleva en el control del gasto, es el anuncio por parte del Ministro de Salud en una de sus recientes intervenciones, del acuerdo alcanzado con las empresas de seguros que operan en los *Integrated Shield Plan* para que tengan características de copago en el futuro. Por su parte, el Ministerio de Salud tiene previsto hacer una revisión continua de las políticas de financiación para garantizar que el copago sea asequible.

No obstante, es difícil mantener el control del gasto cuando uno de los principales problemas a los que se enfrenta el sistema de cara a su sostenibilidad es el progresivo aumento del envejecimiento de la población y el incremento de las enfermedades crónicas.

Para hacer frente a este reto, el Ministerio de Salud centra su estrategia en mejorar la accesibilidad, la calidad y la asequibilidad de la atención médica a través de una serie de planes que, por lo general, implican un incremento del gasto: aumento de las instalaciones de atención médica, aumento de subsidios para garantizar que la atención sanitaria siga siendo asequible para los ciudadanos, incremento del gasto en atención primaria y sectores de cuidado intermedio y de largo plazo para asegurar la atención a la comunidad, mejora del personal, reorganización del sistema de salud pública en *clusters* integrados, entre otros aspectos.

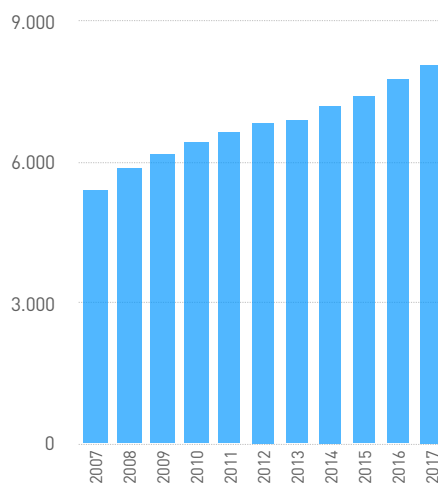
2.8 España

En España, el gasto sanitario total en 2017 representó el 8,8% del PIB (9,0% en 2016), similar a la media de los países de la OCDE del 8,9%⁸⁵. Por su parte, las primas de seguros de salud representaron el 0,7% del PIB en ese año (véase la Gráfica 2.8-a).

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en la Gráficas 2.8-b, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de español en el mismo período. En esta información se observa una tendencia ascendente, incluso en los años más severos de la pasada crisis económica en los que tuvo crecimientos positivos en años en los que tanto el PIB como el gasto sanitario total decrecían de forma acusada (2008-2013).

Asimismo, se aprecia que los crecimientos de las primas de seguros de salud en España fueron significativamente mayores a los crecimientos del PIB nominal. En este sentido, en la última década las primas de seguros de salud crecieron un 49,2% frente a un crecimiento nominal del PIB del 7,7% en ese período (véase la Gráfica 2.8-c).

Gráfica 2.8-b
España: primas de los seguros de salud,
2007-2017
(millones de euros)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA)

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud en España, a continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo para ello el esquema previsto en el marco conceptual de este estudio.

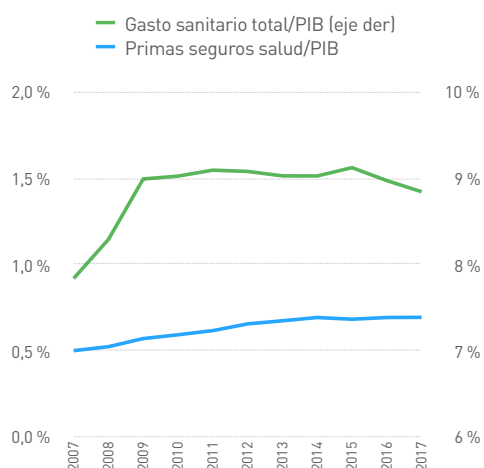
Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

Actualmente, la cobertura sanitaria en España es total para los españoles y para ciudadanos extranjeros inscritos en el registro de extranjería que vayan a residir más de tres meses en el país, así como para los extranjeros menores de dieciocho años. Para el resto de personas existe una cobertura de urgencias en caso de accidente o enfermedad grave.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

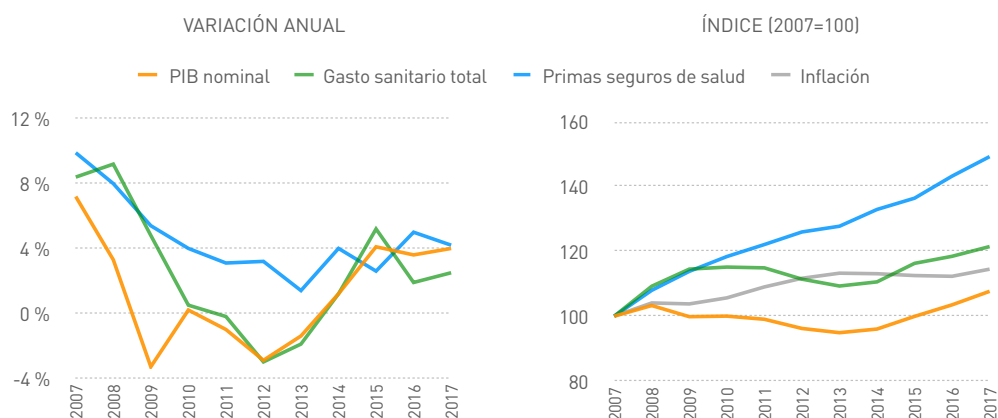
El sistema sanitario español responde al denominado modelo Beveridge. Fue concebido a finales de los años setenta, cuando se creó el

Gráfica 2.8-a
España: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.8-c
España: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
 (tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Sistema Nacional de Salud (SNS) como uno de los componentes clave del Estado del Bienestar basado en principios de universalidad y equidad, y en la transferencia de competencias a los nuevos gobiernos regionales (las Comunidades Autónomas).

Se entiende por SNS al conjunto coordinado de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas que integra todas las funciones y prestaciones sanitarias que, de acuerdo con la ley, son responsabilidad de los poderes públicos.

Las competencias se distribuyen desde la Ley de Sanidad y la Ley de Cohesión y Calidad del SNA (16/2003) entre el Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales.

El punto de partida anterior a la creación del SNS era una red sanitaria pública centrada en la atención hospitalaria y de gestión centralizada, del tipo bismarkiano, que se financiaba con las contribuciones a la Seguridad Social, en el caso de los trabajadores con rentas medias y bajas, y con pagos directos en el caso de los ciudadanos con rentas altas. Los defensores de la reforma entendieron que existían notables desigualdades, tanto en el estado de salud como en la asistencia sanitaria de la población, que hacía necesario un cambio de modelo.

El SNS se diseñó para dar una cobertura sanitaria universal, basada principalmente en la atención primaria, con una transferencia plena a las diecisiete Comunidades Autónomas. Es una profunda reforma con respecto al anterior sistema que se ha llevado a cabo en un plazo aproximado de veinte años.

No obstante, el Estado y la Entidades Locales también tienen una serie de competencias atribuidas en el nuevo modelo sanitario. La distribución de competencias entre el Estado, Comunidades Autónomas y la Entidades Locales se ilustra en la Gráfica 2.8-d.

Asimismo, se han aprobado reformas posteriores destinadas a dar cohesión al sistema. Así, la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003 elevó al denominado Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS), a la posición de máxima autoridad del SNS, con el fin de facilitar el proceso de formulación de políticas de forma consensuada. Este Consejo está integrado por el Ministerio de Sanidad y Política Social y los Departamentos o Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas.

Dicha Ley prevé la definición de la cartera de servicios comunes y del marco de la política de recursos humanos del SNS, así como las bases para la coordinación y puesta en vigor del Plan de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Este

Gráfica 2.8-d
España: distribución de competencias entre el
Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales



Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo (según la Constitución Española de 1978, la Ley 14/1986, de 25 de abril General de Sanidad, y la Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, de 28 de mayo).

Plan incluye actividades para la implantación del sistema de información sanitaria del SNS, un sistema de identificación unívoca de los pacientes con información clínica relevante y el desarrollo de una historia clínica digital o electrónica para todo el territorio nacional.

También contiene medidas para el desarrollo de una norma sobre tiempos máximos de espera, la adopción de un calendario vacunal común para todo el SNS y medidas de contención de costes centradas en la política farmacéutica. Las Comunidades Autónomas pueden optar por ofrecer vacunas adicionales a las acordadas en el seno del CISNS.

En cuanto a las coberturas del sistema sanitario público, las prestaciones comprenden las modalidades de atención primaria, especializada, prestaciones farmacéuticas, complementarias y los servicios informativos y de documentación sanitaria. Los riesgos protegidos son enfermedad común, enfermedad profesional y las lesiones derivadas de cualquier tipo de accidente.

Un concepto importante del sistema sanitario español es la denominada "cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud" que comprende el conjunto de actividades, técnicas, y recursos mediante los cuales se hacen efectivas las prestaciones sanitarias. La cartera común de servicios del SNS se acuerda en el

seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y debe aprobarse mediante Real Decreto.

Dentro de la cartera común de servicios del SNS existen a su vez las siguientes categorías:

- **Cartera común básica.** Comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o socio-sanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.
- **Cartera común suplementaria.** Incluye todas aquellas prestaciones sujetas a aportación del usuario (prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, prestación con productos dietéticos y el transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica).
- **Cartera común de servicios accesorios.** Incluye actividades sin carácter de prestación que no se consideran esenciales y que sirven de apoyo a una patología de carácter crónico. Los importes máximos de financiación y coeficientes autonómicos de salud por parte de los proveedores se aprueban anualmente. El reembolso se rige

por las mismas normas que regulan la prestación farmacéutica.

La actualización del catálogo de prestaciones, los importes máximos de financiación y los coeficientes de corrección a aplicar para determinar la facturación definitiva a los servicios autonómicos de salud por parte de los proveedores, que tendrá la consideración de precio final, debe ser aprobada por Orden Ministerial, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, a propuesta de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación.

Las Comunidades Autónomas, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios que incluirán, cuando menos, la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud en sus modalidades básica de servicios asistenciales, suplementaria y de servicios accesorios.

La inclusión de medicamentos en la financiación del Sistema Nacional de Salud se posibilita mediante la financiación selectiva y no indiscriminada, aplicándose un sistema de fijación de precios. Para la toma de decisiones, la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos tendrá en consideración los informes que elabore el Comité Asesor de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

Existe, asimismo, un copago farmacéutico que discrimina entre trabajadores en activo, los pensionistas con pensiones contributivas, los desempleados de larga duración y los pensionistas con pensiones no contributivas. El copago de los dos primeros grupos depende de su nivel de renta, y los dos últimos actualmente están exentos de realizar copago alguno.

El procedimiento y el modelo organizativo de la atención de urgencia es responsabilidad de cada Comunidad Autónoma. En términos generales, se presta a través de los servicios de atención primaria y especializada, así como mediante servicios específicamente dedicados a la atención urgente cuando la situación clínica no permita acudir a los mismos.

La coordinación de los distintos recursos de urgencias y de la movilización de los intervinientes según las necesidades está centralizada en los centros coordinadores de urgencias y emergencias sanitarias. Estos cen-

tros coordinan también los servicios sanitarios en el marco de planes de catástrofes y la colaboración con los servicios de urgencias y emergencias dependientes de las distintas administraciones, como Protección Civil, los Cuerpos de Prevención y Extinción de Incendios, y las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, así como las unidades de emergencia del ejército.

Los servicios de atención a la salud mental se han territorializado junto con el resto de servicios sanitarios y se han integrado plenamente en la red sanitaria. El número de camas psiquiátricas en hospitales monográficos ha experimentado un descenso muy acusado, dando paso a camas integradas en la red de hospitales generales.

La cartera de servicios comunes del SNS reconoce la atención paliativa como una parte fundamental de la atención sanitaria en el Sistema Nacional de Salud, si bien existen diferencias a nivel territorial en las prestaciones de este servicio sanitario. En términos económicos, el SNS cubre entre el 60% y el 65% de los costes de este tipo de cuidados. El porcentaje restante en ocasiones lo financian entidades privadas, en la mayoría de los casos entidades sin ánimo de lucro como la Asociación Española de Lucha Contra el Cáncer, que obtienen los fondos de muy diversas fuentes.

La rehabilitación se realiza en atención primaria, en servicios de rehabilitación hospitalarios y en centros de día. La atención intermedia, o de convalecencia en la transición a la comunidad, no está muy desarrollada en España y suelen ser las familias las que se ven abocadas a ocuparse de esta tarea en el domicilio.

En cuanto a los cuidados de larga duración y servicios sociales, estos servicios se regularon mediante la Ley 39/2006 de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, por la que se crea el nuevo Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Esta ley detalla una serie de servicios considerados prioritarios que deben ser prestados a través de la oferta pública de la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados.

El derecho a los servicios y prestaciones está vinculado a la nacionalidad española y depende del nivel de dependencia y la capacidad económica del solicitante. Existe un sistema de copago en función del tipo de servicios que se precisan, que es proporcional a la capacidad económica del dependiente.

Estas prestaciones y servicios se integran en la red de centros y servicios del SAAD, que está formada por los centros públicos de las Comunidades Autónomas, los Ayuntamientos, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia específicas, así como los centros privados concertados debidamente acreditados. Las Comunidades Autónomas tienen plena libertad para articular esta red en su territorio.

Las ONG y las entidades sin ánimo de lucro pueden acceder a esta red en condiciones favorables, ya que se reconoce su experiencia y su prolongada actividad como proveedores clave en muchas partes del territorio. Los centros privados no concertados que prestan servicios en las Comunidades Autónomas también deben contar con la debida acreditación de la autoridad autonómica.

Por último, es también de destacar que los funcionarios de la Administración Civil del Estado, el personal de la Administración de Justicia y las Fuerzas Armadas (personal adscrito al Ministerio de Defensa) están encuadrados respectivamente en el Régimen Especial de la Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado y de las Fuerzas Armadas. La cobertura sanitaria de estos colectivos es gestionada por las mutualidades MUFACE (Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado), ISFAS (Instituto Social de las Fuerzas Armadas) y MUGEJU (Mutualidad Gestora de Funcionarios de la Administración de Justicia). Los funcionarios pueden elegir entre obtener la cobertura a través de una compañía aseguradora privada que tenga un convenio firmado con su respectiva mutualidad o bien optar por recibirla del SNS.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud, complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral.

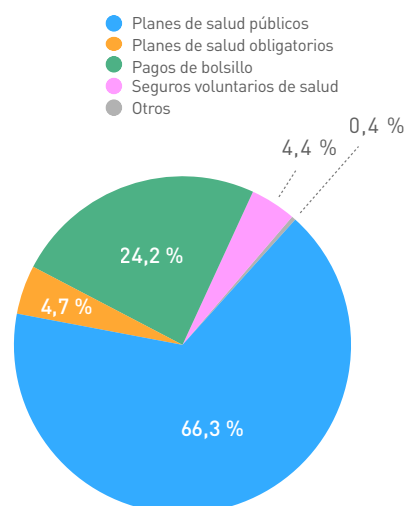
Actualmente, el régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución a los trabajadores goza de una exención fiscal en el impuesto sobre la renta, al quedar exentas las rentas en especie que supondrían para el trabajador en las cantidades satisfechas para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos. En el año 2017, el volumen de primas de este tipo de seguros alcanzó los 2.284 millones de euros, aproximadamente un 28% de las primas totales del negocio de los seguros de salud en España.

Pilar 3

Cobertura privada individual

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado en España, según datos de la OCDE, fue de 3.371 USD por habitante (3.257 USD en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible (2015), en torno a 2.394 USD (71,0%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 29,0% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 148 USD por persona (4,4%). Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno al 24,2% del gasto per cápita total y el resto (0,4%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.8-e).

Gráfica 2.8-e
España: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

Dentro de la cobertura de los seguros privados de salud los seguros individuales estarían en torno al 72%, siendo el resto seguros colectivos de salud (28% de las primas).

Análisis de otros indicadores relevantes

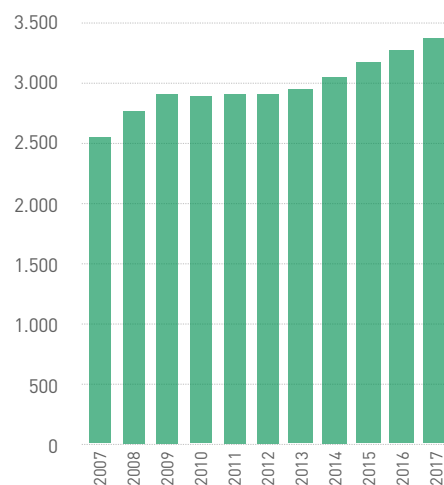
Indicadores de gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en España en 2017 fue un -17,2% inferior a la media de los países de la OCDE (3.371 USD frente a 4.069 USD)⁸⁶. La evolución del gasto per cápita en la última década disponible se muestra en las Gráficas 2.8-f y 2.8-g.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.8-h), en 2016 el número de médicos ejercientes en España era de 3,8 médicos por cada mil habitantes, un 12,3% superior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). Sin embargo, el número de enfermeros en 2016 era de 5,5 por cada mil habitantes, un -38,8% inferior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Asimismo, el número de camas de hospital era de 3,0 por cada mil habitantes, un -36,0% inferior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).

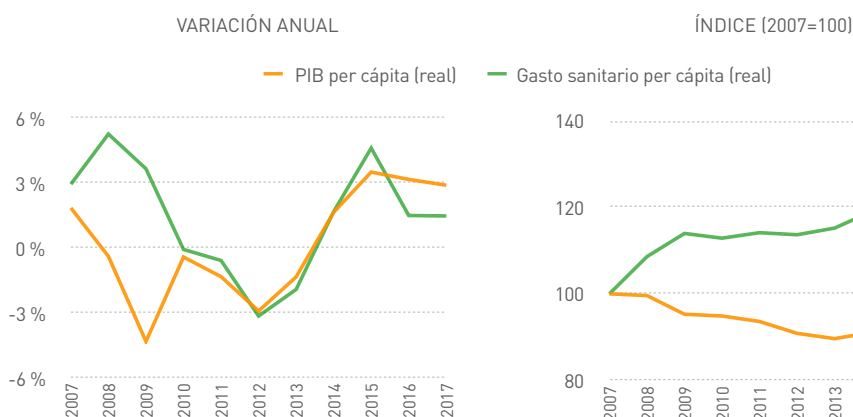
Gráfica 2.8-f
España: gasto sanitario por habitante,
2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

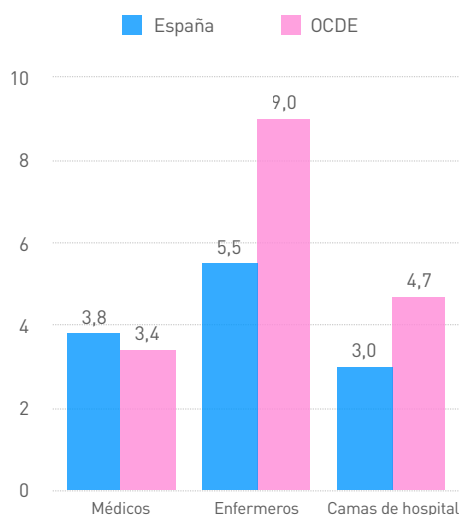
Por otro lado, como se presenta en la Gráfica 2.8-i, en 2016 el número de equipos de imagen por resonancia magnética en España era de 15,9 por cada millón de habitantes, un -2,9% inferior a la media de los países de la OCDE (16,4 por cada millón de habitantes), en tanto

Gráfica 2.8-g
España: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



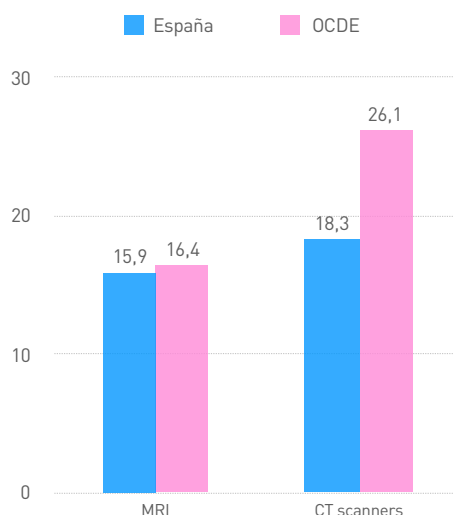
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.8-h
España: densidad de personal sanitario y
camas de hospital
(número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2015)

Gráfica 2.8-i
España: equipos MRI y CT scanners
(número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* MRI (2016), CT scanners (2016)

que el de equipos de tomografía axial computarizada era de 18,3 por cada millón de habitantes, un -30,1% inferior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

Indicadores de uso del sistema sanitario

En el caso de España, el número anual per cápita de consultas a médicos, tanto generalistas como especialistas, ha sido bastante estable a lo largo de los últimos años, situándose en torno 7,5 visitas por año. El último dato disponible (2014), que fue de 7,6 visitas por persona, de media, era un 9,5% superior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2015-2016).

Por lo que se refiere al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016, en el caso de España fue de 115 por cada mil habitantes, un -26,5% inferior a la media de la OCDE⁸⁷ (156 altas anuales en el período 2015-2016). Asimismo, la estancia media en el hospital se situó en 7,3 días, un -10,1% inferior a la media de la OCDE (8,1 días).

Indicadores de estado de salud

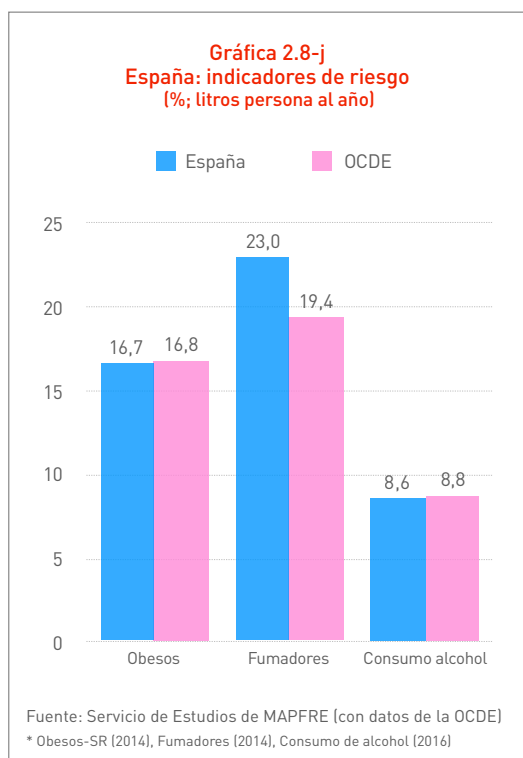
La esperanza de vida al nacer en España, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, era de 83,4 años en 2016, según datos de la OCDE, 2,6 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otro lado, la esperanza de vida saludable se estima en torno a 72,6 años, dato que contrasta favorablemente con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón, de 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)⁸⁸.

Factores de riesgo para la salud

Analizando los tres factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud, el porcentaje de personas obesas en España era del 16,7 % en 2014 (último dato disponible), por debajo de la media de la OCDE en -0,1 puntos porcentuales (16,8 en el período 2015-2016).

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente en España



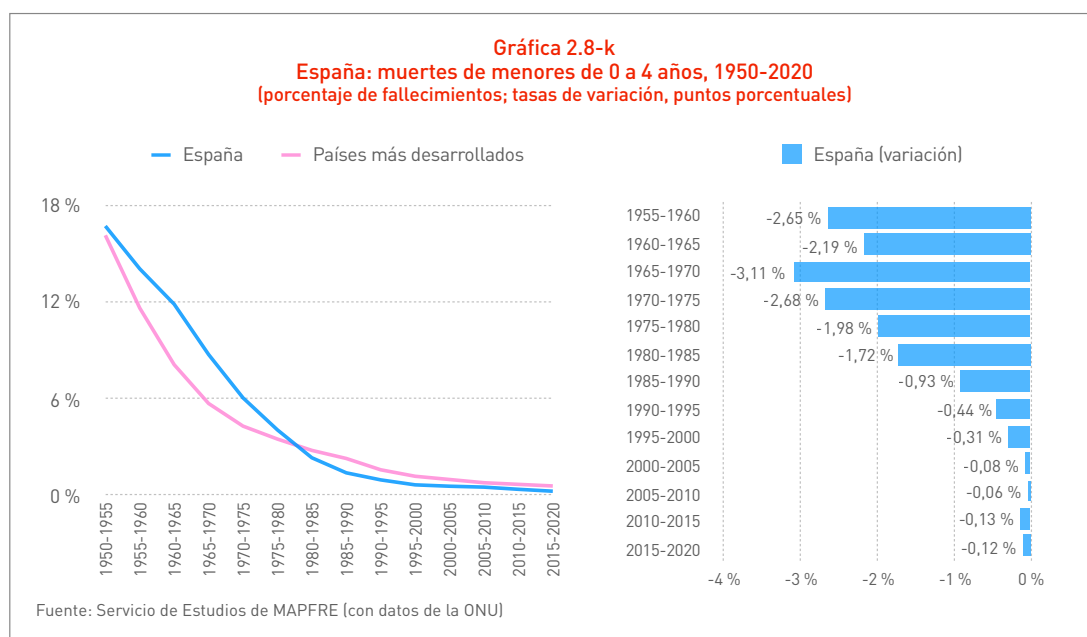
era del 23,0 % en 2014, por encima de la media de la OCDE en 3,6 puntos porcentuales (19,4% en ese año). Por último, el consumo de alcohol en el año 2016 se situaba en 8,6 litros de consumo por persona y año, superior a la media de la OCDE de 8,8.

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

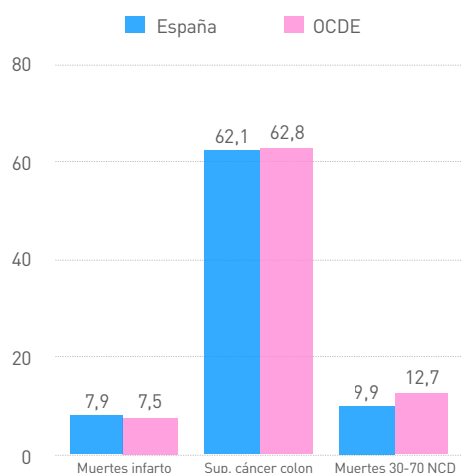
La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

De acuerdo con información de la Organización de las Naciones Unidas, el porcentaje de muertes de menores de cinco años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida a lo largo de las últimas décadas. En el caso de España, esa caída ha sido muy pronunciada, partiendo de un porcentaje superior al de las regiones más desarrolladas (véase la Gráfica 2.8-k). En la actualidad se encuentra por debajo de la media de esas regiones (0,3% en España frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)⁸⁹.

Otro indicador ampliamente utilizado, relacionado con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE, que se presentan en la Gráfica 2.8-l, la tasa de fallecidos en 2015 en España en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 7,9 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, ligeramente superior a la media de los países de la OCDE (7,5%).



Gráfica 2.8-l
España: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)

* Muertes por infarto (2015), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Asimismo, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 fue del 62,1%, muy similar a la media de los países de la OCDE (62,8%). Por último, la tasa de mortalidad

por enfermedades no transmisibles (NCDs) en población de entre 30 y 70 años, se situó en 9,9%, 2,8 puntos porcentuales por debajo de la media de la OCDE (12,7%).

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

En cuanto a la concentración del mercado asegurador de salud, las cuotas de mercado de las diez mayores compañías, así como de los diez mayores grupos aseguradores en ese año se muestran en las Tablas 2.8-a y 2.8-b.

Las diez primeras compañías aseguradoras de salud acaparan el 82,7% de las primas de seguros de salud y accidentes. Este porcentaje se eleva al 83,0% si se tiene en cuenta el volumen de primas a nivel de grupo.

Por otra parte, la evolución de la siniestralidad, gastos y resultados técnicos de los seguros de salud como porcentaje de las primas (ratio combinado), se muestra en la Gráfica 2.8-m). El ratio combinado en 2017 fue del 93,4% y ha venido descendiendo (mejorando) de forma sostenida desde el año 2012 en el que fue del 95,2%. Esa caída se explica básicamente en la caída en el ratio de siniestralidad.

Tabla 2.8-a
España: ranking de entidades aseguradoras por volumen de primas en seguros de Salud, 2017

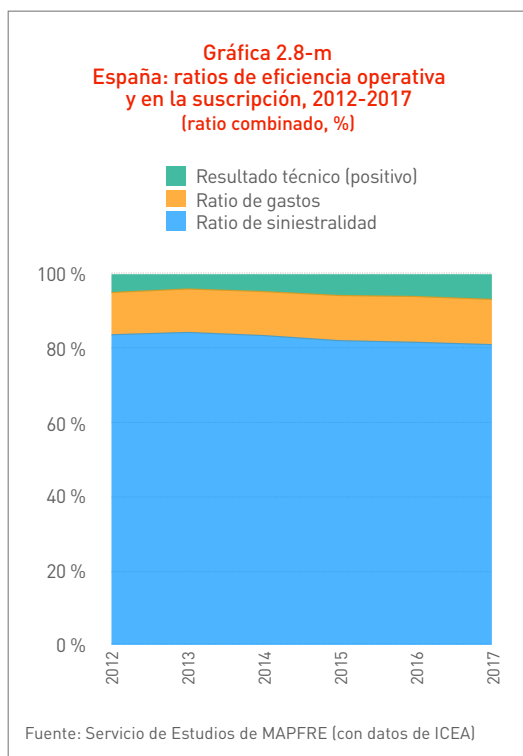
	Entidades	Primas imputadas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	SEGUCAIXA ADESLAS	2.567,8	28,8 %
2	SANITAS	1.421,6	15,9 %
3	ASISA	1.231,8	13,8 %
4	DKV SEGUROS	634,4	7,1 %
5	MAPFRE ESPAÑA	583,3	6,5 %
6	ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL	220,6	2,5 %
7	IMQ	218,4	2,4 %
8	AXA SEGUROS GENERALES	206,3	2,3 %
9	FIATC	172,1	1,9 %
10	AGRUPACIO AMCI	129,8	1,5 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA)

Tabla 2.8-b
España: ranking de grupos aseguradores por volumen de primas en seguros de Salud, 2017

	Grupos	Primas imputadas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	GRUPO MUTUA MADRILEÑA	2.567,8	28,8 %
2	SANITAS	1.421,6	15,9 %
3	ASISA	1.231,8	13,8 %
4	GRUPO DKV SEGUROS	640,2	7,2 %
5	MAPFRE	583,3	6,5 %
6	ASISTENCIA SANITARIA COLEGIAL	220,6	2,5 %
7	IMQ	218,4	2,4 %
8	GRUPO AXA	206,3	2,3 %
9	FIATC	172,1	1,9 %
10	GRUPO CASER	150,4	1,7 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA)



Breve referencia a otros proveedores de servicios

El sistema de salud español presta la mayor parte de sus servicios hospitalarios a través de la red de hospitales públicos, si bien tradicionalmente ha contratado entre el 15 y el 20% de la prestación de atención especializada a proveedores de hospitales privados (en su mayoría sin ánimo de lucro). Mediante estos contratos generalmente adquiere algunos servicios de diagnóstico de alta resolución o procedimientos quirúrgicos ambulatorios, como parte de la gestión de las listas de espera.

Una excepción notable es el caso de Cataluña, con dos tercios de los servicios hospitalarios públicos prestados por hospitales privados sin ánimo de lucro integrados en la red de proveedores públicos a través de acuerdos a largo plazo. En otros casos, se han hecho concesiones con el mismo alcance a empresas privadas que a veces poseen y administran, y otras simplemente construyen y administran servicios, introduciendo esquemas de empresas conjuntas público-privadas⁹⁰.

El nivel de fragmentación en la asociación del colectivo médico a nivel territorial en España es

alto, y se realiza principalmente a través de los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos y también a través de la asociación médica sindical a nivel de Comunidades Autónomas. También existen asociaciones específicas a nivel de especialidades y de médicos de atención primaria.

No obstante, la Organización Médica Colegial viene a integrar a los Colegios Provinciales Oficiales de Médicos a nivel estatal, junto con el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Todas estas instituciones son corporaciones de derecho público, amparadas por la Ley General de Colegios Profesionales, con estructuras democráticamente constituidas, carácter representativo y personalidad jurídica propia, e independientes de la Administración del Estado. Asimismo, existe un organismo que agrupa a los principales sindicatos del sector en las Comunidades Autónomas denominado Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM).

2.9 Francia

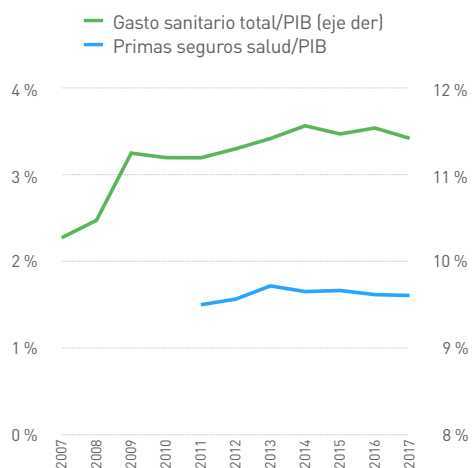
El gasto sanitario total en Francia en 2017 representó el 11,4% de su PIB (11,5% en 2016), 2,5 puntos porcentuales superior a la media de los países miembros de la OCDE del 8,9%⁹¹. El porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB ha oscilado entre el 10,3% y el 11,4% en la última década.

Las primas de seguros de salud, por su parte, representaron el 1,6% del PIB en 2017. La penetración de los seguros privados de salud desde el año 2011 oscila en una horquilla entre el 1,5 y el 1,7% del PIB⁹² (véase Gráfica 2.9).

La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.9-b y 2.9-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Francia en el mismo período.

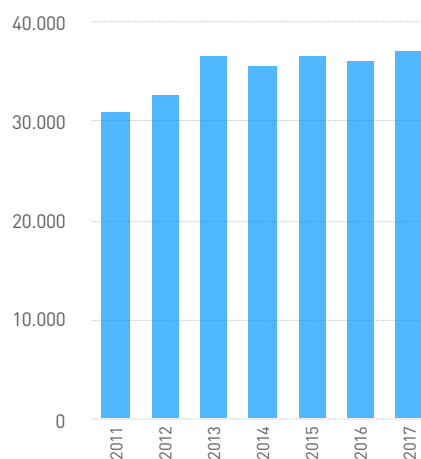
En términos generales, se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud y del gasto sanitario total, a los crecimientos del PIB. Así, en el período 2011-2017, las primas de seguros de salud fueron las que más crecieron (19,4%), seguidas del gasto sanitario total (13,7%) frente a un crecimiento del PIB del 11,5%.

Gráfica 2.9-a
Francia: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.9-b
Francia: primas de los seguros de salud,
2011-2017
(millones de euros)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR)

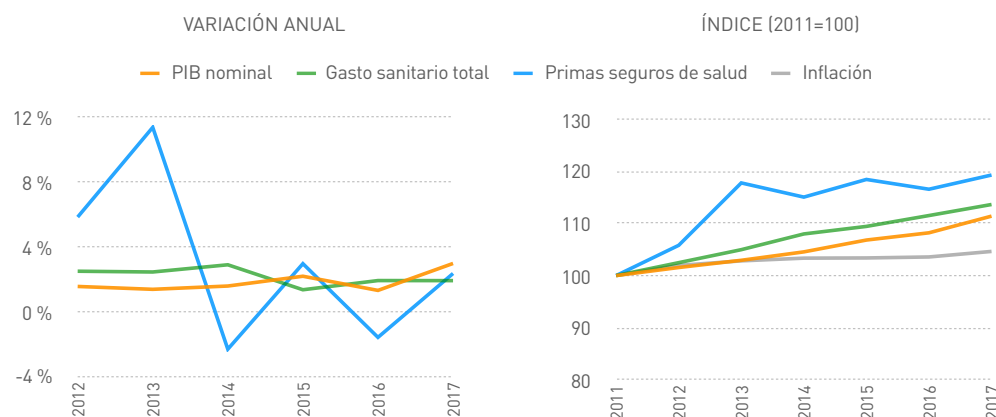
Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El sistema francés es un modelo de carácter bismarkiano, con una financiación basada en las retenciones que se realizan sobre los sueldos de los trabajadores y las aportaciones empresariales, pero con rasgos del modelo

Beveridge al contar con una cobertura universal e ingresos adicionales que provienen de impuestos específicos como puede ser el tabaco o el alcohol, entre otros.

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud, a continuación se describen los distintos

Gráfica 2.9-c
Francia: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2011-2017
(tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2011=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

niveles de cobertura, siguiendo para ello el esquema previsto en el marco conceptual de este estudio.

Pilar 0 **Cobertura mínima asistencial**

Respecto al pilar de apoyo mínimo asistencial, en Francia existe una cobertura médica y farmacéutica para los extranjeros sin permiso de residencia, a través de un programa estatal denominado AME (*Aide Médicale d'Etat*), al que puede accederse siempre que no dispongan de ingresos por encima de un determinado umbral⁹³.

Existe, asimismo, una cobertura de tipo complementario al sistema público obligatorio para los residentes legales que tengan escasos recursos; dado que el sistema público no cubre la totalidad de los gastos, un porcentaje de los cuales corresponde al asegurado (en torno al 30%).

Por último, existen unos servicios permanentes de acceso a la atención sanitaria, denominado PASS (*Permanences d'Accès aux Soins de Santé*), dirigido a aquellas personas que no están afiliadas al servicio de la seguridad social ni tienen un médico privado y necesitan atención médica de manera urgente. Según la Ley francesa, todos los hospitales públicos deben ofrecer este servicio de manera gratuita.

Pilar 1 **Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)**

El sistema sanitario francés dispone de una cobertura universal de salud para todas aquellas personas que ejercen una actividad profesional o que residen en Francia de manera estable y regular⁹⁴.

La mayor parte de la cobertura se realiza a través de los planes de seguro obligatorio de salud ("*Assurance Maladie*"), vinculados a una relación laboral. Los trabajadores son afiliados automáticamente a uno de los planes en función de su estatus, sin posibilidad de elección para ellos. El plan con un mayor número de afiliados es el "*Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés*" (CNAMTS), que cubre a los trabajadores de la industria y el comercio, junto con sus familiares.

Las personas que no dispongan de cobertura a través de un plan de salud de seguro obligatorio, quedan igualmente cubiertas por el sistema público si son residentes legales en Francia ("*Couverture Maladie Universelle*", CMU). En este último caso, y si sus ingresos no superan un determinado límite, la cobertura es gratuita⁹⁵. Los que lo superen deben contribuir con el 8% de los ingresos que excedan ese límite y la cobertura les da derecho a recibir un reembolso por los gastos de salud en las mismas condiciones que los asegurados a través de un plan de salud obligatorio.

Las prestaciones de los planes de seguro de salud obligatorios ("*Assurance Maladie*") pueden ser pagos en metálico o en especie. Los pagos en especie varían en función de si se trata de servicios hospitalarios o no, existiendo listas específicas de los servicios bajo este tipo de pago (en los que el pago al proveedor por el servicio lo realiza directamente el fondo del plan del seguro obligatorio). En los servicios no hospitalarios, normalmente el beneficiario es quien paga directamente los gastos de salud y el fondo del seguro de salud obligatorio le reembolsa una parte, en torno al 70%. Esto abre un campo a los seguros privados de salud, para la cobertura del copago a cargo de los beneficiarios.

La atención primaria se desarrolla principalmente en el sector de atención ambulatoria por profesionales independientes, mientras que la atención secundaria puede ser tanto en ambulatorios como en hospitales. Los pacientes pueden elegir entre especialistas a través de un médico de cabecera, con la excepción de ginecólogos, oftalmólogos, psiquiatras y es-tomatólogos.

El itinerario típico de un paciente pasa por un médico general que solicitará las pruebas diagnósticas que considere necesarias y, si lo estima conveniente, le derivará a un especialista del sector público o privado. Si el paciente decide saltarse el paso del médico general y acudir directamente a un especialista, el copago que le corresponde del 30% puede incrementarse hasta un 70%, dependiendo del servicio médico de que se trate y el especialista puede aplicar tarifas superiores a las estatutarias que corresponderían en otro caso.

Los especialistas que trabajan en hospitales públicos pueden ver a pacientes de pago privado, ya sea de manera ambulatoria o interna, pero debe pagar un porcentaje de sus honorarios al hospital.

Las tarifas estatutarias se establecen a través de las negociaciones entre los proveedores y los planes del seguro obligatorio ("*Assurance Maladie*"), representados por la denominada "*Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie*" (UNCAM), con la aprobación a nivel ministerial por los responsables del presupuesto y del ministerio de sanidad.

El ministerio a cargo de la salud es responsable de preparar e implementar la política gubernamental en el área de la salud pública. Controla una gran parte de la regulación del gasto en atención médica en función del marco establecido por el parlamento. La jurisdicción en términos de política de salud y regulación del sistema de salud se divide entre el Estado (parlamento, gobierno), el seguro de salud obligatorio ("*Assurance Maladie*") y las autoridades locales, especialmente a nivel regional, representadas por la agencia regional de salud (ARS).

El parlamento tiene control sobre el sistema de atención médica y sus recursos mediante la aprobación de una Ley anual de financiación de la seguridad social. Esta ley establece un objetivo para el gasto del seguro de salud para el año siguiente ("*Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie*" ONDAM). Asimismo, aprueba los ingresos del presupuesto basado en las tasas de contribución para empleadores, beneficiarios y empleados, y los impuestos específicos a asignar.

Los servicios de urgencias son ofrecidos a través de hospitales públicos, hospitales privados que han firmado un acuerdo con su Agencia Regional de Salud, médicos autónomos que trabajan para servicios de urgencias, y médicos financiados por el sistema público y atendido por profesionales de la salud de forma voluntaria. Los médicos de atención primaria no están obligados a proporcionar este tipo de servicios.

En relación con la atención a largo plazo, el seguro de enfermedad cubre los costos médicos de la atención, mientras que las familias son responsables del costo de la

estancia en los hospicios y otras instalaciones a largo plazo. La atención al final de la vida en los hospitales está completamente cubierta. Algunos fondos para el cuidado de ancianos y discapacitados provienen del Fondo Nacional de Solidaridad para la Autonomía, que a su vez es financiado por el seguro de salud estatutario (SHI) y los ingresos de un día de "solidaridad" de trabajo no remunerado. Las autoridades locales, los consejos generales y los hogares también participan en el financiamiento de estas categorías de atención.

La atención domiciliaria para las personas mayores está provista principalmente por médicos y enfermeras autónomos y, en menor medida, por servicios de enfermería comunitarios.

La atención a largo plazo en instituciones se presta en residencias de ancianos y unidades de cuidados a largo plazo. Se proporcionan subsidios monetarios a los ancianos. Las asignaciones se ajustan en relación con el nivel de dependencia del individuo, las condiciones de vida y las necesidades, según lo evaluado por un equipo conjunto de atención médica y social, y se pueden usar para cualquier proveedor y servicio elegido.

Por último, la mayor parte de los medicamentos están cubiertos en un 65%, con ciertas excepciones en los que la cobertura puede ser total o inferior a ese porcentaje.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

A pesar de la amplia cobertura del sistema de salud público francés, la penetración de los seguros privados de salud es significativa. El motivo principal es porque aunque la cobertura pública se considera universal (por alcanzar a la práctica totalidad de su población), no cubre la totalidad del gasto incurrido sino en torno al 70% del mismo, con la excepción de las personas más desfavorecidas, siendo habitual adquirir un seguro privado de salud complementario con el fin de alcanzar la cobertura total.

En este sentido, existe una organización denominada "*Union Nationale des Organismes d'assurance Maladie Complémentaire*" (UNOCAM) que representa a todos los operadores de seguros de salud complementarios, en la que

las mutuas de seguros y las instituciones de previsión tienen un papel significativo (en torno al 34% y 21,5% de las primas de seguros de salud en 2017, respectivamente⁹⁶). Las primas de seguros privados colectivos de salud representaron en torno al 47% del total de las primas de 2017, siendo el 53% restante, primas de seguros privados individuales.

Pilar 3 Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado en Francia, según datos de la OCDE, fue de 4.902 USD por habitante (4.773 USD en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible (2015), en torno a 3.869 USD (79%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio.

Del 21,1% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 668 USD por persona (13,6%)⁹⁷. Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno al 6,8% del gasto per cápita total y el resto (0,7%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.9-d).

Análisis de otros indicadores relevantes

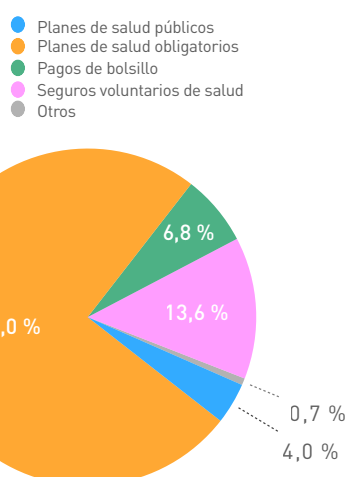
Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en Francia en 2017 fue un 20,5% superior a la media de los países de la OCDE (4.902 USD frente a 4.069 USD)⁹⁸. La evolución del gasto per cápita en la última década disponible se muestra en las Gráficas 2.9-e y 2.9-f, junto con una comparación respecto a la evolución del PIB per cápita.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Según datos de la OCDE que se ilustran en la Gráfica 2.9-g, en el año 2016 el número de médicos ejercientes en Francia era de 3,1 por cada mil habitantes, un -8% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). Sin embargo, el número de enfermeros en 2016 era de 10,2 por cada mil habitantes, un 13,1% superior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes). Por otro lado, el número de camas de hospital en Francia era de 6,1 por cada mil habitantes, un 30% superior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).

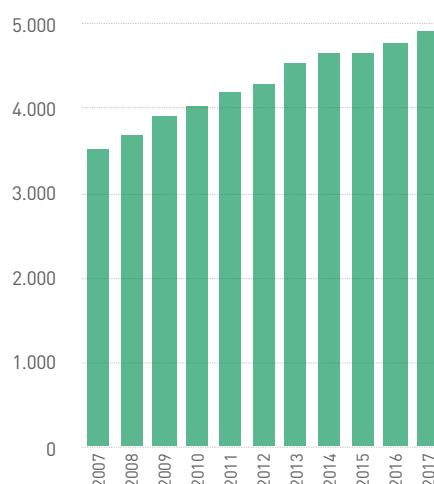
Gráfica 2.9-d
Francia: desglose del gasto medio por habitante, 2015* (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

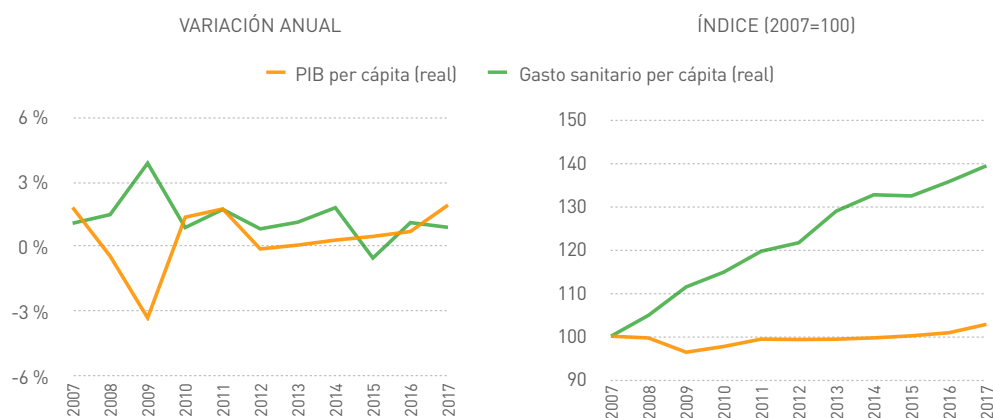
* Último dato disponible.

Gráfica 2.9-e
Francia: gasto sanitario por habitante, 2007-2017 (dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Gráfica 2.9-f
Francia: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)

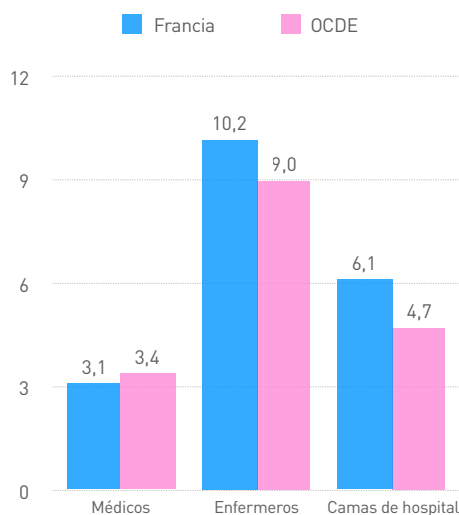


Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OEF/Haver Analytics)

En cuanto al número de equipos de imagen por resonancia magnética, como se muestra en la Gráfica 2.9-h, era de 13,5 por cada millón de habitantes, un -17,6% inferior a la media de los países de la OCDE (16,4 por cada millón de habitantes). Por lo que se refiere al número de

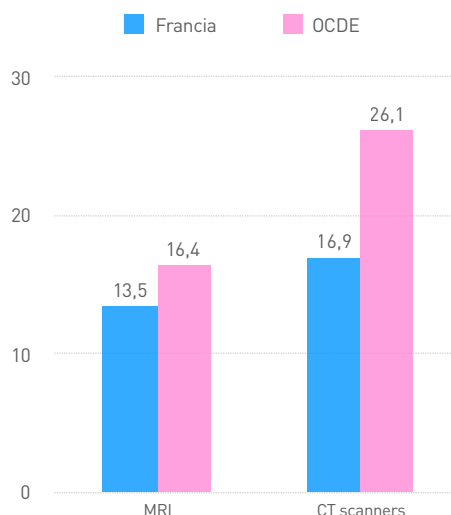
equipos de tomografía axial computerizada en ese país, este era de 16,9 por cada millón de habitantes, un -35,2% inferior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

Gráfica 2.9-g
Francia: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2016)

Gráfica 2.9-h
Francia: equipos MRI y CT scanners
 (número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * MRI (2016), CT scanners (2016)

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos en Francia en 2016 (último dato disponible) se situó en 6,1 visitas por año, un -12,1% inferior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2015-2016).

Respecto al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016, el indicador fue de 181,9 por cada mil habitantes, un 16,2% superior a la media de la OCDE⁹⁹ (156 altas anuales en el período 2015-2016). Asimismo, la estancia media en el hospital se situó en 10,1 días en 2015, un 24,3% superior a la media de la OCDE (8,1 días).

Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer, uno de los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, era de 82,4 años en 2015, según datos de la OCDE, 1,6 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

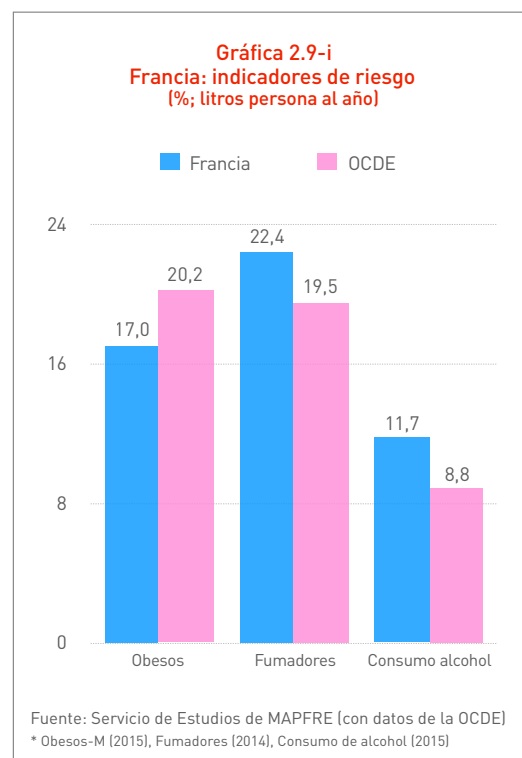
Por otro lado, la esperanza de vida saludable en Francia se ha estimado en torno a los 71,7 años, dato que contrasta con las estimaciones de este indicador para países como Singapur y Japón con 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)¹⁰⁰.

Factores de riesgo para la salud

Promover estilos de vida saludables, incluyendo programas sobre obesidad, alimentación equilibrada, ejercicio y contra el tabaquismo es percibido como un elemento esencial de prevención de enfermedades en cualquier sistema de salud.

De los tres factores utilizados como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.9-i), el porcentaje de personas obesas en Francia (basado en mediciones reales) era del 17% en 2015 (último dato disponible), por debajo de la media de los países de la OCDE en -3,2 puntos porcentuales (20,2% en el período 2015).

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 22,4% en 2014, superior a la media de la OCDE en 2,9 puntos porcentuales (19,5% en el período 2014). Por último, el consumo de alcohol en el año 2016 (último disponible) se situaba en 11,7



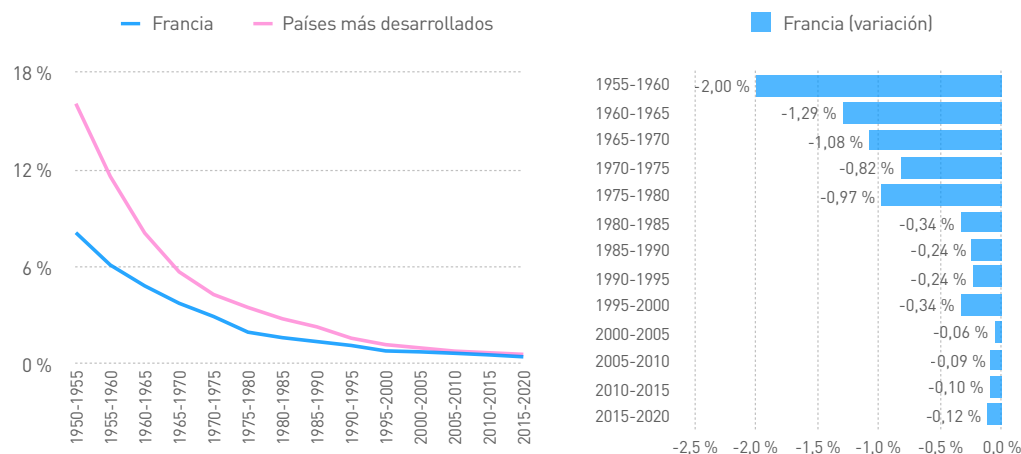
litros de consumo por persona y año, un 33,2% superior a la media de la OCDE (8,8 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil (uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud) ha venido cayendo de forma sostenida a lo largo de las pasadas décadas. En el caso de Francia, desde el año 1950, además de la tendencia decreciente, presenta un porcentaje ostensiblemente inferior a la media de los países más desarrollados a lo largo de toda la serie¹⁰¹ (véase la Gráfica 2.9-j).

Otro indicador relacionado con la calidad del servicio sanitario es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.9-k), la tasa de fallecidos en 2015 en Francia en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 5,6 por cada 100 ingresos de adultos de 45

Gráfica 2.9-j
Francia: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

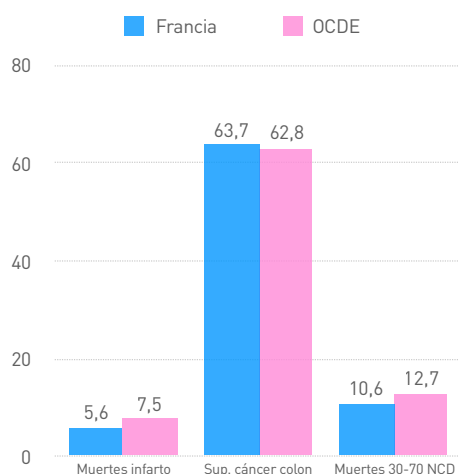
años en adelante, un -25,5% inferior a la media de los países de la OCDE (7,5).

Asimismo, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 fue del 63,7%,

superior en 0,9 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%).

Por último, el porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los 30 y los 70 años en Francia presenta un porcentaje del 10,6% en 2016, superior en 2,1 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%¹⁰².

Gráfica 2.9-k
Francia: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)
 * Muertes por infarto (2015), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de los diez mayores grupos societarios en el negocio de seguros de salud y accidentes en Francia en 2017 se muestran en la Tabla 2.9. Como se desprende de dicha información, los diez primeros grupos aseguradores acaparan el 55,4% de las primas de seguros de salud.

Breve referencia a otros proveedores de servicios

En Francia existe un sindicato denominado “*Union nationale des professionnels de santé*” (UNPS), creado al amparo de la Ley de Reforma del Seguro de Salud del 13 de agosto de 2004, el cual reúne a representantes de más de veinte organizaciones sindicales de profesionales de la salud. El UNPS representa a doce categorías profesionales, incluyendo

Tabla 2.9
Francia: ranking de grupos
aseguradores por volumen de
primas en Salud, 2017

	Grupos	Primas seguro directo (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1	GROUPE VVY	5.648,8	13,5 %
2	AXA FRANCE	2.425,0	5,8 %
3	GROUPAMA	2.257,3	5,4 %
4	GROUPE AESIO	2.184,8	5,2 %
5	SGAM AG2R LA MONDIALE	2.155,4	5,2 %
6	GROUPE MALAKOFF MÉDÉRIC	2.056,3	4,9 %
7	BTP PRÉVOYANCE	1.726,8	4,1 %
8	COVÉA	1.654,6	4,0 %
9	GROUPE HUMANIS	1.559,9	3,7 %
10	ALLIANZ FRANCE	1.495,6	3,6 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de L'Argus de L'Assurance)

médicos generales, especialistas y enfermeros, entre otros. Este sindicato está reconocido oficialmente como el más representativo. No obstante, existen otros sindicatos, como el que representa a los médicos que trabajan en hospitales públicos y otros a nivel regional, lo que pone de manifiesto un alto grado de fragmentación en las asociaciones francesas de los proveedores de servicios de salud.

Los recursos humanos y físicos de los hospitales están controlados por el gobierno a través de diferentes mecanismos. El ministerio a cargo de la salud, se asegura de que los hospitales públicos y privados y los médicos de los hospitales cumplan con los estándares de competencia a través de un proceso de certificación cada cuatro años.

La propiedad de los hospitales se divide entre: (i) el gobierno (hospitales públicos); (ii) organizaciones sin fines de lucro que están vinculadas al sector público y tienden a ser propiedad de fundaciones, organizaciones religiosas o asociaciones de mutuales de seguros; y (iii) hospitales privados con fines de lucro, cuya propiedad se concentra cada vez más en grandes grupos internacionales. En este sentido, existen diversas asociaciones representativas de los hospitales que vienen a agruparse en función de su naturaleza pública o privada, con o sin ánimo de lucro.

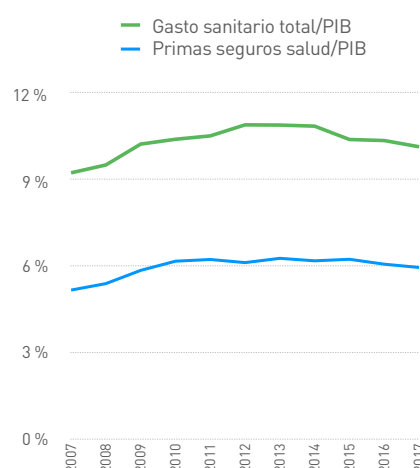
2.10 Holanda

En Holanda, el gasto sanitario total como porcentaje del PIB representó el 10,1% en 2017, 1,2 puntos porcentuales superior al de la media de los países de la OCDE (8,9%)¹⁰³. Como se observa en la Gráfica 2.10-a, este porcentaje muestra una tendencia creciente en el período 2007-2014, momento en el que cambia de tendencia tomando una senda decreciente. En conjunto, el gasto sanitario aumentó 0,9 puntos porcentuales, en términos de PIB, en el período 2007-2017.

Por su parte, las primas de seguros de salud representaron el 5,9% del PIB en 2017, una de las mayores a nivel mundial¹⁰⁴. En el análisis de la evolución de la penetración de los seguros privados de salud en la última década en Holanda, se observa una tendencia similar a la del gasto sanitario total, creciente en el período 2007-2013, momento en el que cambia de tendencia tomando una senda decreciente, aunque menos pronunciada que en el caso del gasto sanitario. De esta forma, en el período 2007-2017 la penetración de los seguros de salud experimentó un crecimiento desde el 5,2% del PIB en 2007 hasta el 5,9% en 2017.

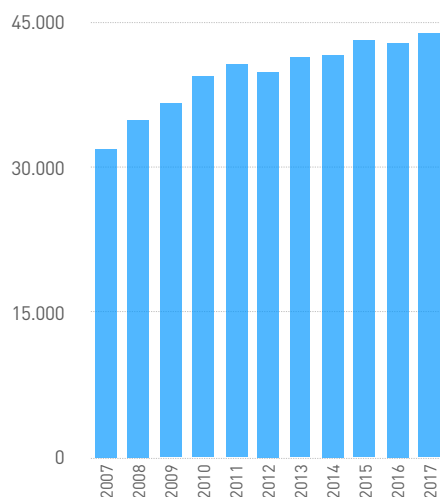
La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años

Gráfica 2.10-a
Holanda: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de VVY, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.10-b
Holanda: primas de los seguros de salud,
2007-2017
 (millones de euros)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de VVV)

se muestra en la Gráfica 2.10-c, junto con una comparativa de los crecimientos del gasto sanitario total y del PIB de Holanda en el mismo período. En general, se aprecian crecimientos mayores de las primas de seguros de salud a los crecimientos del PIB

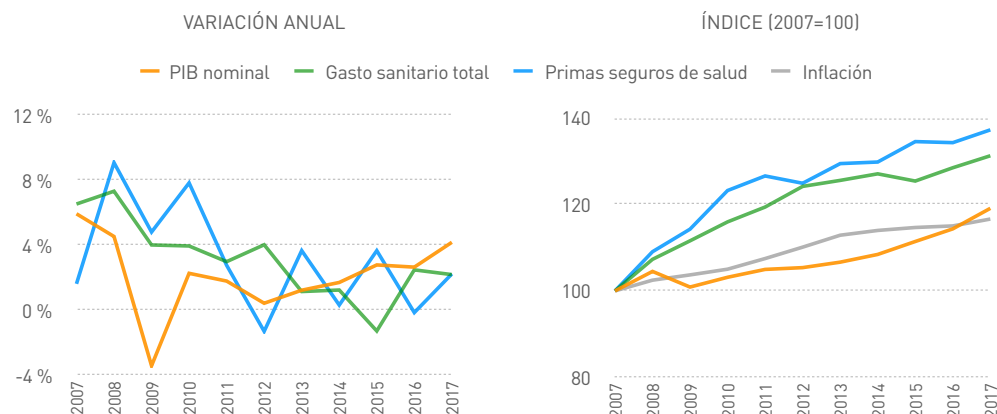
nominal y a los del gasto sanitario total. En la última década las primas de seguros de salud crecieron un 37,3% frente a un crecimiento del PIB del 19,1% en ese período y un crecimiento del gasto sanitario total del 31,3%.

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El sistema de salud holandés es un modelo mixto de tipo liberal con elementos del sistema Beveridge. Se trata de un modelo que otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. La prima del seguro se descompone en dos partes, la primera es una cuantía estándar que debe satisfacer cada asegurado mayor de 18 años, y la segunda es una cuantía variable que depende de su nivel de ingresos. Para los niños y jóvenes hasta los 18 años, el gobierno paga el coste del seguro con recursos públicos.

Con anterioridad a este sistema, la cobertura sanitaria en Holanda era del tipo bismarkiano, vinculada a una relación laboral, junto con un seguro social de salud que cubría a un porcentaje de la población con bajos ingresos. Durante la década de los años sesenta del siglo pasado se introdujo un plan de seguro social para la atención a largo plazo que luego se extendió a los servicios de atención a la tercera edad y de salud mental. Fue en 2006 cuando se

Gráfica 2.10-c
Holanda: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017
 (tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de VV, OCDE y OEF/Haver Analytics)

produjeron los grandes cambios en el sistema con la llegada de la nueva Ley de seguro de salud que incorpora el plan de seguro obligatorio¹⁰⁵.

El actual sistema se rige por la Ley de Seguro Médico (*Zorgverzekeringswet*) que regula el seguro social para la atención médica en beneficio de toda la población; la Ley de Cuidado a Largo Plazo (*Wet langdurige zorg*) que contiene normas sobre el seguro de la atención a personas que necesitan cuidados a largo plazo; la Ley de Apoyo Social (*Wet maatschappelijke ondersteuning*) cuya finalidad es ofrecer ayuda y apoyo a personas con discapacidades físicas, psicológicas o mentales en la vida diaria, y la Ley de la Juventud (*Jeugdwet*) que contiene las normas relativas a la responsabilidad de prevención, apoyo, ayuda y cuidado de los jóvenes y sus padres en caso de problemas en la crianza de los hijos, problemas psicológicos y trastornos¹⁰⁶. Finalmente, en 2015, hubo otra gran reforma que incluyó una descentralización de la organización de la atención a largo plazo (excepto la enfermería domiciliar cuya responsabilidad es de las aseguradoras de salud).

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud, se describen a continuación los niveles de cobertura siguiendo el esquema conceptual planteado en este estudio.

Pilar 0 **Cobertura mínima asistencial**

Todos los ciudadanos y residentes legales holandeses están obligados a contratar un seguro de salud básico. Cualquier otra persona que requiera atención médica en Holanda tiene que pagar la atención médica directamente de su bolsillo. Los proveedores sanitarios están obligados a proporcionar la atención médica necesaria por lo que, en el caso de que no puedan pagarla, los proveedores de atención médica pueden bajo ciertas condiciones recibir un reembolso del gobierno¹⁰⁷.

En el esquema de salud holandés está previsto un subsidio para ayudar a financiar el coste del seguro médico de salud (*zorgtoeslag*), el cual es ofrecido por el gobierno para aquellas personas obligadas a contratarlo pero cuyos ingresos se sitúen por debajo del límite establecido, entre otros requisitos.

Pilar 1 **Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)**

La cobertura sanitaria en Holanda se garantiza a través de la obligación de contratar una cobertura básica mediante un seguro privado de salud. Existe, asimismo, un sistema público para el personal militar, cuya atención médica la organiza el Ministerio de Defensa y la proporciona el servicio médico militar.

Las personas que por sus creencias religiosas o su filosofía de vida no quieran contratar un seguro médico, tienen que pagar un impuesto adicional sobre la renta. Estas contribuciones se depositan en cuentas personales que son administradas por el Instituto Nacional de Salud. El gasto de atención médica para estas personas se reembolsa de sus cuentas personales. Si el gasto de atención médica excede el saldo de la cuenta, el individuo tiene que pagar el coste de su bolsillo.

El gobierno nacional, asesorado por el Instituto Nacional de Salud, determina las coberturas que entran en el paquete básico a las que todos tienen derecho. Las aseguradoras deben garantizar que los servicios incluidos en el paquete básico estén disponibles para todos sus asegurados, están obligadas a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. Asimismo, el asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

Existe un deducible para los gastos de atención médica que se aplica a la mayor parte de los servicios sanitarios del paquete básico. El deducible es una cantidad que debe satisfacer el beneficiario de la atención médica, antes de que la aseguradora se empiece a hacer cargo. No obstante, hay servicios médicos para los cuales no se aplica el deducible, por ejemplo el médico general. En 2018, el gobierno ha establecido el deducible en 385 euros. Además, para determinados gastos médicos del paquete básico debe pagarse una contribución personal o copago. Esta puede ser una cantidad fija o un porcentaje del coste. La contribución personal se aplica a bienes y servicios muy específicos como, por ejemplo, audífonos o el transporte de pacientes, entre otros. El gobierno determina para qué cuidados se aplica esta contribución y el coste que conlleva.

Las compañías de seguros pueden ofrecer dos tipos de pólizas: “*natura*” y “*restitutie*”. La póliza “*natura*” es un seguro de prestación de servicios e implica que las aseguradoras deben ofrecer atención a sus asegurados a través de proveedores de atención médica contratados por la propia aseguradora.

La póliza “*restitutie*”, por su parte, es un seguro de reembolso de gastos que concede al asegurado el derecho al reembolso de su factura de atención médica y la libre elección del proveedor. En principio, el asegurado paga la factura de su bolsillo que luego es reembolsada por la aseguradora de salud, aunque si la atención es muy costosa esta es pagada directamente por la aseguradora.

También son admisibles pólizas mixtas de prestación de servicios y de reembolso de gastos, en las que si el asegurado decide elegir un proveedor no contratado por la compañía aseguradora recibe una determinada compensación fijada en la póliza.

Es importante destacar que el gobierno tiene la responsabilidad final para que la atención de la salud sea de buena calidad, segura, accesible y asequible, además de establecer el presupuesto nacional de salud.

En el sistema sanitario holandés, los médicos generales son una pieza clave, debiendo acudir a ellos como paso previo para poder ir a un especialista o recibir atención hospitalaria (actúan como “*gatekeepers*”). Juegan, además, un papel relevante en la atención de las urgencias médicas que se prestan por cooperativas de médicos generales (“GP posts”)¹⁰⁸ quienes las atienden y deciden si deben remitirse a las salas de urgencias de un hospital. También es de destacar que los enfermeros están cobrando un papel cada vez más relevante en la atención sanitaria holandesa, especialmente en la atención de enfermos crónicos, como diabéticos o personas con enfermedades pulmonares o cardíacas crónicas.

La organización del cuidado a largo plazo en el hogar está descentralizada en los municipios, que la financian mediante sus propios impuestos. En este sentido, hoy día los municipios holandeses realizan evaluaciones y adquieren atención profesional para sus ciudadanos con contribuciones no asignadas

del gobierno nacional. Los enfermeros de distrito valoran las necesidades de las personas que requieren de este tipo de atención y la coordinan con el médico general y otros profesionales sanitarios.

El creciente número de personas diagnosticadas con enfermedades crónicas y de personas mayores con necesidades complejas, está impulsando el desarrollo de la denominada atención integrada, existiendo protocolos y normas de actuación coordinada, acordados a nivel nacional. Sobre la base de estos protocolos, los grupos de atención primaria desarrollan sus programas, que deben ser contratados por aseguradores de salud privados.

Además de estos programas, existen múltiples iniciativas que tienen una perspectiva más amplia para integrar la atención médica, la asistencia social y, en su caso, la atención domiciliaria.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

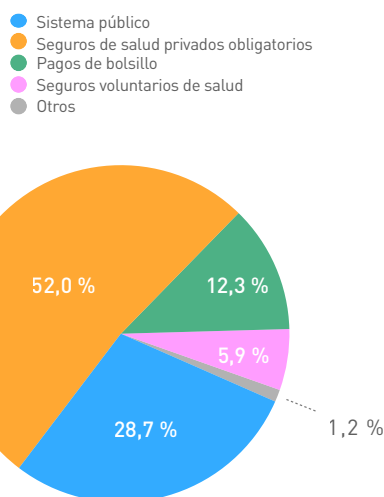
En Holanda es habitual que las compañías aseguradoras ofrezcan coberturas de salud complementarias para amparar los gastos no cubiertos por el seguro privado obligatorio. Estos seguros complementarios pueden ser contratos colectivos para determinados grupos de asegurados como empleados de una misma empresa, o asociaciones que representan a ciertos grupos de población. Las personas aseguradas son libres de unirse a un plan de salud colectivo o comprar un plan individual.

Pilar 3

Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, el gasto estimado en 2017 en Holanda fue de 5.386 USD por habitante (5.235 USD en 2016), según datos de la OCDE. De ellos, utilizando el último desglose disponible con datos de la Organización Mundial de la Salud de 2015, en torno a 1.548 USD (28,7%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema público mientras que el gasto en contribuciones a seguros obligatorios de salud estaría en torno a 2.799 USD por persona (52,0%). Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno a 660 USD (12,3%). Por último, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud se elevaría a 316 USD (5,9%) del gasto per cápita

Gráfica 2.10-d
Holanda: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

total y el resto a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.10-d).

Las coberturas adicionales a la básica obligatoria que realizan las compañías de seguros de salud las determinan las propias aseguradoras, sin que el gobierno tenga influencia en estas pólizas de seguro complementarias.

A pesar del rol predominante de las compañías aseguradoras en el sistema de salud holandés, es de destacar que el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo financiados mediante impuestos.

Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita holandés en 2017 fue un 32,4% superior a la media de los países de la OCDE (5.386 USD frente a 4.069 USD), según las estimaciones de este organismo (véase la Gráfica 2.10-e).

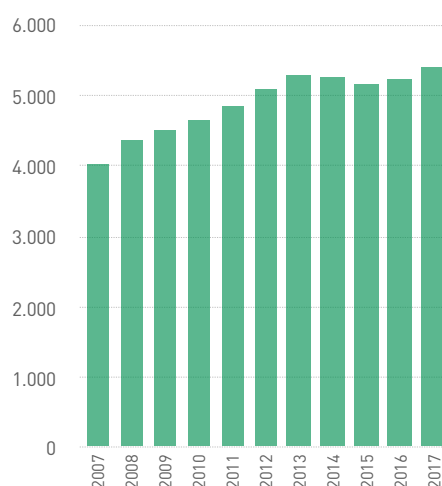
La evolución del gasto per cápita en salud en los últimos años disponibles, junto con una comparación de la evolución del PIB per cápita, se muestra en la Gráfica 2.10-f. De esta información se desprende un crecimiento sensiblemente mayor del gasto sanitario per cápita respecto al crecimiento del ingreso.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

Con los últimos datos disponibles¹⁰⁹, que se ilustran en la Gráfica 2.10-g, en el año 2016 el número de médicos ejercientes en Holanda era de 3,5 por cada mil habitantes, un 2,9% superior a la media de los países de la OCDE en ese año (3,4 médicos por cada mil habitantes). Por su parte, el número de enfermeros en 2016 era de 10,6 por cada mil habitantes, un 17,4% superior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes).

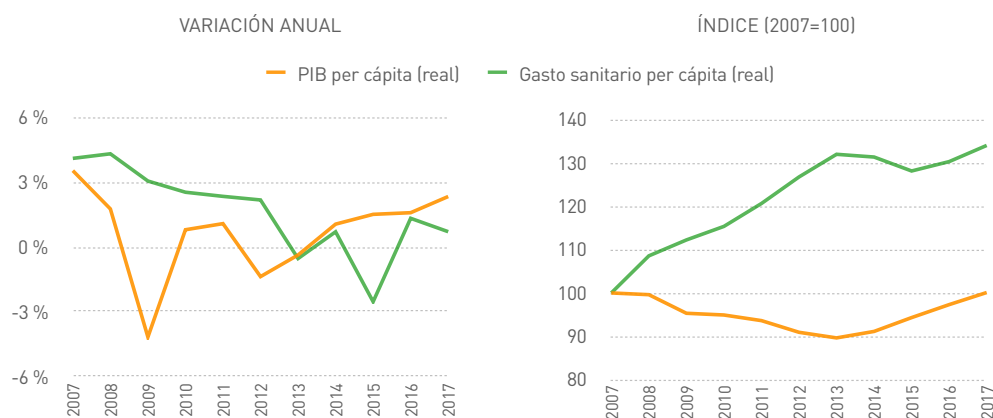
Asimismo, el número de camas de hospital en 2016 era de 3,6 por cada mil habitantes, un -22% inferior a la media de los países de la OCDE en esa fecha (4,7 camas por cada mil habitantes).

Gráfica 2.10-e
Holanda: gasto sanitario por habitante,
2007-2017
 (dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Gráfica 2.10-f
Holanda: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)

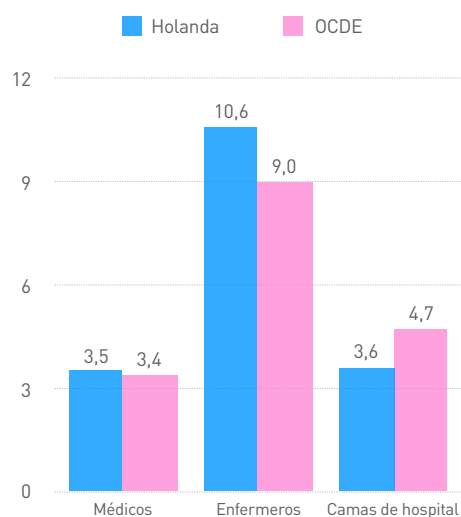


Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

Por otra parte, como se presenta en la Gráfica 2.10-h, el número de equipos de imagen por resonancia magnética en 2016 era de 12,8 por cada millón de habitantes, un -21,9% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (16,4 por cada millón de habitantes). De igual

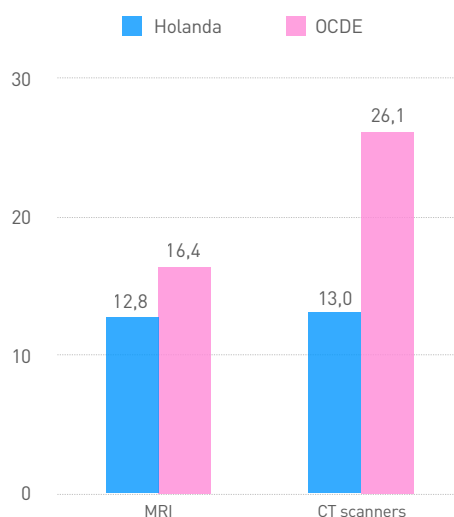
forma, el número de equipos de tomografía axial computarizada en Holanda era de 13 por cada millón de habitantes, un -50,1% inferior a la media de los países de la OCDE (26,1 por cada millón de habitantes).

Gráfica 2.10-g
Holanda: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * Médicos (2016), Enfermeros (2016), Camas de hospital (2016)

Gráfica 2.10-h
Holanda: equipos MRI y CT scanners
 (número por cada millón de habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
 * MRI (2016), CT scanners (2016)

Indicadores de uso del sistema sanitario

El número anual per cápita de consultas a médicos en 2016 en Holanda se situó en 8,8 visitas por año, un 26,8% superior a la media de la OCDE (6,9 visitas por año en el período 2015-2016).

Por lo que se refiere al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2010 (último año disponible), fue de 116,5 por cada mil habitantes, un -24,4% inferior a la media de la OCDE¹¹⁰ (154 altas anuales en ese año). La estancia media en 2016 en el hospital se situó en 5 días, un -38,3% inferior a la media de la OCDE (8,1 días).

Indicadores de estado de salud

La esperanza de vida al nacer en Holanda era de 81,6 años en 2016, según datos de la OCDE, 0,8 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

La esperanza de vida saludable, por su parte, se estima en torno a 70,7 años, dato que contrasta con las estimaciones de este indicador para Singapur y Japón, 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)¹¹¹.

Factores de riesgo para la salud

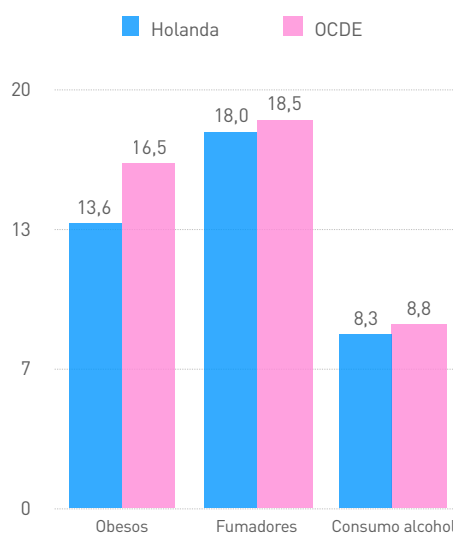
Por lo que se refiere a los indicadores ligados a la prevención de enfermedades (véase la Gráfica 2.10-i), el porcentaje de personas obesas en 2016 en Holanda era del 13,6%, inferior a la media de la OCDE en -2,9 puntos porcentuales (16,5%).

En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 18% en 2016, inferior a la media de la OCDE en -0,5 puntos porcentuales (18,5% en el período 2015-2016). Por último, el consumo de alcohol en Holanda en 2016 (último año disponible) se situaba en 8,3 litros de consumo por persona y año, un -5,5% inferior a la media de la OCDE (8,8 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

Como se ha apuntado anteriormente, la mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones

Gráfica 2.10-i
Holanda: indicadores de riesgo
(%; litros persona al año)



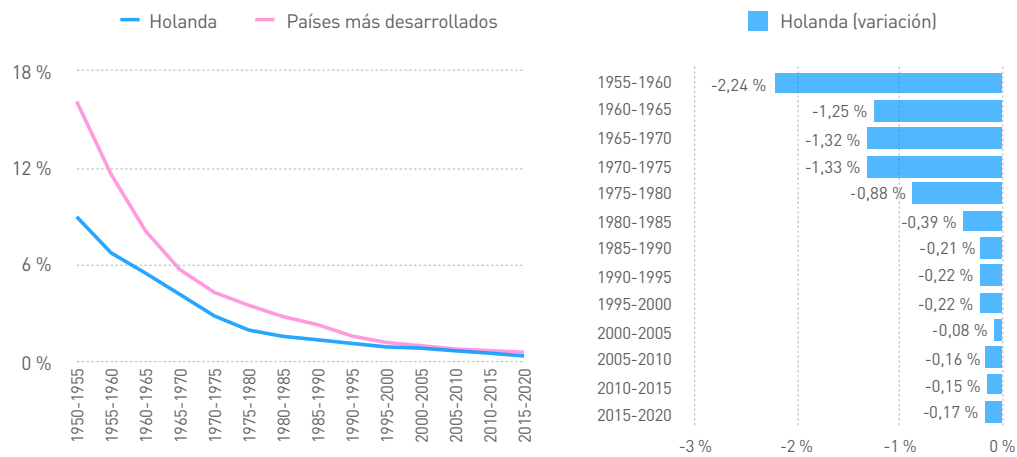
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)
* Obesos-SR (2016), Fumadores (2016), Consumo de alcohol (2016)

socioeconómicas en la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud. En el caso de Holanda, la caída de este indicador ha sido menos pronunciada que la media de las regiones más desarrolladas, al partir de un porcentaje significativamente inferior (véase la Gráfica 2.10-j). En la actualidad, el indicador se encuentra más cerca pero siempre por debajo de la media de esas regiones (0,4% en Holanda frente al 0,6% de las regiones más desarrolladas)¹¹².

Otro de los indicadores relacionado con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intrahospitalaria por infarto agudo de miocardio. Según datos de la OCDE (véase la Gráfica 2.10-k), la tasa de fallecidos en 2012 en Holanda en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 5,4 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un -27,8% inferior a la media de los países de la OCDE (7,5).

De igual forma, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 en Holanda, fue del 63%, superior en apenas 0,2 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%).

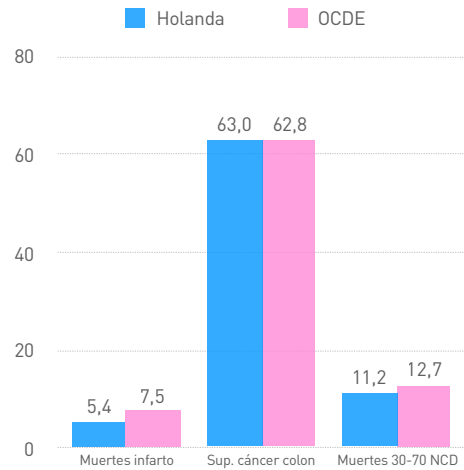
Gráfica 2.10-j
Holanda: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
(porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

Por último, en 2016 el porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no transmisibles (NCDs) entre los 30 y los 70 años presenta un porcentaje del 11,2%, inferior en -1,5 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%¹¹³.

Gráfica 2.10-k
Holanda: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
(100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)
* Muertes por infarto (2012), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Principales proveedores de servicios

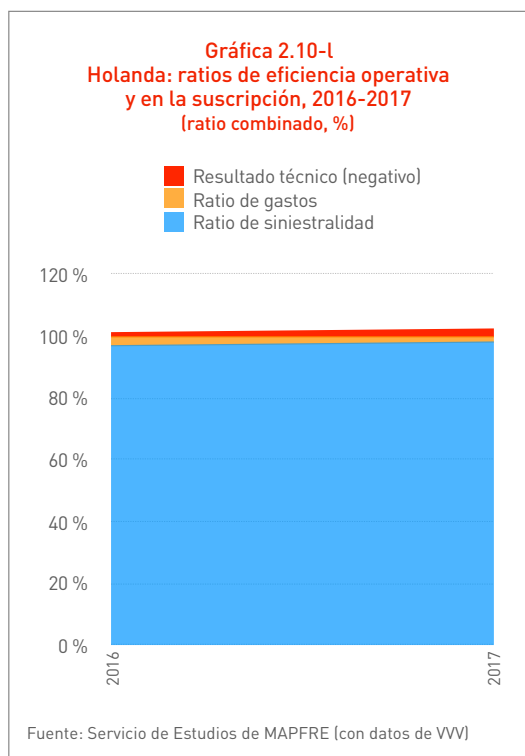
Compañías aseguradoras

Las cuotas de mercado de las mayores entidades aseguradoras en el negocio de seguros de salud de Holanda en 2015 (último dato disponible) se presentan en la Tabla 2.10. A partir de esta información, se comprueba que la concentración de mercado asegurador en

Tabla 2.10
Holanda: ranking de entidades aseguradoras por volumen de primas en seguros de Salud, 2015

Entidades	Primas emitidas (millones de USD)	Cuota de mercado (%)
1 ZILVEREN KRUIS ACHMEA ZORG	9.862,2	20,7 %
2 CZ ZORG	6.868,8	14,4 %
3 VGZ	6.478,3	13,6 %
4 MENZIS ZORG	4.874,0	10,2 %
5 UNIVÉ ZORG	2.157,9	4,5 %
6 IZA	1.765,2	3,7 %
7 DE FRIESLAND ZORG	1.427,9	3,0 %
8 ZORG EN ZEKERHEID ZORG	1.224,9	2,6 %
9 OHRA ZIEKTEKOSTEN	1.194,9	2,5 %
10 IZZ	1.111,7	2,3 %

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de VVV)



materia de salud es significativa, ya que las cinco primeras entidades aseguradoras acumulan el 63,4% de las primas.

Por otra parte, según la última información disponible del *De Nederlandsche Bank* (DNB), el ratio de siniestralidad en 2017 se situó en el 98,3% de las primas de seguros de salud (97,1% en 2016), mientras que el ratio de gastos en 2017 se situó en el 4,2% (mismo ratio que en 2016). Esto supone que, a nivel agregado, esta línea de negocio tuvo una rentabilidad técnica negativa del -2,5% en 2017 (-1,3% en 2016).

Breve referencia a otros proveedores de servicios

Existen diversas asociaciones de médicos en Holanda. La *Royal Dutch Medical Association* (KNMG)¹¹⁴ es la principal organización que integra a gran parte de estas asociaciones, funcionando en forma de federación. La federación está formada por la Asociación de Médicos de Salud Pública (KAMG), la Asociación Nacional de Médicos Asalariados (LAD), la Asociación Nacional de Médicos Generales (LHV), la Asociación Holandesa de Salud Ocupacional (NVAB), la Asociación de Médicos de Atención a Personas Mayores (*Verenso*), la Asociación

Holandesa de Medicina de Seguros (NVVG), la Asociación Holandesa de Especialistas Médicos (*Federatie van medisch specialisten*), y la Asociación de Estudiantes de Medicina (*De Geneeskundestudent*).

Adicionalmente, los médicos generales son miembros en su mayoría del colegio holandés de médicos generales (*Nederlands Huisartsen Genootschap*, NHG)¹¹⁵. Por su parte, los médicos especialistas de los distintos hospitales suelen a su vez asociarse entre ellos, siendo estas asociaciones las que negocian directamente con el hospital su remuneración¹¹⁶.

La mayoría de los hospitales son fundaciones. Los hospitales son instituciones sin fines de lucro y no se permite que se constituyan como entidades con ánimo de lucro. En Holanda, existen básicamente tres tipos de hospitales: (i) los hospitales generales; (ii) los hospitales universitarios, y (iii) los hospitales especializados para un tipo de afección (por ejemplo, los hospitales de cáncer o los oftalmológicos). Estos hospitales proporcionan prácticamente todas las formas de atención ambulatoria, así como la atención secundaria para pacientes hospitalizados. La mayoría de los hospitales también tienen salas de emergencia las 24 horas.

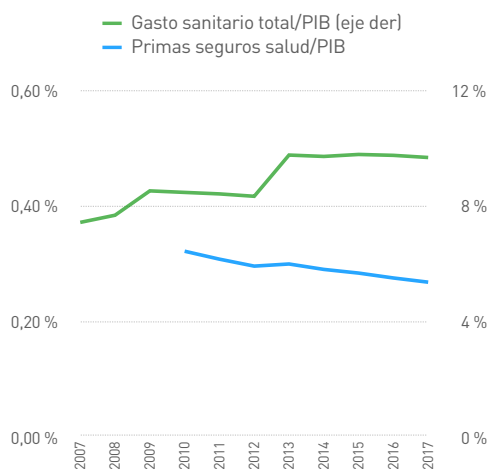
2.11 Reino Unido

El gasto sanitario total en 2017 del Reino Unido representó el 9,7% de su PIB (9,8% en 2016), lo que representa 0,8 puntos porcentuales por encima de la media de los países de la OCDE que fue del 8,9%¹¹⁷. El porcentaje del gasto sanitario total respecto al PIB ha experimentado un incremento notable en la última década de 2,3 puntos porcentuales en términos de PIB. El mayor incremento tuvo lugar en el año 2013 y desde entonces se encuentra estabilizado en porcentajes cercanos al 9,7%.

Por su parte, las primas de seguros de salud representaron el 0,3% del PIB en 2017. La penetración de los seguros privados de salud ha mostrado una tendencia decreciente a lo largo del período 2010-2017¹¹⁸ (véase la Gráfica 2.11-a).

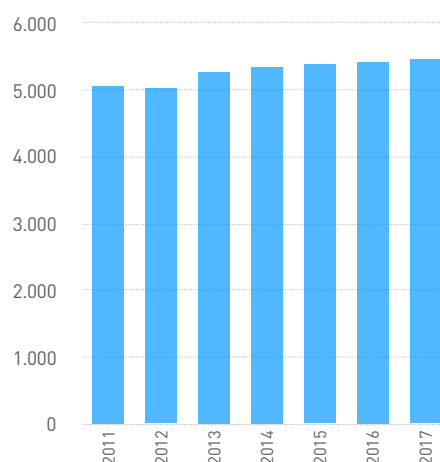
La evolución del volumen de negocio de los seguros privados de salud en los últimos años se muestra en las Gráficas 2.11-b y 2.11-c, junto con una comparativa de los crecimientos

Gráfica 2.11-a
Reino Unido: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 2.11-b
Reino Unido: primas de los seguros de salud,
2011-2017
(millones de libras)



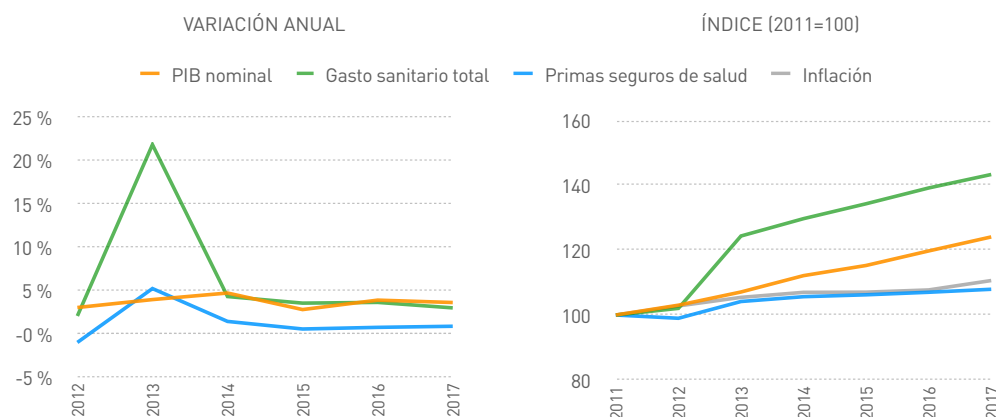
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Finaccord)

del gasto sanitario total y del PIB del Reino Unido en el mismo período.

Como se desprende de la información presentada en las gráficas referidas, se aprecian crecimientos menores de las primas de seguros de salud respecto de los crecimientos del PIB y del gasto sanitario total,

e incluso por debajo de la inflación a lo largo de toda la serie. De esta forma, a lo largo del período 2011-2017 los gastos sanitarios totales fueron los que más crecieron (43,3%), frente a un crecimiento del PIB nominal del 24,1% y de las primas de salud del 7,9%.

Gráfica 2.11-c
Reino Unido: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2012-2017
(tasas de variación anual nominal, moneda local, %; índice 2011=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Descripción de los niveles de cobertura del sistema sanitario

El sistema sanitario del Reino Unido está basado en el modelo Beveridge, modelo que debe su nombre a Sir William Beveridge, responsable del informe de 1942 dirigido al Parlamento Británico sobre el cual se construyó el sistema de salud de ese país en 1948. El sistema se articula a través del Servicio Nacional de Salud (National Health Service, NHS), financiado en su mayor parte mediante impuestos¹¹⁹.

Es importante destacar que la asistencia sanitaria en el Reino Unido está descentralizada, es decir, es llevada directamente por Inglaterra, Irlanda del Norte, Escocia y Gales. Cada uno tiene sus propios sistemas, el "NHS England", "Health and Care NI", "NHS Scotland" y "NHS Wales" respectivamente, con sus propios mecanismos de planificación y toma de decisiones sobre la organización de los servicios de salud.

Con el fin de dar una idea del entorno en el que se desarrolla el negocio de los seguros de salud en el Reino Unido, a continuación se describen los distintos niveles de cobertura, siguiendo el esquema previsto en el marco conceptual de este estudio.

Pilar 0 Cobertura mínima asistencial

La cobertura mínima asistencial se presta principalmente a no residentes sin documentación o turistas extranjeros, y cubre únicamente las situaciones de urgencia y el tratamiento en ciertas enfermedades contagiosas. Esta atención no es gratuita pudiendo el NHS perseguir posteriormente el pago, salvo en el caso de ciudadanos de la Unión Europea (UE) que, de momento, la reciben de forma gratuita.

Pilar 1 Cobertura obligatoria (sistema público o privado alternativo obligatorios)

En el Reino Unido hay una cobertura universal gratuita para los residentes legales y, de momento, para los ciudadanos de la UE no residentes con una tarjeta de salud Europea. El propósito del NHS es hacer que la atención médica sea accesible para todos los residentes legales del Reino Unido, independientemente de su capacidad de pago. Las reglas varían

ligeramente a lo largo del Reino Unido en cuanto a las definiciones, pero, en general, las personas residentes pueden acceder a la atención médica en cualquier lugar de su territorio.

El departamento de salud de Reino Unido es responsable del sistema de salud en Inglaterra (además de algunos asuntos regulatorios en todo el Reino Unido) y se reúne regularmente con sus homólogos de las administraciones descentralizadas en Escocia, Gales e Irlanda del Norte que pueden determinar sus propios planes de gasto dentro de las asignaciones determinadas por la conocida como fórmula de Barnett. La responsabilidad financiera recaudatoria sigue siendo del gobierno central del Reino Unido.

La cobertura de los servicios de la NHS no está definida específicamente en ningún estatuto o legislación, y no hay un derecho absoluto de los pacientes por recibir un tratamiento específico, sin embargo hay una obligación estatutaria para el Secretario de Estado de la Salud de garantizar una cobertura completa. El Instituto Nacional para la Salud y la Excelencia en el Cuidado (NICE) controla la calidad de la atención y es operativamente independiente del gobierno, aunque es responsable ante el Departamento de Salud.

La Agencia reguladora de medicamentos y productos sanitarios (MHRA), por su parte, es responsable de regular todos los medicamentos y dispositivos médicos en el Reino Unido. También apoya la innovación y la investigación que beneficiará la salud pública.

La atención primaria en el Reino Unido es el primer punto de contacto cuando una persona tiene un problema de salud; es el medio para el acceso a la atención de enfermedades comunes y lesiones, y funciona como filtro para acceder a una atención más especializada. Los pacientes son libres de registrarse con un médico de cabecera de su elección y, en general, elegir cualquier hospital del NHS, siempre que su médico de cabecera lo recomiende. La Ley de Salud y Asistencia Social de 2012 en Inglaterra hizo de la elección del paciente una prioridad.

La mayor parte de la atención secundaria del NHS es llevada a cabo por médicos especialistas asalariados y otros que trabajan en hospitales estatales. Para que los pacientes reciban

atención de especialistas deben ser remitidos por un médico de cabecera o admitidos en el hospital como un caso de urgencias.

La atención en urgencias es gratuita y está disponible las 24 horas del día los 7 días de la semana durante todo el año. Para evitar admisiones innecesarias en el hospital, existen unos servicios de atención de prevención, rehabilitación, realojamiento y recuperación. Estos servicios están dirigidos principalmente a personas mayores, pero ayuda a personas con una variedad de afecciones de salud, incluidos problemas de salud mental. El objetivo de este tipo de atención es ayudar a los pacientes a permanecer en sus hogares en lugar de ir al hospital.

El cuidado a largo plazo es una combinación de cuidado social y de salud. El NHS proporciona cierta atención en este tipo de cuidados, pero una gran parte es proporcionada por el sector privado y voluntario. Se financia con fondos públicos y privados. Se proporciona a personas mayores; personas con discapacidad física, fragilidad y deterioro sensorial; personas con discapacidad de aprendizaje; personas con problemas de salud mental; personas que abusan de sustancias, y otras personas vulnerables.

La atención residencial o de enfermería se proporciona en hogares destinados para ese propósito. Se presta principalmente por el sector privado y voluntario, excepto por algunos cuidados residenciales en hogares administrados por consejos locales.

Las autoridades locales están obligadas a evaluar las necesidades de las personas que podrían necesitar atención social, y si se considera que esas personas deben recibir apoyo, deben proporcionárselo. Hay umbrales nacionales sobre cuánto se espera que una persona pague por el cuidado residencial en Inglaterra. Pueden oscilar desde una asistencia gratuita hasta cubrir los costos completos.

Los cuidados paliativos tienen como objetivo brindar la mejor calidad de vida a los pacientes con enfermedades progresivas avanzadas y a sus familias, mediante el manejo del dolor y los síntomas, y prestando apoyo social y psicológico. Se proporciona cuando una cura no es una opción. Se han proporcionado históricamente a través de voluntarios, aunque en la década de

1990 el NHS comenzó a crear estrategias de cuidados paliativos.

El NHS, las autoridades locales y las organizaciones de voluntarios y del sector privado brindan servicios de salud mental en el Reino Unido. Los servicios de NHS son gratuitos, mientras que algunos servicios proporcionados por las autoridades locales se cobran de acuerdo con la verificación de recursos del paciente.

La atención dental fue inicialmente gratuita cuando el NHS comenzó en 1948, pero los cargos se introdujeron rápidamente. Las personas pagan la atención dental privada a través de planes de seguro privados o directamente de su bolsillo. El seguro dental privado se basa en planes de capitación que incluyen un paquete básico o una cantidad fija por año, cubriendo el costo del tratamiento hasta una cantidad pre-determinada. Ha habido un aumento en el número de personas que reciben atención dental privada, en parte porque el contrato NHS introducido en 2006 redujo el número de dentistas que prestan servicios de NHS.

Pilar 2

Seguros colectivos de salud de empresa

Un pequeño porcentaje de la población del Reino Unido (en torno al 11%) tiene algún tipo de seguro médico privado. Su tipología varía desde la cobertura para afecciones específicas como el cáncer, hasta paquetes más amplios que abarcan terapias complementarias y pruebas de diagnóstico. La gran mayoría de estos contratos, en torno al 82%, son seguros colectivos de empresa¹²⁰.

Los ciudadanos con un seguro de salud privado no dejan, sin embargo, de tener derecho a la salud pública. La motivación para tener una cobertura privada es la de poder acceder a tratamientos que no están disponibles en la sanidad pública o bien por las listas de espera de los servicios públicos. Pocas pólizas de seguro, ya sean suscritas por las empresas para sus empleados o individualmente, ofrecen cobertura de maternidad o salud mental. Dentro de esas limitaciones la casuística en cuanto a las coberturas varía significativamente entre pólizas.

Existen diferentes niveles de copagos y límites de prestaciones junto con diferentes restricciones sobre los hospitales privados que

pueden ser utilizados sin pago adicional. Hay pólizas que sólo entran en vigor cuando la espera del NHS es más larga que un período especificado, o que operan como una forma de seguro “*stop loss*” cuando el coste de un tratamiento supera un determinado límite (franquicia).

El predominio de las pólizas colectivas de empresas se explica en parte por el hecho de que los particulares pueden disfrutar de primas sensiblemente menores en un régimen de empresa que en uno individual y por existir un mayor nivel de mutualización de riesgos¹²¹. Las compañías habitualmente pagan todo o parte del coste. El seguro proporcionado por la empresa a nivel fiscal se trata como una prestación en especie y sujeto al impuesto sobre la renta, a la seguridad social y a las primas de seguros, por lo que no goza de ventajas fiscales.

Pilar 3 Cobertura privada individual (voluntaria)

En términos de gasto sanitario per cápita, en 2017 el gasto sanitario estimado, según datos de la OCDE, fue de 4.264 USD por habitante (4.164 USD en 2016). De ellos, aplicando la última distribución disponible hasta la fecha de 2015, en torno a 3.397 USD (79,6%) corresponderían al gasto medio per cápita en el sistema obligatorio. Del 20,3% restante, el gasto en primas de seguros voluntarios de salud estaría en torno a 146 USD por persona (3,4%)¹²². Los denominados gastos de bolsillo en salud se situarían en torno al 14,8% del gasto per cápita total y el resto (2,1%) a otro tipo de gastos (véase la Gráfica 2.11-d).

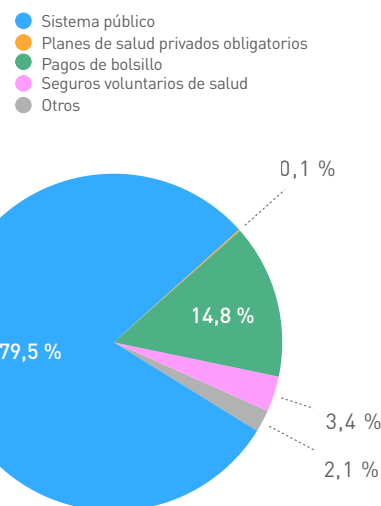
En el Reino Unido, las pólizas son anuales y se tarifican en función de la experiencia en siniestros, tanto para grupos como para individuos. Las enfermedades preexistentes tienden a ser excluidas o se le exige una prima mayor¹²³. Los seguros privados individuales no tienen desgravación fiscal.

Análisis de otros indicadores relevantes

Evolución del gasto sanitario per cápita

El gasto sanitario total per cápita en el Reino Unido en 2017 fue un 4,8% superior a la media de los países de la OCDE (4.264 USD frente a 4.069 USD)¹²⁴. La evolución del gasto per cápita

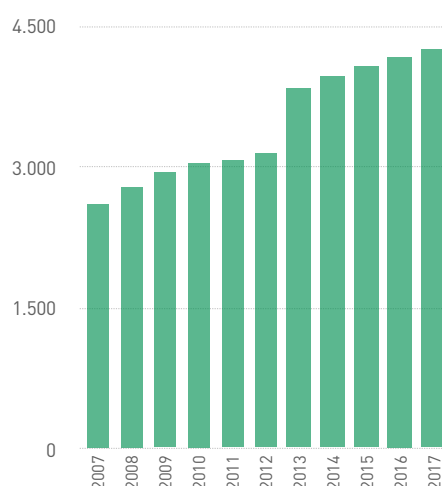
Gráfica 2.11-d
Reino Unido: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

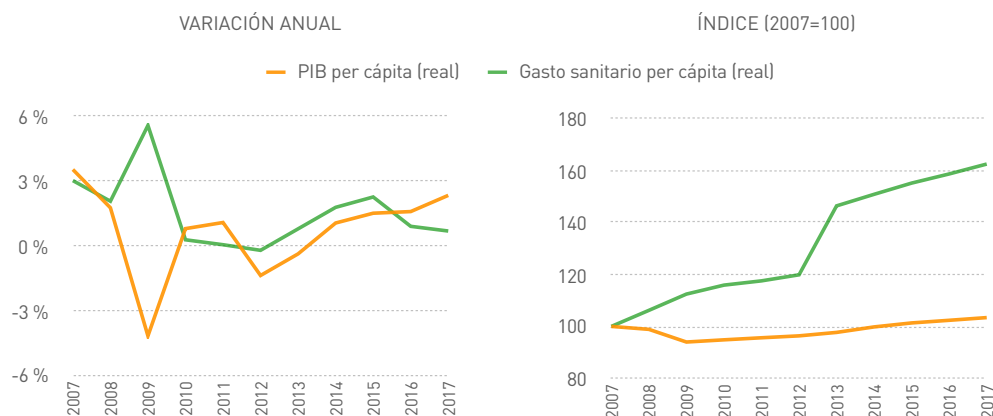
* Último dato disponible.

Gráfica 2.11-e
Reino Unido: gasto sanitario por habitante, 2007-2017
(dólares, gasto nominal - PPP)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

Gráfica 2.11-f
Reino Unido: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017
 (tasas de variación real, moneda local, %; índice 2007=100)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

en la última década disponible se muestra en la Gráfica 2.11-e, junto con la evolución respectiva del PIB per cápita en el mismo período. En general, se observa que el gasto sanitario ha crecido de manera más acelerada que el ingreso per cápita en el Reino Unido a lo largo del período analizado.

Indicadores de capacidad del sistema sanitario

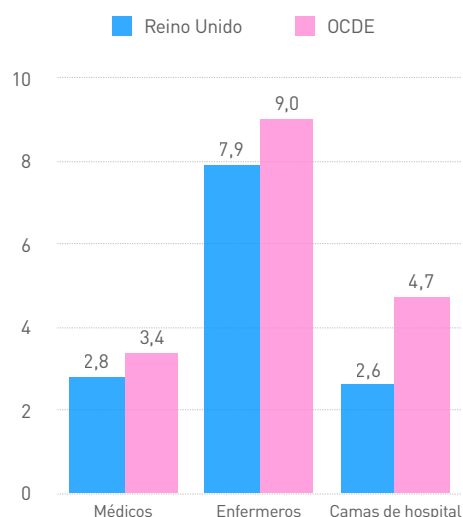
De acuerdo con datos de la OCDE (ilustrados en la Gráfica 2.11-g), en el año 2017 el número de médicos ejercientes en Reino Unido era de 2,8 médicos por cada mil habitantes, un -17,1% inferior a la media de los países de la OCDE (3,4 médicos por cada mil habitantes). El número de enfermeros en 2017, por su parte, era de 7,9 por cada mil habitantes, un -12,8% inferior a la media de los países de la OCDE (9 enfermeros por cada mil habitantes).

Asimismo, el número de camas de hospital en el Reino Unido era de 2,6 por cada mil habitantes en 2016, un -44,6% inferior a la media de los países de la OCDE (4,7 camas por cada mil habitantes).

Por otra parte, como se presenta en la Gráfica 2.11-h, el número de equipos de imagen por resonancia magnética (MRI) en 2014 era de 7,2 por cada millón de habitantes, un -53,8% inferior a la media de los países de la OCDE en ese

año (15,7 por cada millón de habitantes), y el de equipos de tomografía axial computarizada era de 9,5 por cada millón de habitantes, un -63,6% inferior a la media de los países de la OCDE en ese año (26 por cada millón de habitantes).

Gráfica 2.11-g
Reino Unido: densidad de personal sanitario y camas de hospital
 (número por cada mil habitantes)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Médicos (2017), Enfermeros (2017), Camas de hospital (2016)



Indicadores de uso del sistema sanitario

De acuerdo con el último dato disponible (2009), el número anual per cápita de consultas a médicos se situó en 5,0 visitas por año un -26,3% inferior a la media de la OCDE en ese año (6,8 visitas por año).

Por lo que se refiere al número anual de altas hospitalarias por cada mil habitantes en 2016, fue de 131 por cada mil habitantes, lo que significa -16,3% por debajo de la media de la OCDE (156,5 altas anuales en el período 2015-2016). Asimismo, la estancia media en el hospital se situó en 7,1 días, un -12,3% superior a la media de la OCDE (8,1 días)¹²⁵.

Indicadores de estado de salud

Respecto a los indicadores más frecuentemente utilizados como aproximación al estado de salud de la población de un país, la esperanza de vida al nacer en el Reino Unido era de 81,2 años en 2016, según datos de la OCDE, 0,4 años superior a la media de los países de la OCDE (80,8 años).

Por otro lado, la esperanza de vida saludable se estima en torno a 70 años, dato que contrasta con las estimaciones de este

indicador para países como Singapur y Japón de 73,6 y 73,2 años, respectivamente (las mayores a nivel mundial)¹²⁶.

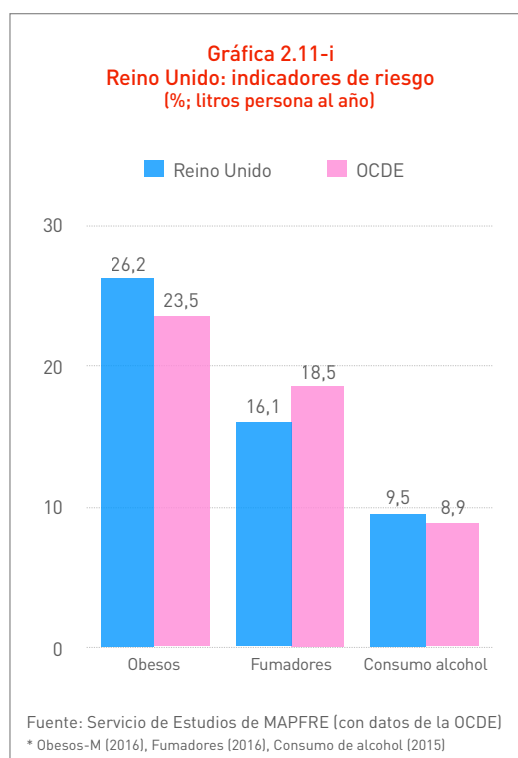
Factores de riesgo para la salud

De los tres factores utilizados habitualmente como indicadores de riesgo para la salud (véase la Gráfica 2.11-i), el porcentaje de personas obesas en Reino Unido basado en mediciones reales era del 26,2% en 2016, mayor en 2,7 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE que disponían de ese dato (23,5% en ese año).

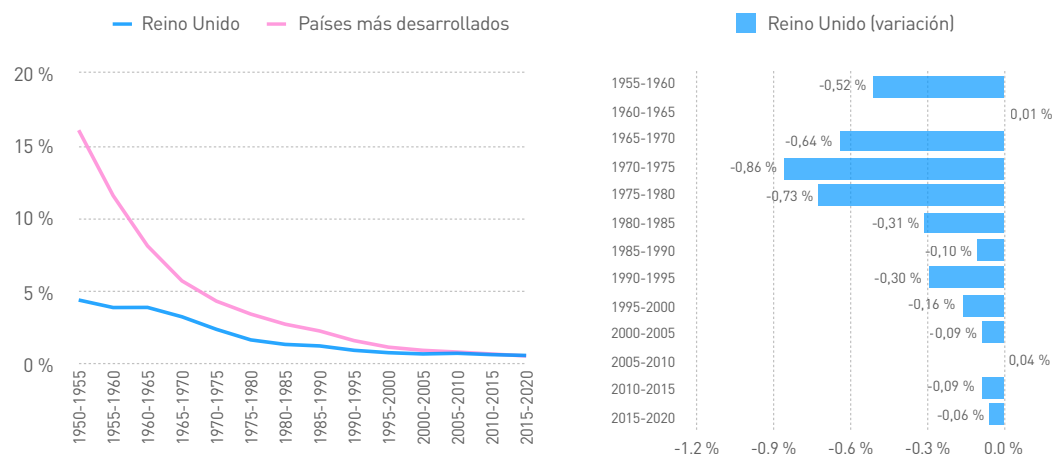
En cuanto al tabaquismo, el porcentaje de personas que fuman diariamente era del 16,1% en 2016, inferior a la media de la OCDE en -2,4 puntos porcentuales (18,5% en ese período). Por último, el consumo de alcohol en el año 2015 (último disponible) se situaba en 9,5 litros de consumo por persona y año, un 7,2% superior a la media de la OCDE (8,9 litros).

Indicadores de calidad en la atención sanitaria

La mortalidad infantil es uno de los indicadores de salud de mayor relevancia y más amplio uso como indicador del efecto de las condiciones



Gráfica 2.11-j
Reino Unido: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020
 (porcentaje de fallecimientos; tasas de variación, puntos porcentuales)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la ONU)

socioeconómicas en la salud de madres y recién nacidos, así como la calidad de los servicios sanitarios y de las actuaciones de prevención y de promoción de la salud.

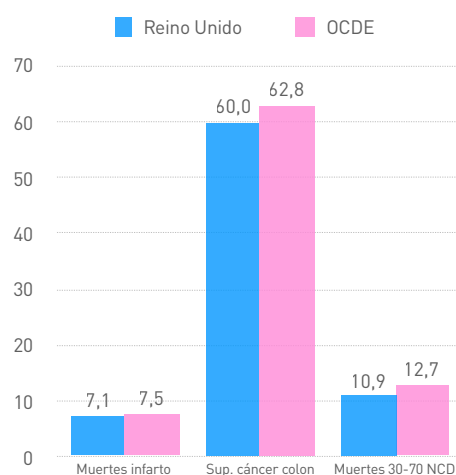
Según datos de la Organización de las Naciones Unidas, el porcentaje de muertes infantiles hasta los cuatro años de edad ha caído de forma pronunciada y sostenida. En el caso del Reino Unido, desde el año 1950, además de la tendencia decreciente, presenta un porcentaje sensiblemente inferior a la media de los países más desarrollados a lo largo de la serie¹²⁷. En la actualidad se encuentra en la media de la tasa de fallecimientos en las regiones más desarrolladas (véase la Gráfica 2.11-j).

Otro de los indicadores ampliamente utilizado, relacionado con la calidad del servicio sanitario, es la tasa de mortalidad intra-hospitalaria por infarto agudo de miocardio (véase la Gráfica 2.11-k). Según datos de la OCDE, la tasa de fallecidos en 2015 en el Reino Unido en los treinta días siguientes a la hospitalización fue de 7,1 por cada 100 ingresos de adultos de 45 años en adelante, un -4,2% inferior a la media de los países de la OCDE (7,5).

Asimismo, el porcentaje de personas que han sobrevivido más de cinco años con cáncer de colon en el período 2010-2014 fue del 60%, inferior en -2,8 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE (62,8%).

Por último, el porcentaje de personas fallecidas por enfermedades no contagiosas entre los 30 y los 70 años en 2016 presenta un porcentaje del 10,9%, inferior en 1,8 puntos porcentuales a la media de los países de la OCDE del 12,7%¹²⁸.

Gráfica 2.11-k
Reino Unido: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles
 (100 ingresos con infarto; 5 o más años de cáncer, %; fallecidos NCD, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE y OMS)
 * Muertes por infarto (2015), Supervivencia a cáncer de colon (2010-2014), Fallecidos de entre 30-70 por enfermedades no transmisibles (2016)

Principales proveedores de servicios

Compañías aseguradoras

La última información pública disponible de la ABI (Association of British Insurers) del año 2013 sitúa a la compañía aseguradora BUPA como líder del mercado, seguida de AXA PPP Healthcare, que serían las dos principales compañías por cuota de mercado, posiciones que se remontan a más de dos décadas¹²⁹.

Breve referencia a otros proveedores de servicios

La atención primaria ambulatoria es prestada por los médicos de medicina general (*General Practitioners*, GP's) que actúan como filtros a la atención secundaria (hospitales y especialistas). En 2015, había 34.592 médicos generales (equivalentes a tiempo completo) en 7.674

ambulatorios, con una media de 7.450 pacientes por ambulatorio y 1.530 pacientes por médico. Había, asimismo, 43.632 especialistas en hospitales y 51.460 médicos de hospital en prácticas. El número de ambulatorios con un único médico es de 843, mientras que había 3.589 centros con más de cinco médicos.

En cuanto a los especialistas de consultas externas, en su gran mayoría son empleados asalariados de los hospitales del NHS. Los denominados "*Clinical Commissioning Groups*" (CCGs) se encargan del pago a los hospitales por la remisión de pacientes a la consulta externa a precios predeterminados a nivel nacional. Finalmente, es importante destacar que la mayor parte de los hospitales en el Reino Unido son propiedad del Estado.

3. Indicador global de eficacia de los sistemas de salud

De manera complementaria al análisis realizado en el apartado anterior de este informe respecto a los sistemas de salud de un conjunto de países seleccionados, en esta sección se presenta un ejercicio de valoración a partir de la construcción de un indicador *ad hoc* con el propósito de contar con una visión sobre el nivel de eficacia de los sistemas de salud a nivel global. Con el empleo de este indicador se busca contar con una visión comparativa del grado de eficacia de los diversos sistemas de salud en el mundo, a partir de una valoración de indicadores clave que reflejan los efectos positivos de la operación de los mismos.

3.1 El indicador

Racional del indicador

Para la construcción del **Indicador de Eficacia de los Sistemas de Salud (IESS)**, se han empleado datos de la Organización de las Naciones Unidas y de la Organización Mundial de la Salud respecto de tres variables que están disponibles para prácticamente la totalidad de los países analizados (universo de 180 países). Estos indicadores son:

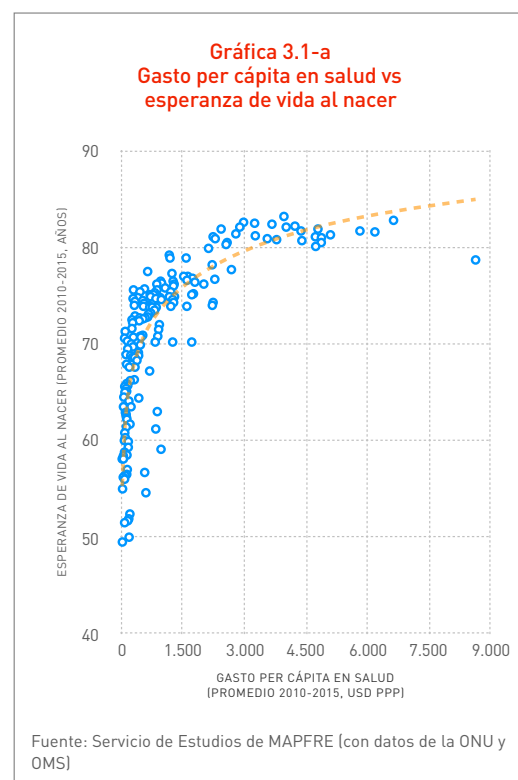
- la esperanza de vida al nacer;
- el porcentaje de muertes de niños entre 0 y 4 años, y
- la mortalidad por enfermedades no transmisibles de personas entre 30 y 70 años atribuible a enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes o enfermedades respiratorias crónicas (NCDs).

En general, el comportamiento de estas variables ofrece una visión en conjunto de la eficacia de los sistemas de salud, al medir tres fenómenos demográficos que se encuentran directamente vinculados con los mismos.

Cabe señalar que a diferencia de ejercicios similares realizados en este sentido¹³⁰, en la construcción del IESS no se ha considerado

ninguna variable relacionada con el gasto sanitario (v.gr., gasto sanitario como porcentaje del PIB o gasto sanitario per cápita). El racional de esta elección tiene que ver con la gran dispersión que se observa en los datos de gasto sanitario al compararlos con los efectos positivos que de él se obtienen.

Como se ilustra en el análisis de dispersión que se presenta en la Gráfica 3.1-a, al comparar el gasto per cápita en salud con la esperanza de vida, se observa que un nivel muy alto de supervivencia (en torno incluso a los 80 años) se logra con niveles relativamente bajos de gasto sanitario. A partir de ese punto, el nivel de dispersión de los datos aumenta, sugiriendo un efecto relativamente menor del aumento del gasto sobre la mayor supervivencia de la población. La explicación parece estar en el hecho de que la eficacia de los sistemas sanitarios no se deriva exclusivamente de lo que la contabilidad



nacional agrupa bajo el rubro de gastos sanitarios, sino a un conjunto mayor de gastos e inversiones que influyen positivamente en el estado de salud de la población (v.gr., inversiones en infraestructura, vivienda, educación, etc.). Por ello, la obtención de un indicador de eficiencia (esto es, uno que considere la relación gasto sanitario/efectos sobre las condiciones de salud), no puede derivarse apropiadamente a partir del uso de esa variable.

Por ello, y ante la imposibilidad de identificar el conjunto de gastos que tienen efectos positivos sobre las condiciones de salud de la población para el universo de países analizados, se ha preferido que el IESS se concentre en variables de resultado (esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades no transmisibles) que muestren, de manera objetiva, la eficacia general de los sistemas de salud, eliminando la distorsión que induciría la inclusión de alguna variable de gasto sanitario.

Construcción del indicador

Como se indicó antes, el IESS se ha construido a partir del empleo de tres variables que se consideran clave para entender el estado de

salud de una población (y respecto de las cuales existe información para el conjunto de países analizados): la esperanza de vida al nacer; el porcentaje de muertes de niños entre 0 y 4 años, y la mortalidad por enfermedades no transmisibles (NCDs).

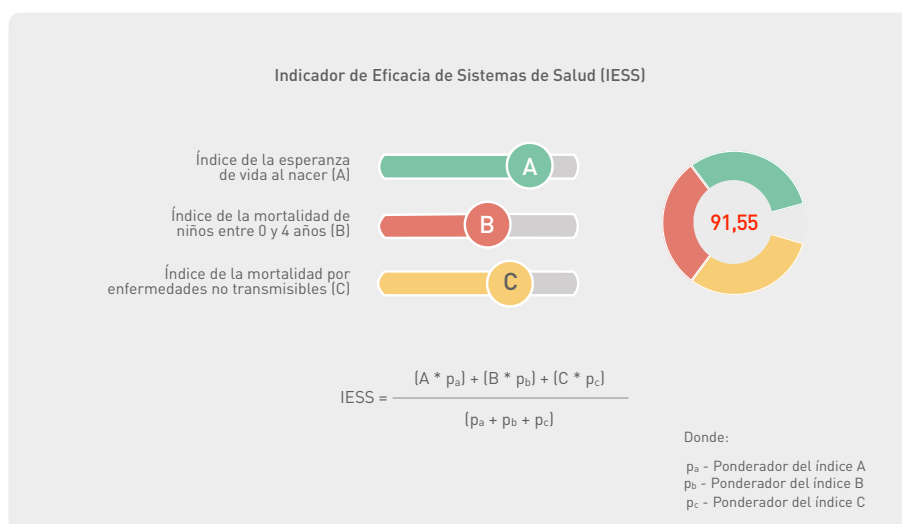
Para efectos de la elaboración del indicador, las series de cada una de dichas variables se han normalizado para expresar cada valor de la serie con referencia al valor máximo observado en la misma. A partir de estas series de valores normalizados, el IESS se ha construido como un índice compuesto (con valores que oscilan del 0 al 100) y que considera la misma ponderación para cada una de las variables arriba indicadas (véase la Gráfica 3.1-b).

3.2 Ranking de sistemas de salud

El ranking global de sistemas de salud

La Tabla 3.2 muestra el ranking resultante de la construcción del IESS, considerando un universo de 180 países. El ranking es encabezado por Japón, Suiza, Corea del Sur, Singapur e Islandia.

Gráfica 3.1-b
Construcción del Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Tabla 3.2
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS)

País		IESS	País		IESS
1	Japón	100,00	46	Argentina	93,21
2	Suiza	99,45	47	Jamaica	93,20
3	Corea del Sur	99,37	48	Bahamas	93,14
4	Singapur	99,16	49	Brunei Darussalam	93,11
5	Islandia	99,11	50	Katar	93,11
6	Italia	99,08	51	China	93,07
7	Suecia	99,05	52	Montenegro	92,65
8	Noruega	99,05	53	Emiratos Árabes Unidos	92,63
9	España	99,00	54	Sri Lanka	92,57
10	Australia	98,99	55	Malasia	92,45
11	Canadá	98,67	56	Serbia	92,40
12	Luxemburgo	98,60	57	Irán	92,36
13	Israel	98,49	58	Brasil	92,21
14	Francia	98,47	59	Turquía	92,12
15	Finlandia	98,43	60	Santa Lucía	92,11
16	Nueva Zelanda	98,22	61	Macedonia	92,09
17	Irlanda	98,13	62	Túnez	92,03
18	Malta	98,05	63	El Salvador	92,00
19	Holanda	97,96	64	Ecuador	91,88
20	Portugal	97,91	65	Lituania	91,68
21	Reino Unido	97,83	66	Rumania	91,57
22	Austria	97,73	67	México	91,55
23	Bélgica	97,68	68	Perú	91,53
24	Dinamarca	97,59	69	Vietnam	91,44
25	Grecia	97,39	70	Hungría	91,34
26	Chipre	97,39	71	Latvia	91,26
27	Alemania	97,37	72	Colombia	91,24
28	Eslovenia	97,16	73	Nicaragua	91,09
29	Chile	96,20	74	Omán	90,96
30	Costa Rica	96,11	75	Marruecos	90,95
31	Estados Unidos	95,45	76	Venezuela	90,86
32	República Checa	95,39	77	Antigua y Barbuda	90,81
33	Croacia	94,56	78	Bulgaria	90,65
34	Estonia	94,34	79	Seychelles	90,63
35	Bahrein	94,23	80	Kuwait	90,62
36	Albania	93,76	81	Armenia	90,53
37	Tailandia	93,75	82	Mauricio	90,44
38	Eslovaquia	93,73	83	Arabia Saudita	90,36
39	Uruguay	93,73	84	Bielorrusia	90,28
40	Maldivas	93,70	85	Granada	90,10
41	Barbados	93,63	86	Georgia	89,39
42	Bosnia y Herzegovina	93,62	87	Argelia	89,26
43	Líbano	93,61	88	Cabo Verde	89,07
44	Polonia	93,60	89	Ucrania	89,01
45	Panamá	93,35	90	República Dominicana	88,86

Tabla 3.2 (continuación)
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): ranking global

País		IESS	País		IESS
91	San Vincent y las Granadinas	88,76	136	Turkmenistan	79,16
92	Moldova	88,64	137	Lao	79,10
93	Rusia	88,61	138	Etiopía	79,03
94	Trinidad y Tobago	88,44	139	Santo Tomé y Príncipe	78,86
95	Samoa	88,37	140	Zimbabue	78,83
96	Surinam	88,16	141	Tanzania	78,81
97	Paraguay	87,92	142	Madagascar	78,63
98	Guatemala	87,72	143	Ghana	78,61
99	Honduras	87,44	144	Timor-Leste	78,53
100	Jordania	87,30	145	Eritrea	78,40
101	Belice	87,28	146	Haití	77,78
102	Libia	87,14	147	Kiribati	77,45
103	Kazajistán	87,05	148	Liberia	77,31
104	Siria	86,97	149	Papúa Nueva Guinea	76,47
105	Azerbaiyán	86,89	150	Lesoto	76,07
106	Tonga	86,87	151	Malawi	76,03
107	Kirguistán	85,78	152	Suazilandia	76,00
108	Bangladesh	85,54	153	Zambia	75,88
109	Nepal	85,38	154	Pakistán	75,87
110	Bután	85,02	155	Comoras	75,39
111	Indonesia	84,76	156	Mauritania	75,09
112	Camboya	84,70	157	Sudán	75,06
113	Uzbekistán	84,62	158	Gambia	74,68
114	Fiyi	84,52	159	Yemen	74,21
115	Botswana	84,50	160	Togo	74,14
116	Egipto	84,43	161	Mozambique	73,95
117	Vanuatu	84,40	162	Guinea	73,46
118	Filipinas	83,85	163	Camerún	73,07
119	India	83,73	164	Benin	73,06
120	Gabón	83,71	165	Equatorial Guinea	72,91
121	Bolivia	83,23	166	Angola	72,54
122	Myanmar	82,90	167	Sudán del Sur	72,47
123	Micronesia	82,63	168	Burkina Faso	71,89
124	Mongolia	82,59	169	Uganda	71,44
125	Sudáfrica	82,18	170	Rep. Democrática del Congo	71,16
126	Namibia	82,14	171	Afganistán	70,78
127	Islas Salomón	81,91	172	Guinea-Bissau	70,69
128	Kenia	81,76	173	Costa de Marfil	70,56
129	Irak	81,59	174	Nigeria	70,53
130	Guyana	81,52	175	República Centroafricana	70,02
131	Tayikistan	79,78	176	Burundi	69,30
132	Congo	79,52	177	Níger	68,99
133	Senegal	79,38	178	Mali	68,07
134	Djibouti	79,36	179	Sierra Leona	67,02
135	Ruanda	79,29	180	Chad	66,34

Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Por otra parte, los sistemas sanitarios de los países analizados en la segunda sección de este informe (además de Japón y Singapur, 1 y 4 en el ranking, respectivamente), aparecen en los siguientes puestos: España (9), Australia (10), Francia (14), Holanda (19), Reino Unido (21), Chile (29), Estados Unidos (31), Brasil (58) y México (67).

Aunque, en términos generales, el ranking parece reflejar el nivel de desarrollo relativo de los países considerados, se presentan algunas excepciones. Además de la gran dispersión en el ingreso per cápita de los países con un alto indicador IESS, existen ciertos países que aparecen en posiciones por encima de que lo que supondría su nivel de ingreso per cápita (véase la Gráfica 3.2-a). Estos son los casos de Albania (36), Tailandia (37), Bosnia y Herzegovina (42) y Líbano (43), con ingresos per cápita sensiblemente inferiores a los países que se ubican en torno a ellos en el ranking del IESS.

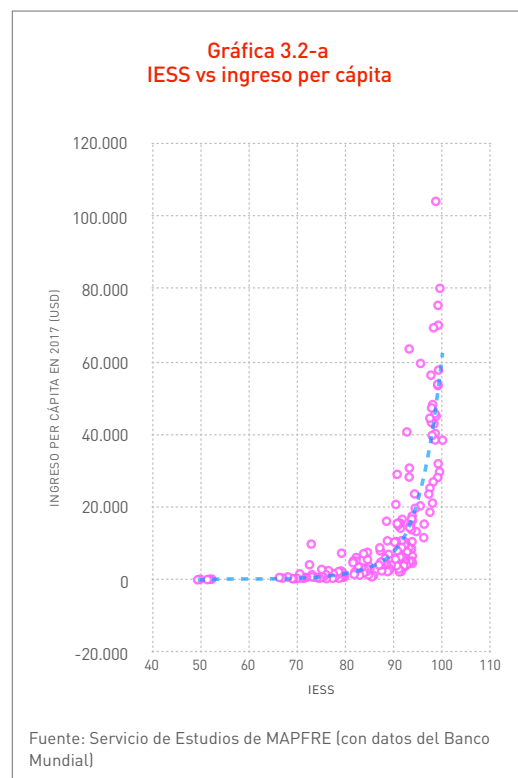
En el sentido opuesto, hay otros países con altos niveles de ingreso per cápita que, sin embargo, se sitúan con valores del IESS dominados por países con niveles sensiblemente menores de ingreso per cápita. Tal es el caso de Bahamas (48), Brunei Darussalam (49), Katar (50) y los Emiratos Árabes Unidos (53).

Es importante señalar que el análisis de los motivos de estos casos singulares excede el objeto de este estudio, si bien podrían sugerir que, con independencia del nivel de ingreso de un país, los arreglos institucionales específicos respecto a sus sistemas de salud pueden jugar un papel relevante en las condiciones sanitarias de su población.

Contribución de los factores analizados en la integración del IESS por país

Por último, resulta interesante analizar no solo el valor relativo del indicador en la conformación del ranking de sistemas sanitarios, sino también el diferente peso que cada uno de los índices considerados en su construcción (esperanza de vida, mortalidad infantil y mortalidad por enfermedades no transmisibles) tiene sobre el nivel del indicador en su conjunto.

La Gráfica 3.2-b ilustra este ejercicio para el conjunto de países analizados. En esta gráfica



se observa cómo, a medida que los sistemas sanitarios descienden en posición en el ranking, la contribución de los diferentes factores considerados va perdiendo balance.

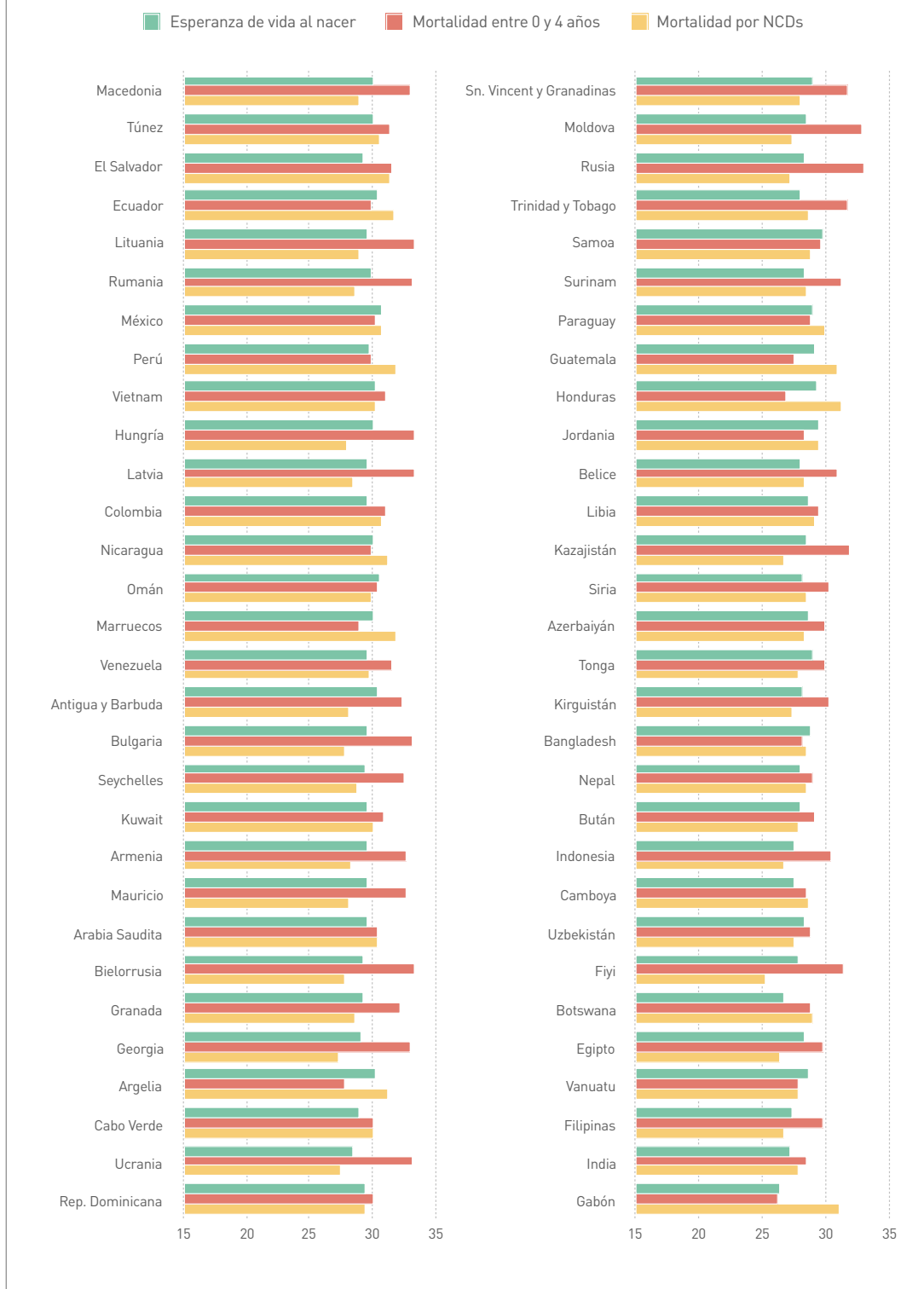
De manera general, puede asumirse que mientras más eficaz es un sistema sanitario (con un alto IESS), mayor equilibrio existe en la efectividad de las acciones que desarrolla para controlar la mortalidad de grupos vulnerables (mortalidad de niños entre 0 y 4 años), la mortalidad debida a la morbilidad general (mortalidad por enfermedades no transmisibles), y para propiciar una mayor supervivencia de la población (esperanza de vida). Es decir, que el sistema de salud tiene un efecto equilibrado sobre esos diferentes índices demográficos y sanitarios.

De manera análoga, puede suponerse que en la medida en que un sistema de salud es menos eficaz (una posición menor en el ranking del IESS), existe no solo una menor contribución de los diferentes factores, sino también una pérdida de balance en la efectividad de las acciones para mantener las condiciones sanitarias de su población desde la perspectiva de los tres índices empleados, lo que sería un

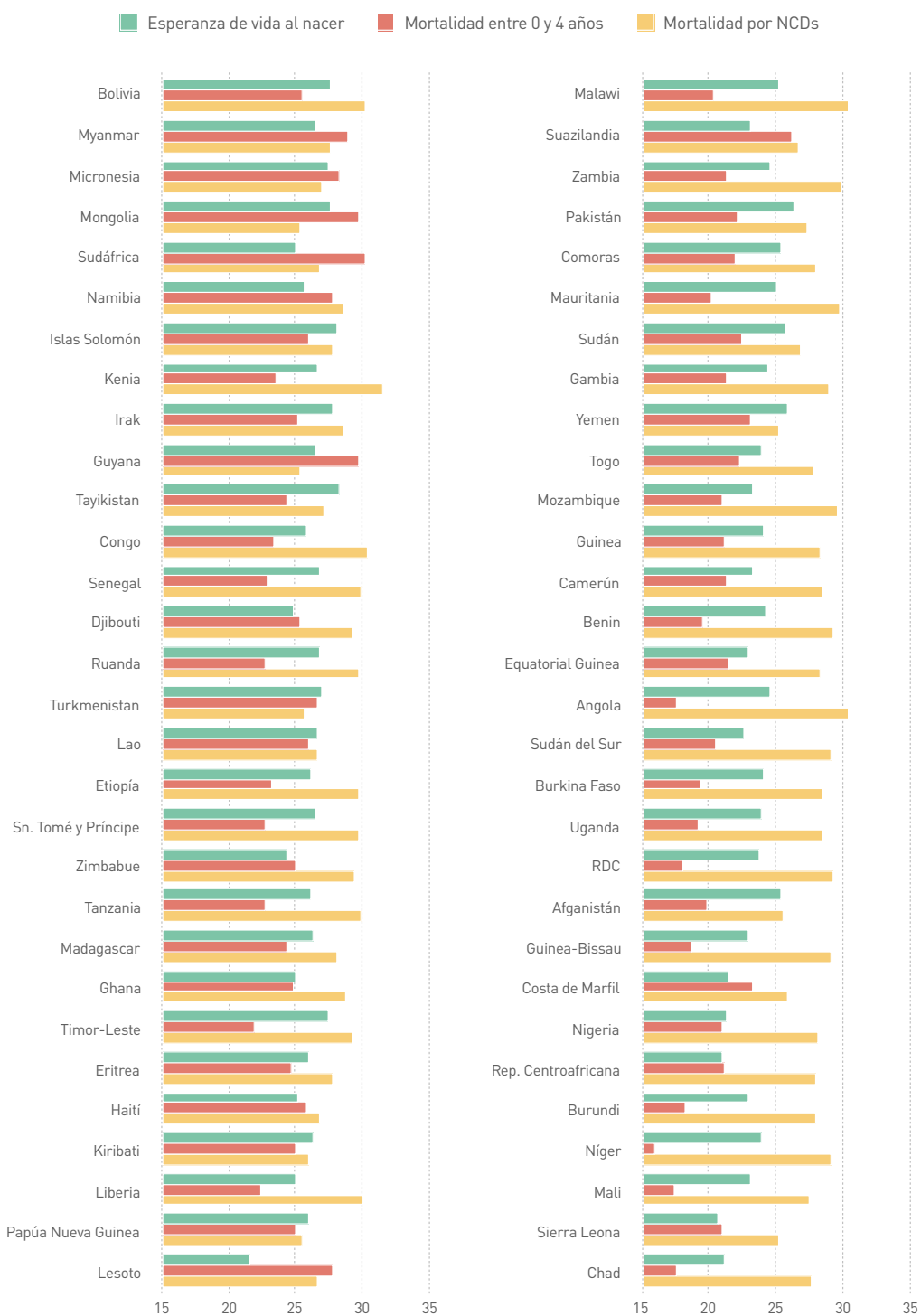
Gráfica 3.2-b
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): contribución a la integración del indicador



Gráfica 3.2-b (continuación)
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): contribución a la integración del indicador

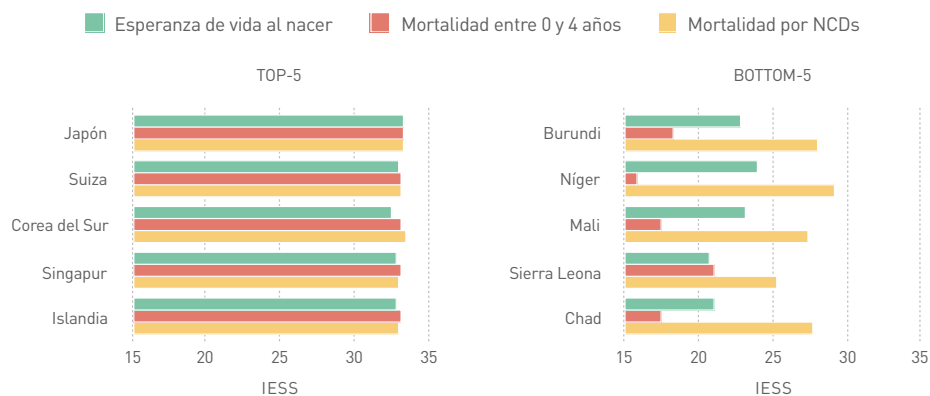


Gráfica 3.2-b (continuación)
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): contribución a la integración del indicador



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Gráfica 3.2-c
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS):
Top-5 y Bottom-5 en la contribución a la integración del indicador



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

indicativo de deficiencias específicas en dichos sistemas.

Esta situación se observa con mayor claridad al comparar el Top-5 y el Bottom-5 del IESS, en el cual se aprecia con claridad esa diferente estructura en la composición del indicador (véase la Gráfica 3.2-c).

Mientras que los países con los mayores valores en el ranking (Japón, Suiza, Corea del Sur, Singapur e Islandia) presentan contribuciones bien balanceadas de los tres índices que componen el indicador, los países con menor valor en el IESS (Chad, Sierra Leona, Mali, Níger y Burundi) presentan fuertes diferencias en dichas contribuciones.

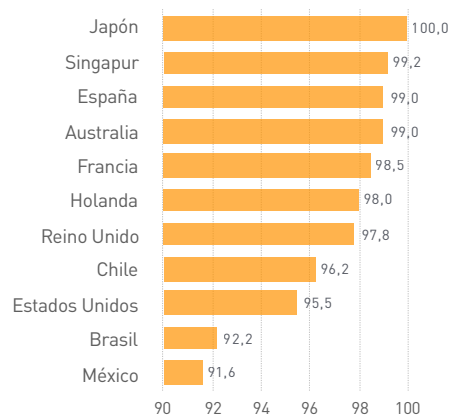
4. Síntesis y conclusiones

4.1 Síntesis

A continuación se exponen de forma sintética las principales características de los once modelos sanitarios objeto del presente estudio, enfatizando en el papel de la industria aseguradora en cada uno de ellos. Para efectos de la referida síntesis, los sistemas sanitarios analizados se presentan ordenados en función del valor estimado para el Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS) en cada caso (Véase la Gráfica 4.1-a).

Asimismo, para ofrecer una visión comparativa general entre los once sistemas sanitarios analizados en este estudio, en la Gráfica 4.1-b se muestran tres indicadores que resumen los aspectos principales respecto al comportamiento del gasto sanitario en los mismos. Así, se presenta el indicador de gasto sanitario total respecto al PIB, así como dos indicadores adicionales relacionados con el gasto privado en salud, el primero de ellos la penetración de los seguros privados de salud (primas/PIB), y el segundo correspondiente a los denominados "gastos de bolsillo" en salud, como porcentaje del gasto sanitario total.

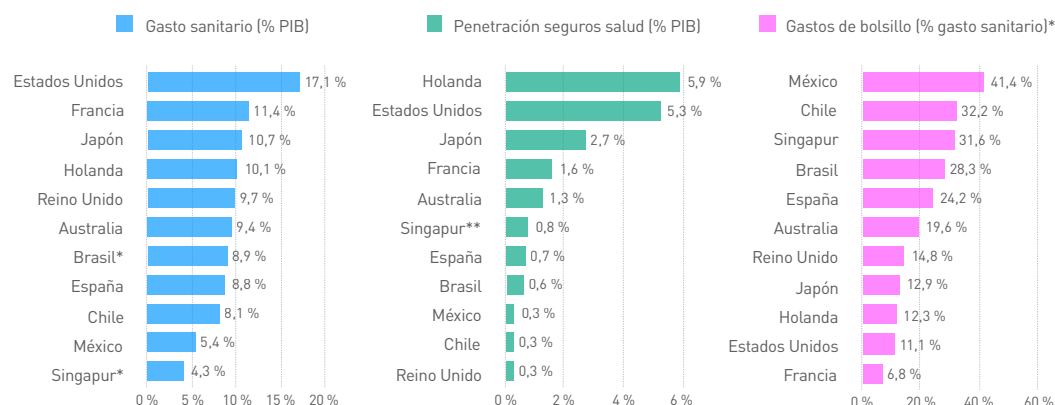
Gráfica 4.1-a
Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): mercados seleccionados



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

nados "gastos de bolsillo" en salud, como porcentaje del gasto sanitario total.

Gráfica 4.1-b
Indicadores de gasto sanitario: mercados seleccionados, 2017
(gasto / PIB, %; primas / PIB, %; gasto bolsillo / gasto sanitario total, %)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de fuentes indicadas en el capítulo 2)

* Datos de 2015 ** Datos de 2016

Japón

Conforme al IESS, Japón se sitúa en primer lugar de los once países analizados en este informe y, en general, del conjunto de 180 países considerados en la estimación del indicador. En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 10,7% en 2017, el tercero de la muestra (véanse las Gráficas 4.1-b y 4.1-c).

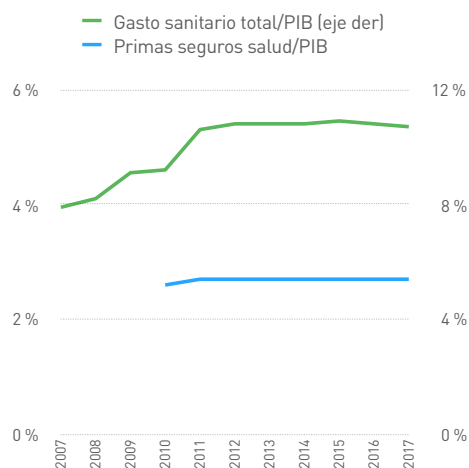
El modelo sanitario japonés se encuadra en los modelos del tipo bismarkiano. No obstante, presenta características del modelo Beveridge al existir unos programas de protección pública con el fin de extender la cobertura sanitaria de forma universal a todos los residentes del país. El sistema se financia principalmente a través de primas de seguro subsidiadas por impuestos. La cobertura no es gratuita, sino que cubre en torno al 70% de los gastos sanitarios, sin perjuicio de los programas para personas de bajos ingresos.

El peso de las distintas fuentes de financiación y la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB se muestra en las Gráficas (4.1-c y 4.1-d).

En Japón existen dos programas de seguro de salud obligatorios basados en el empleo, uno para el sector público y los trabajadores de grandes empresas, y otro para empleados de pequeñas y medianas empresas (con cinco o más empleados) administrados respectivamente por una sociedad de seguro de salud (*Health Insurance Society*) y por la Asociación de Seguros de Salud de Japón (*Japan Health Insurance Association-managed Health Insurance*). Las empresas de setecientos o más trabajadores pueden constituir su propia sociedad de seguros de salud. El coste del seguro se carga en la nómina del trabajador, existiendo además una contribución por parte del empleador.

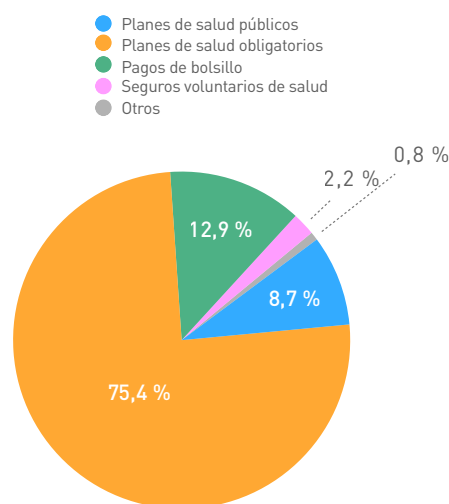
Es también de destacar que Japón forjó una estructura de seguro de salud única para las personas mayores, de manera que la salud fuera gratuita para la mayoría de los mayores de 70 años, subsidiando su carga del 30% de coste compartido. Sin embargo, surgieron problemas de sostenibilidad por el acusado proceso de envejecimiento de su población y

Gráfica 4.1-c
Japón: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Finaccord, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 4.1-d
Japón: desglose del gasto medio por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OMS)

* Último dato disponible.

en la actualidad se exige un pequeño copago y la edad de entrada está situada en los 75 años.

La cobertura proporcionada por el sistema público de seguro de salud en Japón hace que la importancia relativa del gasto privado sea reducida. La industria aseguradora suele comercializar el seguro privado médico como un complemento del seguro de Vida, en forma de seguro de reembolso de gastos, cubriendo enfermedades crónicas y hospitalización. Ofrecen al asegurado una suma global al momento del diagnóstico o de la hospitalización. El seguro contra el cáncer ha ganado fuerza en los últimos tiempos. También existen coberturas contratadas de forma independiente a los seguros de Vida, aunque su peso es menor.

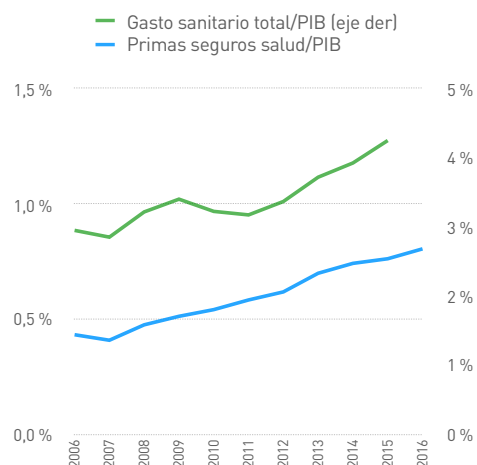
La mayor compañía aseguradora de salud (con datos al cierre de 2016) es Japan Post Insurance, con un volumen de primas de salud de 6.774,8 millones de USD y una cuota de mercado del 10,7%, seguida de Nippon Life Insurance, con un volumen de primas de salud de 5.617,8 millones de USD y una cuota de mercado del 8,9%.

Singapur

En el caso de Singapur, el IESS lo sitúa en segundo lugar de los once países analizados en este informe, por delante de España y solo detrás de Japón (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario, el porcentaje respectivo se situó en torno al 4,3% del PIB en 2015, el menor de la muestra seleccionada (véase la Gráfica 4.1-b).

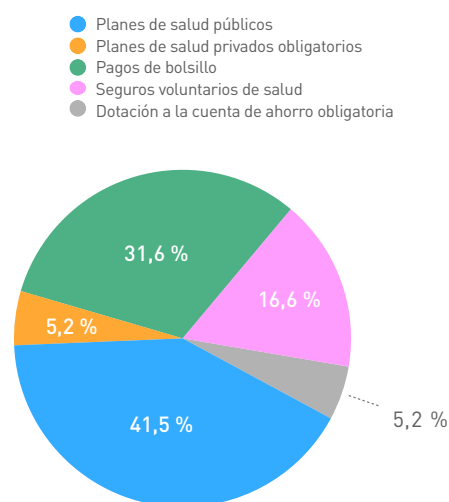
El sistema sanitario de Singapur responde a un modelo mixto de corte liberal con ciertos elementos del sistema Beveridge. Ofrece una cobertura universal buscando garantizar servicios médicos básicos de calidad y asequibles para toda la población. Es novedoso en cuanto a su forma de financiación, la cual incluye un plan de ahorro integral y obligatorio de la seguridad social (*Central Provident Fund*, CPF) para los singapurenses y los residentes permanentes, destinado a atender a sus necesidades futuras de salud, entre otras contingencias. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal con el ahorro del ciudadano (*MediSave*). Esto motiva que los denominados gastos de bolsillo en salud sean relativamente

Gráfica 4.1-e
Singapur: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2006-2016 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OMS, MAS y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 4.1-f
Singapur: desglose del gasto medio por habitante, 2015* (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OMS)

* Último dato disponible.

altos, en torno al 31,6% del gasto sanitario per cápita. Sin embargo, a través de este mecanismo los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros.

El peso de las distintas fuentes de financiación del sistema de salud en Singapur, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB se muestra en las Gráficas 4.1-e y 4.1-f.

Conviene destacar que, en Singapur, las compañías aseguradoras autorizadas para operar en Vida pueden ofrecer pólizas de salud y accidentes temporales renovables sin licencia adicional. Así, muchos singapurenses deciden complementar la cobertura obligatoria prevista para pagar grandes facturas hospitalarias y tratamientos ambulatorios costosos.

Las empresas en ocasiones ofrecen este tipo de cobertura complementaria a sus empleados, aunque no es del todo habitual. En este sentido, las primas de seguros colectivos de salud representaron en torno al 24% de las primas de esta línea de negocio en 2017, un peso significativamente menor al de las primas de las pólizas individuales de seguros privados de salud.

La mayor compañía aseguradora de salud es AIA Spore, con un volumen de primas de salud de 664,7 millones de USD en 2017, y una cuota de mercado del 26,8% del negocio de salud suscrito por las compañías de Vida. Es seguida de Prudential, con un volumen de primas de salud de 513,5 millones de USD y una cuota de ese mercado del 20,7%.

España

De acuerdo a la estimación del IESS, España se sitúa en tercer lugar de los once países analizados en este reporte, por delante de Australia y detrás de Singapur. En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 8,8% de su PIB en 2017, el octavo de la muestra seleccionada (véase la Gráfica 4.1-a).

El sistema sanitario español responde al denominado modelo Beveridge. Fue concebido a finales de los años setenta, cuando se creó el Sistema Nacional de Salud (SNS). Se trata de

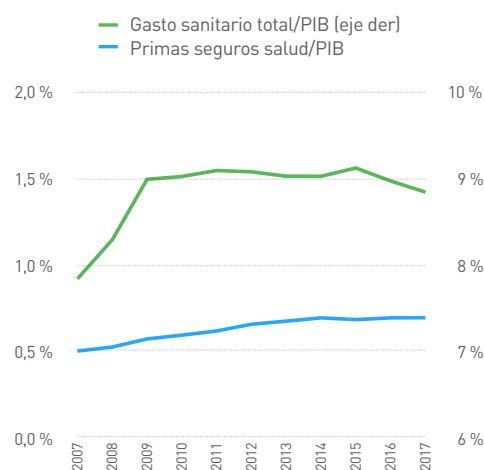
un sistema de cobertura universal para los españoles y para ciudadanos extranjeros inscritos en el registro de extranjería que vayan a residir más de tres meses en este país, así como para los extranjeros menores de dieciocho años. Para el resto de personas existe una cobertura de urgencias en caso de accidente o enfermedad grave. Los funcionarios del Estado pueden elegir entre obtener la cobertura a través de una compañía aseguradora privada que tenga un convenio firmado con su respectiva mutualidad o bien optar por recibirla del SNS.

El peso de las distintas fuentes de financiación del sistema de salud, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB para el caso español, se ilustra en las Gráficas 4.1-g y 4.1-h.

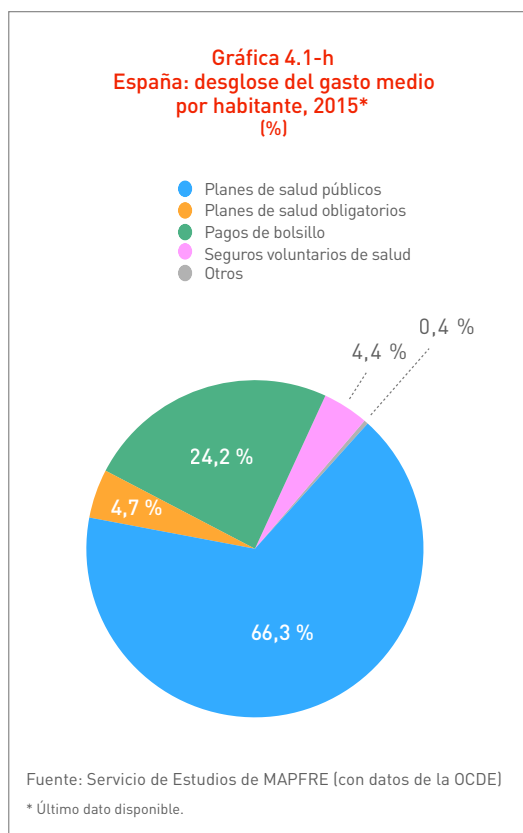
Es de destacar que, a pesar de la amplia cobertura del sistema sanitario público español, los gastos de bolsillo en salud son relativamente altos respecto a otros sistemas, representando el 24,2% del gasto sanitario total en 2015, quinto lugar en la selección de países analizados.

Algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cober-

Gráfica 4.1-g
España: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ICEA, OCDE y OEF/Haver Analytics)



tura obligatoria, como incentivo laboral. El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales, también aplicables a los seguros individuales. Sin embargo, dentro de la cobertura de los seguros privados de salud los seguros individuales tienen un peso mayor, en torno al 72%, siendo el resto seguros colectivos (28% de las primas).

Gran parte del negocio de seguros de salud está en manos de compañías aseguradoras especializadas en esa línea de negocio (*monolines*). Con datos al cierre de 2017, la mayor compañía aseguradora de salud es Segur-Caixa Adeslas con un volumen de primas de salud de 2.567,8 millones de USD y una cuota de mercado del 28,8% del negocio de salud. Esta entidad es seguida de Sanitas (BUPA) con un volumen de primas de salud de 1.421,6 millones de USD y una cuota de ese mercado del 15,9%.

Por último, es importante destacar que el análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial arroja

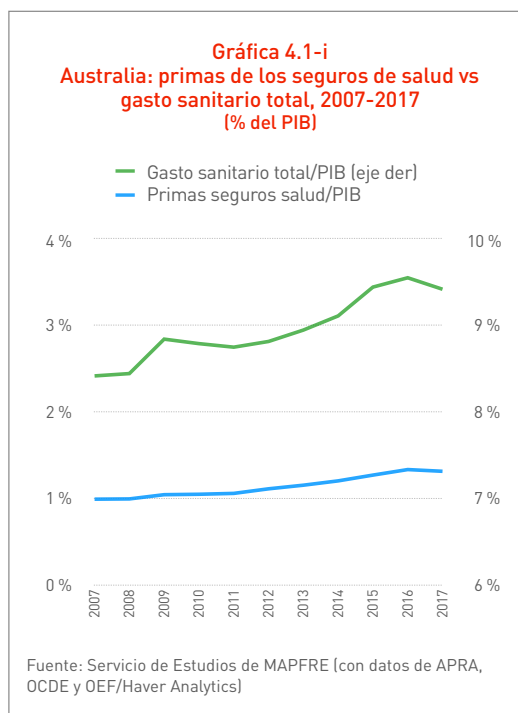
resultados técnicos positivos a lo largo del período 2002-2017.

Australia

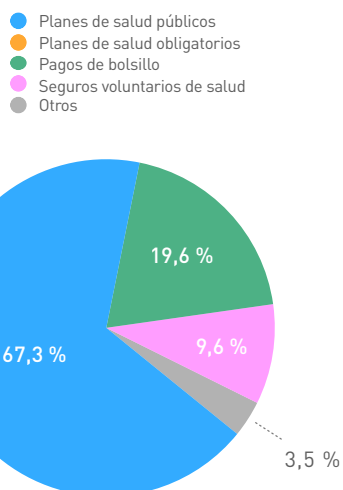
Conforme al IESS, Australia se sitúa en cuarto lugar de los once países analizados en este informe, por delante de Francia y por detrás de España (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario, el porcentaje se situó en torno al 9,4% de su PIB en 2017, el sexto de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

El sistema de salud actual australiano responde al modelo Beveridge, de cobertura universal financiado mediante impuestos. La cobertura sanitaria pública para los australianos y demás residentes permanentes se realiza a través del programa público Medicare, el cual incluye los costos de atención primaria, los costos hospitalarios y el 85% de los costos de los especialistas. Asimismo, cubre ciertos servicios por parte de ópticos, personal de enfermería, obstétricas y odontólogos. Esta cobertura se financia aplicando un recargo del 2% en el impuesto sobre la renta.

Además de Medicare, y con el fin de aliviar la carga del sistema público, se ha establecido un sistema de incentivos para la contratación



Gráfica 4.1-j
Australia: desglose del gasto medio por
habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

adicional de un seguro privado de salud (*Private Health Insurance*, PHI). El incentivo a los seguros privados de salud se articula en forma de penalización a través del impuesto sobre la renta con un recargo progresivo adicional a la tasa de Medicare, en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta.

Las personas que hayan contratado el seguro médico privado pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

El gobierno federal australiano dispone de un comparador electrónico con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas al momento de contratar el seguro privado de salud¹³¹. Existe un marco regulatorio específi-

co en cuanto a la exactitud y oportunidad de la información que debe suministrarse a los consumidores de seguros de salud en este comparador, cuya protección queda bajo el amparo del denominado *Private Health Insurance Ombudsman* (PHIO), con facultades de inspección de este mercado. Asimismo, existen ayudas por parte del gobierno federal que puede subsidiar parte de la primas del seguro privado, en función de la amplitud de su cobertura y de los medios económicos del contratante.

Para el caso de Australia, el peso de las distintas fuentes de financiación, y la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB se muestra en las Gráficas 4.1-i y 4.1-j.

Por otra parte, algunos fondos de salud en Australia proporcionan políticas de cobertura diseñadas para empresas u organizaciones específicas, que pueden ser parte del paquete de beneficios sociales de la compañía. Sin embargo, la importancia relativa de este pilar es residual respecto a la cobertura privada individual, dados los incentivos y las facilidades para la contratación de seguros individuales.

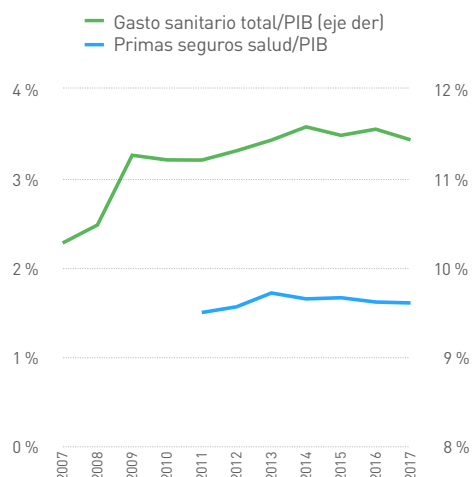
La mayor compañía aseguradora por volumen de primas de seguros de salud en 2017 fue BUPA HI PYT Ltd, con 4.902,9 millones de dólares en primas, un 27,7% del mercado de seguros de salud. Asimismo, el análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial arroja resultados técnicos positivos a lo largo de la década 2006-2016.

Francia

Atendiendo al ranking derivado de las estimación del IESS, Francia se sitúa en quinto lugar de los once países analizados en este informe, por delante de Holanda y detrás de Australia (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario, el porcentaje respectivo se situó en torno al 11,4% de su PIB en 2017, el segundo mayor de la muestra, solo detrás de Estados Unidos (véase la Gráfica 4.1-b).

El sistema francés es un modelo de carácter bismarkiano, con una financiación basada en las retenciones que se realizan sobre los

Gráfica 4.1-k
Francia: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



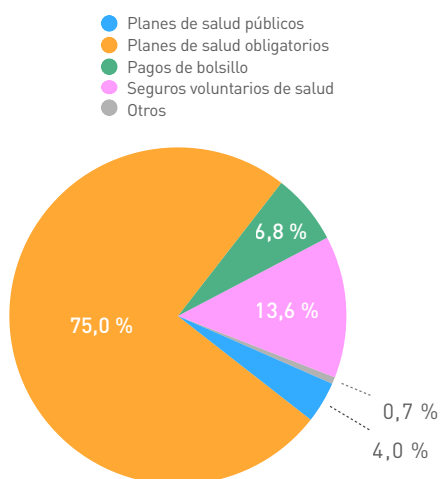
Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

sueldos de los trabajadores y las aportaciones empresariales, pero con rasgos del modelo Beveridge al contar con una cobertura universal e ingresos adicionales que provienen de impuestos específicos como puede ser el tabaco o el alcohol, entre otros.

El peso de las distintas fuentes de financiación, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB, se muestran en las Gráficas 4.1-k y 4.1-l).

La mayor parte de la cobertura se realiza a través de los planes de seguro obligatorio de salud (*Assurance Maladie*), vinculados a una relación laboral. Los trabajadores son afiliados automáticamente a uno de los planes en función de su estatus, sin posibilidad de elección para ellos. El plan con un mayor número de afiliados es el “*Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés*” (CNAMTS) que cubre a los trabajadores de la industria y el comercio, junto con sus familiares. Las personas residentes que no dispongan de cobertura a través de un plan de salud de seguro obligatorio quedan igualmente cubiertas por el sistema público (*Couverture Maladie Universelle*, CMU).

Gráfica 4.1-l
Francia: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
(%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

A pesar de la amplia cobertura del sistema de salud público francés, la penetración de los seguros privados de salud es significativa. El motivo principal es porque aunque la cobertura pública se considera universal (por alcanzar a la práctica totalidad de su población), sin embargo no cubre la totalidad del gasto incurrido sino en torno al 70% del mismo, con la excepción de las personas más desfavorecidas, siendo habitual adquirir un seguro privado de salud complementario con el fin de alcanzar la cobertura total. Esto supone que el porcentaje de gastos de bolsillo en el gasto sanitario per cápita sea reducido (6,8%), el menor de la muestra de sistemas analizados (véase la Gráfica 4.2-b).

La mayor compañía aseguradora por volumen de primas de seguros de salud en Francia en 2017 fue Groupe VYV con 5.648,8 millones de dólares en primas, un 13,5% del mercado de seguros de salud. Le siguen AXA France y Groupama con un 5,8% y un 5,4%, respectivamente.

Holanda

En el caso de Holanda, el IESS sitúa a su sistema de salud en sexto lugar de los once países analizados en este informe, por delante de Reino Unido y detrás de Francia (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje correspondiente se situó en torno al 10,1% en 2017, el cuarto de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

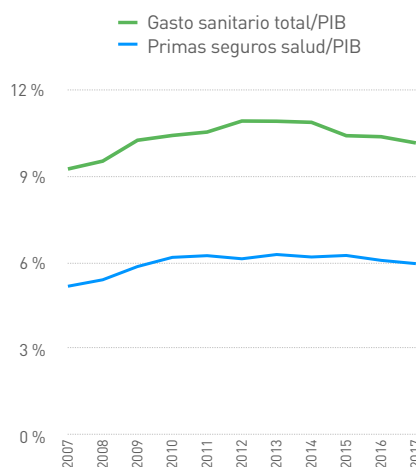
El sistema de salud holandés es un modelo mixto de tipo liberal con elementos del sistema Beveridge. Se trata de un modelo que otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. La prima del seguro se descompone en dos partes, la primera es una cuantía estándar que debe satisfacer cada asegurado mayor de 18 años, y la segunda es una cuantía variable que depende de su nivel de ingresos. Para los niños y jóvenes hasta los 18 años el gobierno paga el coste del seguro con recursos públicos.

Existe un paquete básico de coberturas a las que todos tienen derecho. Las aseguradoras deben garantizar que los servicios incluidos en el paquete básico estén disponibles para todos sus asegurados, están obligadas a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. El asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

Existe un deducible para los gastos de atención médica que se aplica a la mayor parte de los servicios sanitarios del paquete básico. El deducible es una cantidad que debe satisfacer el beneficiario de la atención médica, antes de que la aseguradora se empiece a hacer cargo. No obstante, hay servicios médicos para los cuales no se aplica el deducible, por ejemplo el médico general. En 2018, el gobierno ha establecido el deducible en 385 euros. Además, para determinados gastos médicos del paquete básico hay que pagar una contribución personal o copago.

Las compañías de seguros pueden ofrecer dos tipos de pólizas “*natura*” o “*restitutie*”, o bien una combinación de ambas. La póliza “*natura*”

Gráfica 4.1-m
Holanda: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
(% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de VVV, OCDE y OEF/Haver Analytics)

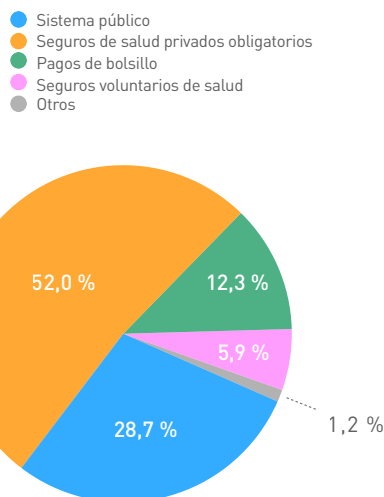
es un seguro de prestación de servicios e implica que las aseguradoras deben ofrecer atención a sus asegurados a través de proveedores de atención médica contratados por la propia aseguradora.

La póliza “*restitutie*”, por su parte, es un seguro de reembolso de gastos que concede al asegurado el derecho al reembolso de su factura de atención médica y la libre elección del proveedor. En principio, el asegurado paga la factura de su bolsillo, que luego es reembolsada por la aseguradora de salud, aunque si la atención es muy costosa esta es pagada directamente por la aseguradora.

El peso de las distintas fuentes de financiación, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB en Holanda, se muestra en las Gráficas 4.1-m y 4.1-n.

En Holanda es habitual que las compañías aseguradoras ofrezcan coberturas de salud complementarias para cubrir los gastos no cubiertos por el seguro privado obligatorio. A pesar del rol predominante de las compañías aseguradoras en el sistema de salud holandés, es de destacar que el porcentaje del gasto

Gráfica 4.1-n
Holanda: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la OCDE)

* Último dato disponible.

sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, lo cual obedece en gran medida a los programas de cuidados a largo plazo, financiados mediante impuestos.

El mercado asegurador de salud holandés está dominado por compañías aseguradoras especializadas en esa línea de negocio (*monolines*). La mayor compañía aseguradora por volumen de primas de seguros de salud en 2015 (último dato disponible), fue Zilveren Kruis Achmea Zorg con 9.862,2 millones de dólares en primas, un 20,7% del mercado de seguros de salud. Le siguen CZ Zorg y VGZ con un 14,4% y un 13,6%, respectivamente. El análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial arroja resultados técnicos negativos en los dos últimos años.

Reino Unido

Conforme al IESS, el Reino Unido se sitúa en séptimo lugar de los once países analizados en este informe, por delante de Chile y detrás de Holanda (véase la Gráfica 4.1-a). En

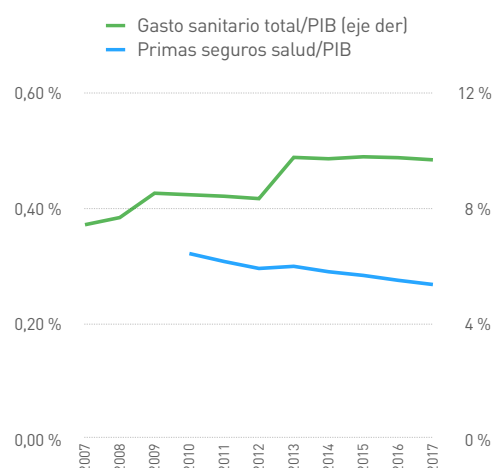
términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 9,7% en 2017, el quinto de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

El sistema sanitario del Reino Unido está basado en el modelo Beveridge. Se articula a través del Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*), financiado en su mayor parte mediante impuestos. La cobertura es universal y gratuita para los residentes legales independientemente de su capacidad de pago.

Para el caso del Reino Unido, el peso de las distintas fuentes de financiación, y la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB, se muestra en las Gráficas 4.1-o y 4.1-p.

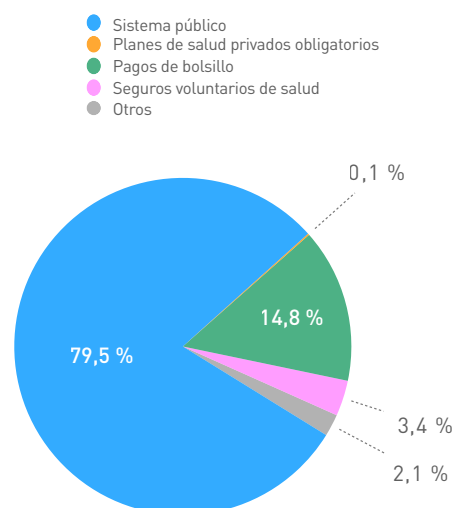
Dada la amplitud y la cobertura gratuita del SNS, solo un pequeño porcentaje de la población del Reino Unido, en torno al 11%, tiene algún tipo de seguro médico privado. Su tipología varía desde la cobertura para afecciones específicas como el cáncer, hasta paquetes más amplios que abarcan terapias complementarias y pruebas de diagnóstico. La gran mayoría de estos contratos, en torno al 82%, son seguros colectivos de empresa.

Gráfica 4.1-o
Reino Unido: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de ACPR, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 4.1-p
Reino Unido: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

* Último dato disponible.

La última información pública disponible de la ABI (2013), sitúa a la compañía aseguradora BUPA como líder del mercado, seguida de AXA PPP Healthcare, que serían las dos principales compañías por cuota de mercado, posiciones que se remontan a más de dos décadas.

Chile

Conforme al IESS, el sistema de salud de Chile se sitúa en octavo lugar de los once países analizados en este informe, por delante de Estados Unidos y por detrás del Reino Unido (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje respectivo se situó en torno al 8,1% en 2017, el noveno de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

El actual sistema sanitario chileno responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con algunos elementos del modelo Beveridge, integrado por un seguro público denominado Fondo Nacional de Salud (Fonasa) y por planes de salud privados gestionados por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), que sur-

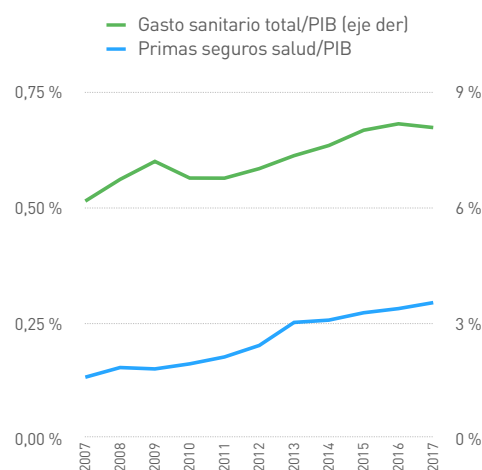
gen con la idea de mejorar la oferta sanitaria y capacidad de elección de los ciudadanos. La financiación del sistema de salud chileno proviene de diferentes fuentes, principalmente del Estado, de las cotizaciones de trabajadores y de las empresas.

Según la última información disponible, de los 17,6 millones de habitantes de Chile, los afiliados al Fonasa (Fondo Nacional de Salud) están en torno a 13,5 millones de habitantes, 3,4 millones se encuentran afiliados a una Isapre y 0,4 millones serían beneficiarios del seguro de las Fuerzas Armadas y Carabineros. El resto de la población (en torno a 0,3 millones) no está cubierta por un plan o seguro de salud.

El peso de las distintas fuentes de financiación, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB, se muestra en las Gráficas 4.1-q y 4.1-r.

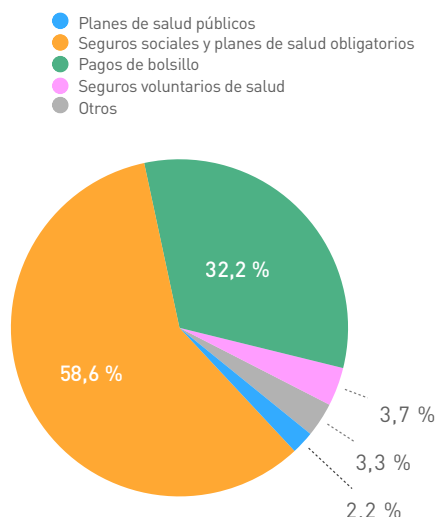
Es importante destacar el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que en 2015 representaba el 32,2% del total de gasto sanitario per cápita, el segundo mayor de la muestra de sistemas analizados, tras México (véase la Gráfica 4.2-b).

Gráfica 4.1-q
Chile: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de Asociación de Aseguradores de Chile, OCDE y OEF/Haver Analytics)

Gráfica 4.1-r
Chile: desglose del gasto medio por habitante, 2015* (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de la Asociación de Aseguradores de Chile y Finaccord)

* Último dato disponible.

Los seguros voluntarios de salud privados complementarios a la cobertura obligatoria son principalmente contratos colectivos suscritos por un empleador o un ente negociador, como sindicatos o unidades internas de empresas. Estos seguros suponen cerca del 80% de los seguros de salud contratados con aseguradoras distintas a las Isapres, con una trayectoria creciente a lo largo de los últimos años.

En el ejercicio 2017, las empresas de seguros ingresaron 527.831 millones de pesos en primas de salud (814 millones de dólares). De esta cifra, el 98,6% son primas emitidas por compañías de seguros de Vida. El mayor grupo por volumen de primas de seguros de salud en 2017 fue MetLife con 179,7 millones de dólares en primas, un 22,1% del mercado de seguros de salud, seguido de Chilena Consolidada con 93,1 millones de dólares en primas y un 11,4% de cuota de mercado.

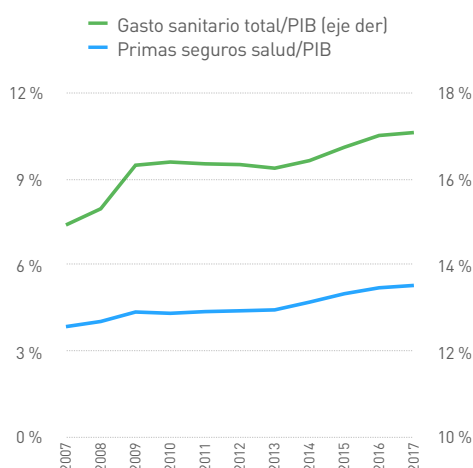
Estados Unidos

El IESS sitúa al sistema de salud de los Estados Unidos en el noveno lugar de los once países analizados en este informe, detrás de Chile y por delante de Brasil (véase la Gráfica 4.1-a). Esta situación contrasta con el porcentaje de gasto sanitario respecto a su PIB que, en 2017, se situó en torno al 17,1%, el mayor de la muestra seleccionada y uno de los mayores a nivel mundial (véase la Gráfica 4.1-b).

El modelo sanitario estadounidense se encuadra en los modelos del tipo liberal, no existiendo una cobertura sanitaria pública de carácter universal propiamente dicha. No obstante, existen ciertos programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que tratan de cubrir los fallos del libre mercado. Los más importantes son el Medicare para las personas mayores, el Medicaid para las personas de bajos recursos, y el CHIP (*Children Health Insurance Program*) para niños. En la actualidad, este tipo de programas cubre a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

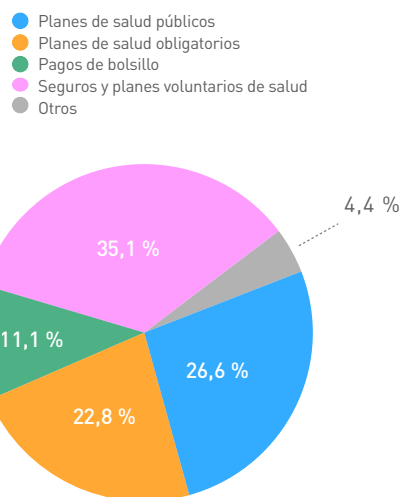
El peso de las distintas fuentes de financiación, así como la evolución del gasto sani-

Gráfica 4.1-s
Estados Unidos: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de NAIC, SNL, OEF, Haver Analytics)

Gráfica 4.1-t
Estados Unidos: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE y OMS)

* Último dato disponible.

tario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB para el caso de Estados Unidos, se muestra en las Gráficas 4.1-s y 4.1-t.

El ámbito de cobertura del sistema público de salud en los Estados Unidos abre un campo importante a su cobertura a través de planes de salud empresariales por parte del sector privado. La penetración de los seguros de salud (primas de salud/PIB) ascendió al 5,3% del PIB en 2017. La mayor parte de las pólizas de seguros de salud, en torno a un 56%, son seguros colectivos de tipo empresarial. Las empresas no han tenido tradicionalmente la obligación de ofrecer cobertura sanitaria a sus trabajadores. Sin embargo, la denominada ley ACA de 2010 (*Patient Protection and Affordable Care Act*) estableció la obligatoriedad para determinadas empresas, en función de su tamaño, de proporcionarles un seguro médico.

A diferencia de las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas de menos de cincuenta trabajadores no están obligadas a ofrecer cobertura sanitaria a sus empleados, más allá del seguro de accidentes laborales.

En ocasiones también lo incorporan como parte del paquete retributivo del trabajador, aunque no es del todo habitual, dado el alto coste que supone para ellas. En estos casos, el trabajador suele hacerse cargo también de una parte del coste del seguro. Con el fin de estimular a estas empresas, se han introducido algunas medidas como los créditos fiscales o la creación de un mercado electrónico de seguros de salud para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado “*Small Business Health Options Plans*” (SHOPs).

Además de la cobertura obligatoria a través de los programas referidos y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado, con requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

Con ese fin, se estableció una regulación específica destinada a permitir el acceso a esas personas a un seguro privado a un coste razonable, con la creación de un mercado electrónico para estos contratos y subsidios para el pago de las primas para personas que estén dentro de umbrales de ingresos por encima de los límites que permiten acceder a Medicaid, pero por debajo de un mínimo determinado en función del nivel federal de pobreza (en la actualidad el 400%).

La introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas, incluso para el sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

Asimismo, con el fin de incrementar su oferta y facilitar la contratación de este tipo de seguros, se negocian en una plataforma digital gestionada por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal, que también informan a los asegurados de las posibles ayudas a las que pueden acceder en función de sus circunstancias.

Los contratos negociados en este mercado de seguros (denominado “*exchanges*”) están estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente).

En torno al 79% del negocio de seguros privados de salud es suscrito por compañías especializadas en esa línea de negocio (*monolines*). Del resto, en torno al 20%, lo suscriben compañías de seguros de Vida, y el 1% restante por compañías de seguros de *Property and Casualty* (P&C, negocio de No Vida, sin incluir el seguro de salud).

El mayor grupo por volumen de primas de seguros de salud en 2017 fue UnitedHealth Group con 138.531,4 millones de dólares en primas, un 13,5% del mercado de seguros de salud, seguido por Kaiser Foundation y Anthem, con un 8,2% y 6,3%, respectivamente. El análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial arroja resultados técnicos positivos a lo largo de la década 2007-2017.

Brasil

Conforme al IESS, Brasil se sitúa en décimo lugar de los once países analizados en este informe, detrás de Estados Unidos y por delante de México (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el indicador se situó en torno al 8,9% en 2015, el séptimo de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

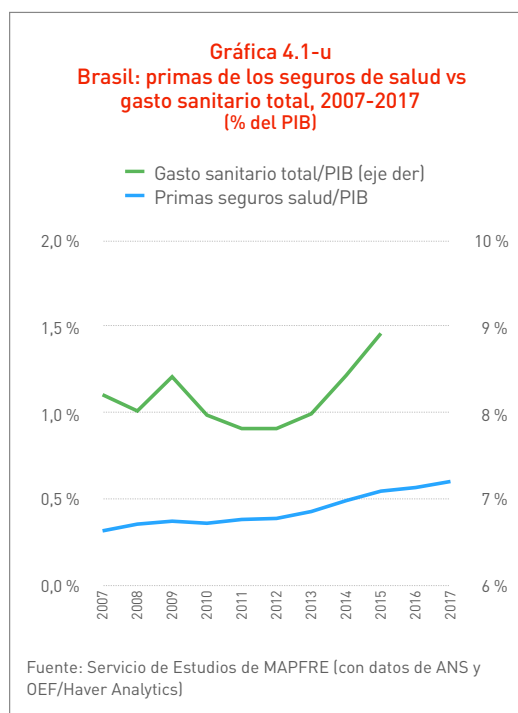
El sistema sanitario brasileño actual responde, en general, al denominado modelo Beveridge. No obstante, a pesar de existir una cobertura pública gratuita universal, el peso del sector privado es significativo, a través de

la denominada cobertura de salud suplementaria.

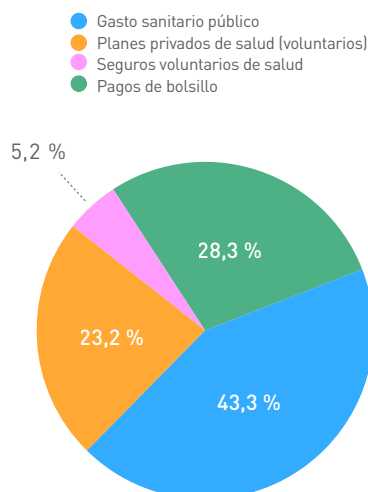
La actual configuración del sistema público de salud brasileño es fruto del proceso de una transformación estructural de finales de la década de los ochenta, cuando pasó de seguir un modelo de seguro social (que cubría solamente a las personas con un contrato de trabajo) a un modelo de servicio nacional de salud, con la creación del Sistema Único de Salud (SUS), de acceso universal y financiado con recursos fiscales. El SUS fue creado en 1988 a raíz de la inclusión en la Constitución del derecho de asistencia integral y gratuita para toda la población.

Para el caso del sistema de salud brasileño, el peso de las distintas fuentes de financiación, y la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB, se ilustran en las Gráficas 4.1-u y 4.1-v.

El sector privado de salud, en su conjunto, es denominado Sistema de Atención Médica Suplementaria (SAMS), y es supervisado por la Agencia Nacional de Salud Suplementaria (ANS). Los usuarios son las empresas y familias, quienes adquieren Planes de Salud y Seguros de Salud colectivos o individuales. Los



Gráfica 4.1-v
Brasil: desglose del gasto medio
por habitante, 2015*
 (%)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de OCDE)

* Último dato disponible.

Seguros de Salud se distinguen por ser principalmente de reembolso posibilitando la libre elección de médico u hospital, mientras que los Planes de Salud son principalmente de prestación de servicios dentro de un cuadro médico y hospitalario predefinido. Los Planes de Salud tienen también la opción de reembolso pero su contratación es menos frecuente.

Los Operadores de Planes de Salud (OPSs) se clasifican en ocho tipos: (i) medicina de grupo; (ii) odontología de grupo; (iii) aseguradoras especializadas en salud; (iv) administradores; (v) cooperativas médicas; (vi) cooperativas dentales; (vii) instituciones filantrópicas, y (viii) de auto-gestión. A enero de 2018, el Sistema de Salud Suplementaria contaba con 1.054 OPSs, que proporcionaban cobertura en torno a 70 millones de beneficiarios. De estos, 48,8 millones lo tenían por colectivo empresarial, 8,6 millones por colectivo por adhesión (otro grupos) y 13,1 millones con contratos individuales.

La mayor compañía aseguradora por volumen de primas de seguros de salud en 2017 fue

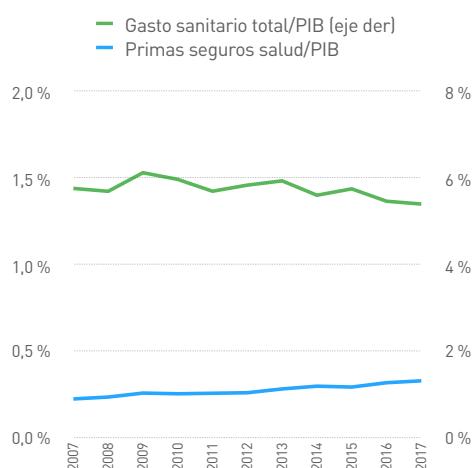
Bradesco, con 6.391,7 millones de dólares en primas y un 51,7% del mercado de seguros de salud, seguida por Sul América, con un 34,4% de cuota. El análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial a lo largo de la década 2007-2017 arroja resultados técnicos negativos en los últimos tres años, empeorando la situación frente a años anteriores en los que solían ser positivos.

México

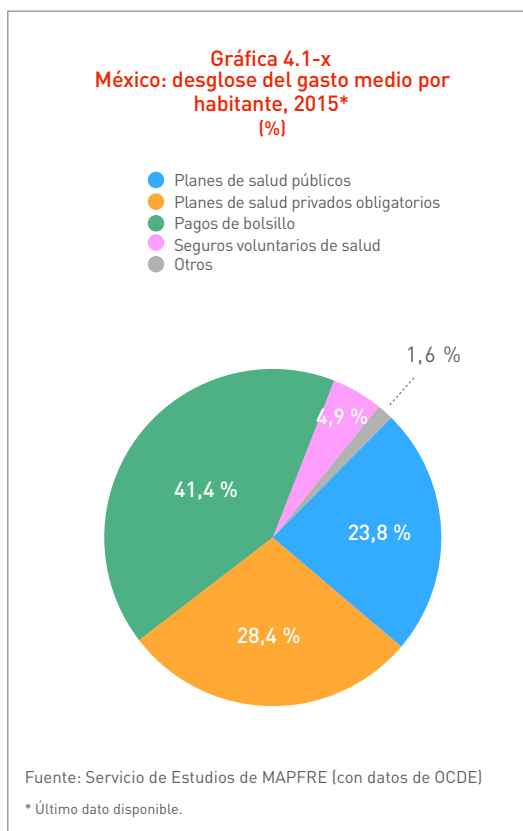
La estimación del IESS sitúa al sistema de salud de México en el último lugar de los once países analizados en este informe, por detrás de Brasil (véase la Gráfica 4.1-a). En términos de gasto sanitario respecto al PIB, el porcentaje se situó en torno al 5,4% en 2017, el décimo de la muestra (véase la Gráfica 4.1-b).

En términos generales, el sistema sanitario mexicano responde a un modelo mixto de corte bismarkiano con elementos tanto del sistema Beveridge como del de libre mercado. En este sistema pueden distinguirse tres grandes componentes: (i) las instituciones de seguridad social vinculadas a una relación laboral, (ii) los servicios de salud para la población no asegurada (Seguro Popular), y

Gráfica 4.1-w
México: primas de los seguros de salud vs
gasto sanitario total, 2007-2017
 (% del PIB)



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE (con datos de CNSF y OEF/Haver Analytics)



(iii) los servicios privados, estos últimos los de mayor peso del sistema en la actualidad, individualmente considerados.

Las instituciones integrantes del sistema de seguridad social son el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para los trabajadores del sector privado; el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE); y el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas Mexicanas (ISSFAM). Además, los gobiernos estatales han creado seguros sociales para sus trabajadores (los llamados ISSSTEs estatales), y algunos organismos descentralizados, como Petróleos Mexicanos, cuentan con servicios médicos independientes.

El Seguro Popular ofrece cobertura a través de dos paquetes de beneficios de salud: el Catálogo Universal de Servicios Esenciales en Salud (CAUSES) y las intervenciones financiadas a través del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos. Adicionalmente, existe un programa denominado IMSS-Prospera que ofrece a las poblaciones marginadas de zonas

rurales y urbanas un paquete básico gratuito de servicios de primer nivel de atención y de prevención en salud.

El peso de las distintas fuentes de financiación, así como la evolución del gasto sanitario y de las primas de los seguros de salud respecto al PIB, se muestran en las Gráficas 4.1-w y 4.2-x. Destaca el elevado porcentaje de gastos de bolsillo en salud que, en 2015, representaba el 41,4% del total de gasto sanitario, el mayor de la muestra de sistemas analizados (véase la Gráfica 4.1-b).

El gasto en salud por parte del subsistema de salud privado mexicano representó un 2,6% del PIB en 2017. En el sector privado están incluidos aquellos que por su condición laboral no cuentan con acceso a la seguridad social (autoempleados, trabajadores asalariados informales, desempleados), no están inscritos en el Seguro Popular, no reciben atención en los servicios públicos de salud y en los sistemas de salud estatales, o no son beneficiarios del programa IMSS-Prospera.

Las empresas aseguradoras privadas ofrecen dos tipos de coberturas: el seguro de gastos médicos mayores y el seguro de salud suscrito con Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES). Estas últimas son instituciones de seguros autorizadas para practicar seguros en la operación de accidentes y enfermedades en el ramo de salud. Tienen la facultad de vender seguros privados y el objetivo debe ser siempre el prevenir o restaurar la salud del asegurado de forma directa y con recursos propios, combinación de ambos, o mediante acciones que se realicen en su beneficio.

Las primas del seguro de gastos médicos ascendieron a 67.830 millones de pesos (3.588 millones de dólares) en 2017, de las cuales la mitad correspondieron a los seguros colectivos y la otra mitad a los seguros individuales. Por otra parte, el seguro de salud ingresó 3.518 millones de pesos (186 millones de dólares) en primas en el mismo ejercicio. En conjunto, el gasto privado en seguros de salud ascendió en 2017 a 71.348 millones de pesos (3.774 millones de dólares).

La mayor compañía aseguradora por volumen de primas de seguros de salud en 2017 fue Grupo Nacional Provincial con 904,3 millones

de dólares en primas, y un 24% del mercado de seguros de salud, seguido por AXA Seguros y MetLife con un 17,5% y un 15,6%, respectivamente. Cabe destacar que el análisis del ratio combinado agregado de esta línea de negocio a nivel sectorial arroja resultados técnicos negativos a lo largo de la década 2007-2017.

4.2 Principales conclusiones

Aspectos generales

Tras el análisis de las principales características de la muestra de modelos sanitarios seleccionados para efectos de este estudio, se observa que los patrones tradicionales que venían siguiendo los mismos (bismarkiano, Beveridge o de libre mercado), en la actualidad parecen desdibujarse. En este sentido, del análisis realizado se observa que existe una tendencia generalizada a extender la cobertura sanitaria de forma universal a la totalidad de las personas residentes de cada país (como recomiendan distintas organizaciones internacionales entre las que destaca la Organización Mundial de la Salud), empleando para ello variantes de los modelos originales o bien una combinación de los mismos.

En este contexto, y con independencia del modelo de salud específico, el sector público juega un papel fundamental a la hora de establecer las políticas públicas necesarias para hacer efectiva la obligación de los proveedores de servicios sanitarios (públicos o privados) de prestar una atención sanitaria adecuada a las personas a las que se les reconoce ese derecho. La forma de prestar esa cobertura sigue diferentes patrones con una diversidad en la tipología y participación de instituciones y proveedores sanitarios, en las fuentes de financiación e incluso en el propio alcance de la cobertura.

Es importante destacar que del análisis de la experiencia internacional se desprende que el objetivo último de contar con una cobertura universal sanitaria no siempre es la consecución de una cobertura gratuita para toda la población residente, sino el ofrecimiento de una protección especial gratuita o fuertemente subsidiada solo para aquellos sectores de la población más desprotegidos, tratando

así de subsanar las deficiencias intrínsecas del modelo sanitario de que se trate o, en último caso, los fallos de mercado que se presenten. Para el resto de la población, el objetivo de cobertura universal en ocasiones se traduce en un coste compartido e, incluso, en algunos sistemas queda limitado a tratar de garantizar la cobertura a un coste razonable (como en el caso del sistema de salud de los Estados Unidos).

Como ejemplos de sistemas de coste compartido destacan países como Francia o Japón, en los que la cobertura universal no es total sino que viene a cubrir en torno al 70% de los gastos sanitarios. En Singapur, por su parte, se subvenciona hasta el 80% de las facturas por la atención de enfermedades graves en hospitales públicos, y Australia cubre los gastos de atención primaria, los costes hospitalarios y el 85% de los costes de los especialistas. En el caso de Holanda, las compañías aseguradoras privadas que prestan la cobertura obligatoria empiezan a hacerse cargo de la factura sanitaria a partir de una determinada cuantía que actualmente está fijada en 385 euros, si bien hay servicios a los que no les resulta aplicable. Todo ello, sin perjuicio de la mayor protección a los sectores de la población más desfavorecidos en todos estos países analizados.

En este contexto, del análisis de los sistemas sanitarios considerados en este estudio pueden desprenderse dos aspectos importantes. El primero, es que el objetivo de avanzar hacia una cobertura universal ha conllevado el establecimiento de mecanismos complementarios a los considerados en los modelos originalmente empleados. Y el segundo, que esos esquemas de complementariedad han implicado una mayor participación del sector privado, bien sea a través de estímulos a la empresas para participar en la cobertura sanitaria complementaria de sus empleados, o bien a través de una mayor participación de las compañías aseguradoras privadas como gestores especializados en la prestación de servicios sanitarios.

En el análisis internacional se observa que el rol de las compañías de seguros viene determinado en gran medida por el modelo sanitario del territorio en el que operan. Normalmente juegan un papel complementario al del

sector público, con algunas excepciones notables como es el caso de Holanda, Estados Unidos o Japón. En Holanda y Japón, la alta penetración de los seguros de salud se debe a decisiones de políticas públicas para que las compañías aseguradoras participen en el sistema de cobertura universal obligatorio. En Japón, por su parte, las entidades aseguradoras que gestionan la cobertura obligatoria vinculada a una relación laboral son de titularidad pública, por lo que el papel de las compañías aseguradoras privadas que ofrecen seguros voluntarios de salud es limitado y de marcado carácter complementario. Y en Estados Unidos la muy relevante participación de la industria aseguradora se debe en mayor medida al modelo sanitario de libre mercado que tienen implantado.

De esta forma, en aquellos países en los que el objetivo es ofrecer una cobertura universal con coste compartido o a un coste razonable, se abre una oportunidad para la participación de seguros voluntarios de salud a través de las compañías aseguradoras privadas. En ocasiones son las propias empresas las que ofrecen a sus trabajadores y a sus familias un seguro complementario a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. Estados Unidos y Francia son casos paradigmáticos en este sentido. En cualquier caso, existe siempre la alternativa de contratar una cobertura voluntaria individual. En ocasiones, para propiciar este comportamiento, las coberturas privadas mediante seguros voluntarios de salud gozan de un régimen fiscal favorable.

En aquellos países en los que el objetivo es ofrecer cobertura sanitaria universal gratuita, como es el caso de Brasil, Reino Unido o España, el volumen de seguros voluntarios complementarios de salud de las compañías aseguradoras privadas es menor, pero no desaparece. Además, el porcentaje de gastos de bolsillo en salud en estos países es elevado, incluso superior a los de otros sistemas de coste compartido. El coste sobre los presupuestos públicos de una atención gratuita universal, tarde o temprano ocasiona problemas de sostenibilidad presupuestaria que terminan traducándose en problemas de financiación e incremento de las listas de espera, derivando en fallos de cobertura lo que también por esa vía abre espacio al desarrollo del seguro privado voluntario.

Buenas prácticas en materia de políticas públicas

De la revisión de la experiencia internacional realizada en este estudio, existen una serie de políticas públicas que conviene destacar, en la medida en que constituyen buenas prácticas que han apoyado el objetivo último de avanzar hacia la universalización de la cobertura de los servicios de salud para la población.

Planes de ahorro para afrontar gastos en salud

La vinculación de ahorro de medio y largo plazo para la atención de las necesidades de salud, ha sido siempre uno de los aspectos que se ha considerado como clave en la mejora de la atención médica de los ciudadanos.

En este sentido, el sistema sanitario de Singapur incluye un plan de ahorro para sus ciudadanos con el fin de atender a sus necesidades futuras de salud, el denominado “Medi-Save”. A través de este mecanismo, los ciudadanos cuentan con un fondo que se va constituyendo mientras están sanos para hacer frente a los gastos sanitarios futuros. Se trata de un sistema que combina el subsidio estatal de hasta el 80% de la factura hospitalaria por enfermedades graves, con un sistema de ahorro obligatorio.

Incentivos a la contratación de seguros voluntarios

Bajo la óptica de la complementariedad como mecanismos para ampliar, y eventualmente universalizar la atención sanitaria de la población, el establecimiento de incentivos para la contratación de seguros voluntarios constituye una pieza clave. Al respecto, y con el fin de aliviar la carga de los sistemas públicos de salud, algunos países han establecido un mecanismo de incentivos para la contratación de seguros privados voluntarios de salud que complementen la atención que brindan los esquemas del primer pilar.

En Australia, por ejemplo, el incentivo se articula bajo la forma de una penalización a través del impuesto sobre la renta imponiendo un recargo progresivo adicional a la tasa de

Gráfica 4.2
Síntesis de buenas prácticas en materia de políticas públicas



Fuente: Servicio de Estudios de MAPFRE

Medicare (aplicable esta última a todos los contribuyentes para la financiación del sistema público), en el caso de no contratarlo. De este modo, solo quedarían exentas de la penalización las personas con menores niveles de renta que no contraten seguros privados de salud. Las personas que hayan contratado el seguro médico pueden optar por la cobertura que les otorga Medicare acudiendo a los hospitales públicos (sin posibilidad de elección en cuanto al especialista que le atenderá y sometido a las listas de espera de la sanidad pública), o bien hacer uso de su seguro privado (con posibilidad de elección de especialista y de evitar las listas de espera del sistema público).

En España, algunas empresas ofrecen a sus trabajadores seguros de salud complementarios a la cobertura obligatoria, como incentivo laboral. El régimen fiscal aplicable a esta forma de retribución tiene en la actualidad ventajas fiscales al quedar exentas en el impuesto sobre la renta la retribución en especie que supone para el trabajador, en las cantidades satisfechas por la empresa para él, su cónyuge y sus descendientes con ciertos límites cuantitativos. En Estados Unidos, Brasil y México también se establecen créditos fiscales en para la

contratación de este tipo de incentivos laborales, o bien por la contratación individual de seguros privados de salud.

Mercados y comparadores electrónicos

Diversos países en los que los seguros privados de salud juegan un papel relevante en el esquema general de sanidad, han introducido normativamente comparadores electrónicos con el fin de facilitar la comparativa en precios y coberturas a la hora de contratar el seguro privado de salud.

En Estados Unidos, con el fin de estimular a las pequeñas y medianas empresas a la contratación de seguros privados de salud para sus trabajadores, además de los créditos fiscales se ha creado un mercado electrónico para facilitarles su contratación y acceder a una mayor oferta, denominado "*Small Business Health Options Plans*" (SHOPs). Existen, asimismo, plataformas digitales para la contratación de seguros individuales gestionadas por los distintos estados o, en su defecto, a nivel federal (denominadas "*exchanges*") con contratos estandarizados, debiendo contar por ley con unas coberturas mínimas bastante amplias en cuanto a prestaciones. Estos con-

tratos pueden, asimismo, cubrir distintos porcentajes de las facturas sanitarias del 60%, 70%, 80% o del 90% (categorías bronce, plata, oro y platino, respectivamente). Estos mercados se han creado a raíz de la introducción de la obligatoriedad de contratación de seguros privados de salud a quienes no queden bajo la cobertura de los programas públicos de protección (Medicare, Medicaid o CHIP).

Fortalecimiento del rol de los seguros privados

En varios de los sistemas analizados, la estrategia de universalización de la cobertura ha considerado, de manera explícita, el fortalecimiento del rol de los seguros privados de salud.

En este sentido, el sistema de salud holandés otorga cobertura universal a través de un seguro médico obligatorio gestionado por compañías aseguradoras privadas. Las aseguradoras que deciden participar en el sistema de cobertura obligatorio deben garantizar que los servicios incluidos en un paquete básico de coberturas estén disponibles para todos sus asegurados. Están obligadas, asimismo, a aceptar a todos los solicitantes y no pueden diferenciar las primas en función de los riesgos para la salud del asegurado. El asegurado puede cambiar de aseguradora cada año.

En Estados Unidos, además de la cobertura obligatoria a través de los programas para personas vulnerables y de los planes de salud obligatorios de las grandes empresas para sus trabajadores, la ley ACA estableció la obligación de contratar un seguro privado de salud, con unos requisitos mínimos, para todas aquellas personas que no quedasen cubiertas a través de los mismos. Entre otras medidas, se estableció que las personas a las que resulta obligatorio contratar ese tipo de seguros no pueden ser rechazadas por enfermedades preexistentes, ni aplicar límites anuales a la cobertura. El contrato debe cubrir como mínimo el 60% del coste actuarial y la prima no puede calcularse de forma individualizada.

Es importante destacar que la introducción de esta obligatoriedad tiene en consideración la mayor capacidad de las aseguradoras para negociar los costes de los servicios con los

proveedores sanitarios, que no tienen las personas a nivel individual, lo que puede ayudar a reducir el coste final de las coberturas que, en Estados Unidos, es muy elevado. Estas negociaciones son complicadas incluso para el sector asegurador, teniendo en cuenta el tamaño y poder de negociación de proveedores como las empresas farmacéuticas o las asociaciones médicas en este país.

Corrección de fallos de mercado

En aquellos países en los que tienen implantado un sistema de salud con características propias de los sistemas de libre mercado, existen programas de protección pública para determinados sectores más vulnerables de la población, que de otro modo no podrían acceder a una cobertura sanitaria a un coste razonable. Es el caso de Estados Unidos con los programas Medicare para las personas mayores, Medicaid para las personas de bajos recursos y CHIP para niños. En la actualidad cubren a un porcentaje significativo de su población, en torno al 40%.

Los retos de los sistemas de salud: a manera de conclusión

Contar con sistemas de salud adecuados y sostenibles, constituye una pieza esencial en el esquema de políticas públicas de todo gobierno. No obstante, los sistemas de salud en el mundo, con independencia del esquema específico en el que se sustenten, enfrentan enormes retos para el futuro.

El incremento generalizado actual de los volúmenes de deuda de los gobiernos y los déficit fiscales, agravados por el incremento de gasto en pensiones y en salud (debido en gran medida al proceso generalizado de envejecimiento de la población), dificultan la extensión presupuestaria de la financiación pública destinada a la cobertura de la atención universal gratuita y de coste compartido.

En este sentido, destaca el caso de Japón y el esfuerzo que está realizando para la obtención de información a través de sus autoridades municipales con el fin de determinar la gravedad del problema. El análisis de esta información muestra que las personas mayores de 64 años acaparan más del 58% del gasto sanitario total, y dentro de este grupo los

mayores de 70 años son destinatarios de en torno al 30% del mismo. Este país forjó una estructura de seguro de salud única para las personas mayores, de manera que la salud fuera gratuita para los mayores de 70 años, subsidiando su carga del 30% de coste compartido. Sin embargo, surgieron problemas de sostenibilidad por su acusado proceso de envejecimiento de la población, y en la actualidad se ha ampliado la edad de entrada a los 75 años exigiéndose además un pequeño copago.

También destaca en este sentido el caso de Holanda que a pesar de la amplia cobertura obligatoria con un rol predominante de las compañías aseguradoras en el subsistema de salud, el porcentaje del gasto sanitario medio per cápita del sistema público es significativo, motivado en gran medida por los programas de cuidados a largo plazo financiados mediante impuestos.

Japón y Holanda son solo dos ejemplos de lo que se estima es un proceso generalizado a nivel mundial y que está impactando igualmente en el resto de los sistemas de

salud. Este proceso de envejecimiento, sin duda, determinará el diseño de futuras políticas públicas a medida que las actuales generaciones alcancen mayores edades con el inevitable aumento del gasto en salud y en pensiones para el que los gobiernos deberían prepararse. En términos del marco conceptual de este estudio, estas políticas debieran apoyarse en los pilares de cobertura complementaria voluntaria de tipo empresarial (segundo pilar) y privada individual (tercer pilar), por la mayor presión que sufrirán las cuentas públicas a medida que el proceso de envejecimiento poblacional avance. De esta forma, los sistemas sanitarios podrán aliviar en parte esas presiones sobre su funcionamiento, así como destinar mayores recursos a los cuidados a largo plazo y paliativos.

Índice de tablas, gráficas y recuadros

Tablas

Tabla 2.1-a	Estados Unidos: ranking de entidades aseguradoras de Accidentes y Salud por volumen de primas, 2017	41
Tabla 2.1-b	Estados Unidos: ranking de grupos aseguradores de Accidentes y Salud por volumen de primas, 2017	41
Tabla 2.2-a	México: esquema de financiación por tipo de seguro, diciembre 2017	44
Tabla 2.2-b	México: esquema de financiación por tipo de seguro, diciembre 2017	45
Tabla 2.2-c	México: ranking de entidades aseguradoras de Salud (gastos médicos) por volumen de primas, 2017	51
Tabla 2.3-a	Brasil: beneficiarios por tipo de contrato de planes de salud, 2018	55
Tabla 2.3-b	Brasil: ranking de entidades aseguradoras de Salud por volumen de primas, 2017	60
Tabla 2.3-c	Brasil: ranking de operadoras de salud suplementaria (sin incluir aseguradoras) por volumen de primas, 2017	60
Tabla 2.4-a	Chile: clasificación de beneficiarios de Fonasa por tramos de ingreso	65
Tabla 2.4-b	Chile: ranking de grupos aseguradores de Salud por volumen de primas, 2017	70
Tabla 2.4-c	Chile: número de instituciones de salud, 2016	71
Tabla 2.5	Australia: ranking de entidades aseguradoras de Salud por volumen de primas, 2017	81
Tabla 2.6-a	Japón: fuentes de financiación del gasto en salud	83
Tabla 2.6-b	Japón: ranking de entidades aseguradoras de Salud por volumen de primas, 2016	90
Tabla 2.7-a	Singapur: ranking de entidades aseguradoras de Vida por volumen de primas en el seguro de Accidentes y Salud a largo plazo, 2017	105
Tabla 2.7-b	Singapur: ranking de entidades aseguradoras Generales por volumen de primas en el seguro de Salud, 2017	105
Tabla 2.8-a	España: ranking de entidades aseguradoras por volumen de primas en seguros de Salud, 2017	116
Tabla 2.8-b	España: ranking de grupos aseguradores por volumen de primas en seguros de Salud, 2017	116
Tabla 2.9	Francia: ranking de grupos aseguradores por volumen de primas en Salud, 2017	125
Tabla 2.10	Holanda: ranking de entidades aseguradoras por volumen de primas en seguros de Salud, 2015	132
Tabla 3.2	Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS)	145

Gráficas

Gráfica 1.2-a	Esquema conceptual: pilares para el análisis de los sistemas de salud	26
Gráfica 1.2-b	Esquema conceptual: síntesis de modelos sanitarios del Pilar 1	27
Gráfica 2.1-a	Estados Unidos: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	29
Gráfica 2.1-b	Estados Unidos: primas de los seguros de salud, 2007-2017	29
Gráfica 2.1-c	Estados Unidos: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	32

Gráfica 2.1-d	Estados Unidos: desglose del gasto medio por habitante, 2015	37
Gráfica 2.1-e	Estados Unidos: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	37
Gráfica 2.1-f	Estados Unidos: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	38
Gráfica 2.1-g	Estados Unidos: densidad de personal sanitario y camas de hospital	38
Gráfica 2.1-h	Estados Unidos: equipos MRI y CT scanners	38
Gráfica 2.1-i	Estados Unidos: indicadores de riesgo	39
Gráfica 2.1-j	Estados Unidos: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	40
Gráfica 2.1-k	Estados Unidos: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	40
Gráfica 2.1-l	Estados Unidos: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2007-2017	41
Gráfica 2.2-a	México: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	42
Gráfica 2.2-b	México: primas de los seguros de salud, 2007-2017	42
Gráfica 2.2-c	México: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	43
Gráfica 2.2-d	México: desglose del gasto medio por habitante, 2015	47
Gráfica 2.2-e	México: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	47
Gráfica 2.2-f	México: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	48
Gráfica 2.2-g	México: densidad de personal sanitario y camas de hospital	48
Gráfica 2.2-h	México: equipos MRI y CT scanners	49
Gráfica 2.2-i	México: indicadores de riesgo	49
Gráfica 2.2-j	México: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	50
Gráfica 2.2-k	México: mortalidad por infarto y enfermedades no transmisibles	50
Gráfica 2.2-l	México: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2007-2017	51
Gráfica 2.3-a	Brasil: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	52
Gráfica 2.3-b	Brasil: primas de los seguros de salud, 2007-2017	52
Gráfica 2.3-c	Brasil: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	53
Gráfica 2.3-d	Brasil: esquema resumen del sistema de salud	55
Gráfica 2.3-e	Brasil: aportaciones a planes y seguros de salud, 2010-2017	56
Gráfica 2.3-f	Brasil: desglose del gasto medio por habitante, 2015	56
Gráfica 2.3-g	Brasil: gasto sanitario por habitante, 2007-2015	57
Gráfica 2.3-h	Brasil: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2015	57
Gráfica 2.3-i	Brasil: densidad de personal sanitario y camas de hospital	58
Gráfica 2.3-j	Brasil: equipos MRI y CT scanners	58
Gráfica 2.3-k	Brasil: indicadores de riesgo	59
Gráfica 2.3-l	Brasil: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	59
Gráfica 2.3-m	Brasil: supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	60
Gráfica 2.3-n	Brasil: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2007-2017	61
Gráfica 2.3-o	Brasil: establecimientos del sistema de salud y servicios	61
Gráfica 2.4-a	Chile: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	62
Gráfica 2.4-b	Chile: primas de los seguros de salud, 2007-2017	62
Gráfica 2.4-c	Chile: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	63
Gráfica 2.4-d	Chile: aportaciones a planes y seguros de salud, 2010-2017	66
Gráfica 2.4-e	Chile: desglose del gasto medio por habitante, 2015	67
Gráfica 2.4-f	Chile: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	67
Gráfica 2.4-g	Chile: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	68
Gráfica 2.4-h	Chile: densidad de personal sanitario y camas de hospital	68
Gráfica 2.4-i	Chile: equipos MRI y CT scanners	68
Gráfica 2.4-j	Chile: indicadores de riesgo	69
Gráfica 2.4-k	Chile: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	69
Gráfica 2.4-l	Chile: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	70
Gráfica 2.5-a	Australia: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	71
Gráfica 2.5-b	Australia: primas de los seguros de salud, 2007-2017	72

Gráfica 2.5-c	Australia: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	72
Gráfica 2.5-d	Australia: desglose del gasto medio por habitante, 2015	77
Gráfica 2.5-e	Australia: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	78
Gráfica 2.5-f	Australia: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	78
Gráfica 2.5-g	Australia: densidad de personal sanitario y camas de hospital	79
Gráfica 2.5-h	Australia: equipos MRI y CT scanners	79
Gráfica 2.5-i	Australia: indicadores de riesgo	79
Gráfica 2.5-j	Australia: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	80
Gráfica 2.5-k	Australia: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	80
Gráfica 2.5-l	Australia: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2006-2016	81
Gráfica 2.6-a	Japón: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	82
Gráfica 2.6-b	Japón: primas de los seguros de salud, 2010-2017	82
Gráfica 2.6-c	Japón: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	82
Gráfica 2.6-d	Japón: desglose del gasto medio por habitante, 2015	87
Gráfica 2.6-e	Japón: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	87
Gráfica 2.6-f	Japón: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	88
Gráfica 2.6-g	Japón: densidad de personal sanitario y camas de hospital	88
Gráfica 2.6-h	Japón: equipos MRI y CT scanners	88
Gráfica 2.6-i	Japón: indicadores de riesgo	89
Gráfica 2.6-j	Japón: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	90
Gráfica 2.6-k	Japón: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	90
Gráfica 2.7-a	Singapur: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2006-2016	96
Gráfica 2.7-b	Singapur: primas de los seguros de salud, 2006-2016	96
Gráfica 2.7-c	Singapur: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2016	96
Gráfica 2.7-d	Singapur: desglose del gasto medio por habitante, 2015	101
Gráfica 2.7-e	Singapur: gasto sanitario por habitante, 2006-2015	102
Gráfica 2.7-f	Singapur: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2015	103
Gráfica 2.7-g	Singapur: densidad de personal sanitario y camas de hospital	103
Gráfica 2.7-h	Singapur: equipos MRI y CT scanners	103
Gráfica 2.7-i	Singapur: indicadores de riesgo	104
Gráfica 2.7-j	Singapur: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	104
Gráfica 2.7-k	Singapur: mortalidad por enfermedades no transmisibles	105
Gráfica 2.8-a	España: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	108
Gráfica 2.8-b	España: primas de los seguros de salud, 2007-2017	108
Gráfica 2.8-c	España: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	109
Gráfica 2.8-d	España: distribución de competencias entre el Estado, Comunidades Autónomas y Entidades Locales	110
Gráfica 2.8-e	España: desglose del gasto medio por habitante, 2015	112
Gráfica 2.8-f	España: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	113
Gráfica 2.8-g	España: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	113
Gráfica 2.8-h	España: densidad de personal sanitario y camas de hospital	114
Gráfica 2.8-i	España: equipos MRI y CT scanners	114
Gráfica 2.8-j	España: indicadores de riesgo	115
Gráfica 2.8-k	España: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	115
Gráfica 2.8-l	España: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	116
Gráfica 2.8-m	España: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2012-2017	117
Gráfica 2.9-a	Francia: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	118
Gráfica 2.9-b	Francia: primas de los seguros de salud, 2011-2017	118

Gráfica 2.9-c	Francia: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2011-2017	118
Gráfica 2.9-d	Francia: desglose del gasto medio por habitante, 2015	121
Gráfica 2.9-e	Francia: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	121
Gráfica 2.9-f	Francia: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	122
Gráfica 2.9-g	Francia: densidad de personal sanitario y camas de hospital	122
Gráfica 2.9-h	Francia: equipos MRI y CT scanners	122
Gráfica 2.9-i	Francia: indicadores de riesgo	123
Gráfica 2.9-j	Francia: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	124
Gráfica 2.9-k	Francia: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	124
Gráfica 2.10-a	Holanda: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	125
Gráfica 2.10-b	Holanda: primas de los seguros de salud, 2007-2017	126
Gráfica 2.10-c	Holanda: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2007-2017	126
Gráfica 2.10-d	Holanda: desglose del gasto medio por habitante, 2015	129
Gráfica 2.10-e	Holanda: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	129
Gráfica 2.10-f	Holanda: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	130
Gráfica 2.10-g	Holanda: densidad de personal sanitario y camas de hospital	130
Gráfica 2.10-h	Holanda: equipos MRI y CT scanners	130
Gráfica 2.10-i	Holanda: indicadores de riesgo	131
Gráfica 2.10-j	Holanda: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	132
Gráfica 2.10-k	Holanda: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	132
Gráfica 2.10-l	Holanda: ratios de eficiencia operativa y en la suscripción, 2016-2017	133
Gráfica 2.11-a	Reino Unido: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	134
Gráfica 2.11-b	Reino Unido: primas de los seguros de salud, 2011-2017	134
Gráfica 2.11-c	Reino Unido: variación de las primas de seguros de salud, gasto sanitario total y PIB, 2012-2017	134
Gráfica 2.11-d	Reino Unido: desglose del gasto medio por habitante, 2015	137
Gráfica 2.11-e	Reino Unido: gasto sanitario por habitante, 2007-2017	137
Gráfica 2.11-f	Reino Unido: variación del gasto sanitario por habitante, 2007-2017	138
Gráfica 2.11-g	Reino Unido: densidad de personal sanitario y camas de hospital	138
Gráfica 2.11-h	Reino Unido: equipos MRI y CT scanners	139
Gráfica 2.11-i	Reino Unido: indicadores de riesgo	139
Gráfica 2.11-j	Reino Unido: muertes de menores de 0 a 4 años, 1950-2020	140
Gráfica 2.11-k	Reino Unido: mortalidad por infarto, supervivencia a cáncer de colon y enfermedades no transmisibles	140
Gráfica 3.1-a	Gasto per cápita en salud vs esperanza de vida al nacer	143
Gráfica 3.1-b	Construcción del Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS)	144
Gráfica 3.2-a	IESS vs ingreso per cápita	147
Gráfica 3.2-b	Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): contribución a la integración del indicador	148
Gráfica 3.2-c	Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): Top-5 y Bottom-5 en la contribución a la integración del indicador	151
Gráfica 4.1-a	Indicador de Eficacia de Sistemas de Salud (IESS): mercados seleccionados	153
Gráfica 4.1-b	Indicadores de gasto sanitario: mercados seleccionados, 2017	153
Gráfica 4.1-c	Japón: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	154
Gráfica 4.1-d	Japón: desglose del gasto medio por habitante, 2015	154
Gráfica 4.1-e	Singapur: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2006-2016	155
Gráfica 4.1-f	Singapur: desglose del gasto medio por habitante, 2015	155
Gráfica 4.1-g	España: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	156
Gráfica 4.1-h	España: desglose del gasto medio por habitante, 2015	157
Gráfica 4.1-i	Australia: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	157
Gráfica 4.1-j	Australia: desglose del gasto medio por habitante, 2015	158
Gráfica 4.1-k	Francia: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	159

Gráfica 4.1-l	Francia: desglose del gasto medio por habitante, 2015	159
Gráfica 4.1-m	Holanda: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	160
Gráfica 4.1-n	Holanda: desglose del gasto medio por habitante, 2015	161
Gráfica 4.1-o	Reino Unido: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	161
Gráfica 4.1-p	Reino Unido: desglose del gasto medio por habitante, 2015	162
Gráfica 4.1-q	Chile: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	162
Gráfica 4.1-r	Chile: desglose del gasto medio por habitante, 2015	163
Gráfica 4.1-s	Estados Unidos: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	163
Gráfica 4.1-t	Estados Unidos: desglose del gasto medio por habitante, 2015	164
Gráfica 4.1-u	Brasil: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	165
Gráfica 4.1-v	Brasil: desglose del gasto medio por habitante, 2015	166
Gráfica 4.1-w	México: primas de los seguros de salud vs gasto sanitario total, 2007-2017	166
Gráfica 4.1-x	México: desglose del gasto medio por habitante, 2015	167
Gráfica 4.2	Síntesis de buenas prácticas en materia de políticas públicas	170

Recuadros

Recuadro 2.1-a	Estados Unidos: "Affordable Care Act" (ACA)	30
Recuadro 2.1-b	Estados Unidos: SHOP Exchange	35
Recuadro 2.5	Incentivos al seguro privado de salud en Australia	74
Recuadro 2.6	Japón: gasto sanitario por grupos de edad	92
Recuadro 2.7	Singapur: el "Plan MediSave"	98

Referencias

- 1/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 2/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de NAIC (incluye datos del Estado de California del "California Department of Managed Health Care"- CDMH). Datos de primas de salud y accidentes.
https://www.naic.org/prod_serv_alpha_listing.htm#
https://www.naic.org/prod_serv/MSR-HB-16.pdf
- 3/ FPL, Federal Poverty Level
- 4/ Porcentaje derivado a partir de los datos de gasto per cápita en salud de la OCDE.
- 5/ <https://www.census.gov/library/publications/2018/demo/p60-264.html>
- 6/ <https://es.statista.com/estadisticas/598537/numero-de-ciudadanos-de-ee-uu-cubiertos-por-medicaid/>
- 7/ La cotización por todas las contingencias, incluida la jubilación, es del 15,3% (con un límite máximo a la base de cotización). De ella, el 12,4% es para la jubilación y el 2,9% para Medicare. Estas cotizaciones se pagan mitad por el empleador y mitad por el trabajador.
- 8/ <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2018/demo/p60-264.pdf>
- 9/ Dato obtenido de nuestra base de datos de primas de salud, con los datos de población de la Organización de las Naciones Unidas.
- 10/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 11/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 12/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón
- 13/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud.
- 14/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la OCDE y OEF/Haver Analytics.
- 15/ Informe del Instituto Mexicano de Seguridad Social de 2018.
- 16/ Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018. Instituto Mexicano de Seguridad Social. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018>
- 17/ http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LISSSTE_220618.pdf
- 18/ Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. Anuario 2016 y Revista Actualidad en Seguros y Fianzas.
- 19/ Según distribución de la Organización Mundial de la Salud (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)
- 20/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 21/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>).
- 22/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 23/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud.
- 24/ Organización Mundial de la Salud
- 25/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de Susep y OEF/Haver Analytics.
- 26/ http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_todos_derechos_deberes_salud_Brasil_bilingue.pdf
- 27/ Sistema de salud de Brasil, Salud Publica Mex 2011; 53 supl 2:S120-S131, Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R
- 28/ <https://www.iess.org.br/cms/rep/conj.pdf>
- 29/ Finaccord
- 30/ Estimado en función del número de beneficiarios: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-gerais>

- 31/ <http://apps.who.int/nha/database/Select/Indicators/en>
- 32/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 33/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 34/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>).
- 35/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 36/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud.
- 37/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la ANS.
- 38/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de Axco.
- 39/ <https://www.iess.org.br/>
- 40/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la OCDE y OEF/Haver Analytics.
- 41/ "Tabla elaborada por la Institución de Salud Previsional cuyos factores muestran la relación de precios del plan de salud para cada grupo de personas, según edad, sexo y condición de cotizante o carga, con respecto a un grupo de referencia definido por la Superintendencia, en instrucciones de general aplicación, el cual asumirá el valor unitario".
- 42/ Recuperado de: <http://www.ochisap.cl/index.php/organizacion-y-estructura-del-sistema-de-salud/estructura-organizacional-del-snss>
- 43/ Según distribución de la WHO (<http://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en>)
- 44/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible
- 45/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>).
- 46/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 47/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud.
- 48/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 49/ <https://www.apra.gov.au/>
- 50/ Los ciudadanos neozelandeses tienen acceso al sistema de salud australiano debido al acuerdo de reciprocidad firmado en 1999. Pueden incluso obtener un tarjeta sanitaria de *Medicare* con unos requisitos mínimos de residencia
- 51/ <https://www.privatehealth.gov.au/>
- 52/ Dato obtenido de la base de datos de primas de salud del Servicio de Estudios de MAPFRE, con los datos de población de la Organización de las Naciones Unidas.
- 53/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 54/ Esta media no incluye a los Estados Unidos, país para el cual no existe información disponible.
- 55/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 56/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 57/ <https://healthengine.com.au/info/Medical-Associations>
- 58/ <http://www.asmof.org.au/>
- 59/ <https://ama.com.au/>
- 60/ <https://ahha.asn.au/about-ahha>
- 61/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 62/ Datos de Finaccord, incluyendo las primas de seguros de salud pagadas por los empleadores, empleados y personas individuales.
- 63/ Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar, 2014a.
- 64/ <http://www.japanhospitalsearch.org/>
- 65/ Health and Global Policy Institute [en base a información del ministerio de salud - MHLW]
- 66/ Dato obtenido de la base de datos de primas de salud del Servicio de Estudios de MAPFRE, con los datos de población de Organización de las Naciones Unidas.

- 67/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 68/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 69/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>).
- 70/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 71/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la FSA.
- 72/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la OMS, la Monetary Authority of Singapore (MAS), OCDE y OEF/Haver Analytics
- 73/ Ministry of Health. Recuperado de: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/costs_and_financing/financing.html
- 74/ Affordable health care: a White paper. Singapore : Singapore National Printers [for] Ministry of Health, 1993
- 75/ Singapore. Ministry of Health. *Healthy minds, healthy communities: National Mental Health Blueprint, Singapore 2007-2012*. Singapore: Ministry of Health, 2010.
- 76/ Ministry of Health. Recuperado de: https://www.moh.gov.sg/content/moh_web/home/our_healthcare_system/qualityinnovation/PatientSafety.html
- 77/ Monetary Authority of Singapore. *Review of Accident & Health Regulatory Framework. Consultation paper P008-2015*. May 2005
- 78/ *Your guide to health insurance: an initiative of the MoneySENSE national financial education programme*. Produced by Life Insurance Association Singapore and General Insurance Association, 2016.
- 79/ Life Insurance Association Singapore. Recuperado de: <http://www.lia.org.sg/node/154409>
- 80/ <https://data.gov.sg/>
- 81/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 82/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 83/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud
- 84/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la MAS.
- 85/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 86/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 87/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 88/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 89/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón
- 90/ <https://www.hspm.org/countries/spain25062012/livinghit.aspx?Section=3.1%20Health%20expenditure&Type=Chapter#83FurtherchangesinthestructureoftheMinistryofHealth>
- 91/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 92/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR).
- 93/ http://www.cmu.fr/vous_etes_etranger_en_situation_irreguliere.php
- 94/ La protección universal de la enfermedad (PUMA) entró en vigor el 1 de enero de 2016.
- 95/ https://www.cleiss.fr/docs/regimes/regime_france/es_1.html
- 96/ <https://www.mutualite.fr/presse/le-marche-de-la-sante-et-de-la-prevoyance-progresse-de-3-en-2017/>
- 97/ Dato obtenido de la base de datos de primas de salud del Servicio de Estudios de MAPFRE, con los datos de población de la Organización de las Naciones Unidas.
- 98/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 99/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 100/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)

- 101/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 102/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud.
- 103/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 104/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la asociación de aseguradores de Holanda (VWV).
- 105/ The European Observatory on Health Systems and Policies (www.hspm.org)
- 106/ <https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>
- 107/ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/zorgverzekeringsstelsel-in-nederland>
- 107/ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/wat-zit-er-in-het-basispakket-van-de-zorgverzekering>
- 107/ <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/zorgverzekering/vraag-en-antwoord/ben-ik-verplicht-een-zorgverzekering-af-te-sluiten>
- 108/ The European Observatory on Health Systems and Policies (www.hspm.org)
- 109/ <https://data.gov.sg/>
- 110/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 111/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 112/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 113/ Servicio de Estudios de MAPFRE con datos de la Organización Mundial de la Salud
- 114/ <https://www.knmg.nl/>
- 115/ <https://www.nhg.org/dutch-college-general-practitioners>
- 116/ The European Observatory on Health Systems and Policies (www.hspm.org)
- 117/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 118/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de Finaccord.
- 119/ European Observatory on Health Systems and Policies (www.hspm.org)
- 120/ European Observatory on Health Systems and Policies (www.hspm.org). Datos referidos a 2014
- 121/ The Kigs Fund: Commission on the Future of Health and Social Care in England, 2014
- 122/ Dato obtenido de la base de datos de primas de salud del Servicio de Estudios de MAPFRE, con información de la Organización de las Naciones Unidas.
- 123/ The Kigs Fund: Commission on the Future of Health and Social Care in England, 2014
- 124/ OECD-Health-Statistics-2018-Frequently-Requested-Data
- 125/ Esta media no incluye a Estados Unidos, para el cual no existe información disponible.
- 126/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de IHME (<http://www.healthdata.org/>)
- 127/ United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision. Regiones más desarrolladas incluye Europa, Norteamérica, Australia/Nueva Zelanda y Japón.
- 128/ Servicio de Estudios de MAPFRE, con datos de la Organización Mundial de la Salud
- 129/ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/98422/Private_Medical_Insurance_UK.pdf
- 130/ Véase por ejemplo el "Bloomberg Health Care Efficiency", el cual, para la construcción de un indicador que considere aspectos de eficiencia, incluye una medida del gasto en salud. <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-09-19/u-s-near-bottom-of-health-index-hong-kong-and-singapore-at-top>
- 131/ <https://www.privatehealth.gov.au/>

Referencias bibliográficas

- The Commonwealth Fund. The U.S. Health Care System. International Profiles of Health Care Systems.
- Brief Summaries of Medicare & Medicaid. Title XVIII and Title XIX of The Social Security Act as of November 20, 2017. Prepared by Barbara S. Klees, Christian J. Wolfe, and Catherine A. Curtis Office of the Actuary Centers for Medicare & Medicaid Services Department of Health and Human Services.
- Health, United States 2016. With chart book on long-term trends in health. U.S. Department of Health and Human Services. En: http://wmapfre/documentacion/privado/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1093111
- Artículo para PBS News Hour. How Medicare came to be, thanks to Harry S. Truman. En: <https://www.pbs.org/newshour/health/president-johnson-signs-medicare-law>
- La cobertura de Medicaid y CHIP. En: <https://www.cuidadodesalud.gov/es/medicaid-chip/getting-medicaid-chip/>
- Leyes de Paridad para la Salud Mental de Massachusetts y Ley Federal de Paridad para la Salud Mental y Equidad Frente a la Adicción (MHPAEA). En: <https://tuftshealthplan.com/documents/members/legal/direct-notice-of-mental-health-parity-spa>
- How Health Insurance Works. Why America Relies on a Private Health Insurance Model. En: <https://www.thebalance.com/how-does-health-insurance-work-3306069>
- Obamacare's changes to doctor payments, explained. En: <https://www.vox.com/cards/how-doctors-are-paid/how-are-us-doctors-paid-today>
- Bundled Payments for Care Improvement (BPCI) Initiative: General Information. En: <https://innovation.cms.gov/initiatives/bundled-payments/>
- Everything you need to get started in Medical Billing & Coding. En: <https://www.medicalbillingandcoding.org/health-insurance-guide/affordable-care-act/>
- Fuentes confiables de información de salud. En: <https://gobierno.usa.gov/temas-de-salud>
- Quality Measures Compared to Achievable Benchmarks. En: https://nhqrnet.ahrq.gov/inhqrdr/New%20York/benchmark/summary/All_Measures/All_Topics
- Individual Shared Responsibility Provision – Reporting and Calculating the Payment (IRS). En: <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/aca-individual-shared-responsibility-provision-calculating-the-payment>
- Breve Historia del Seguro Social. En: <https://www.ssa.gov/espanol/brevehistoria.htm>
- A.M. Best special report: Health Insurers Increase Borrowing Due to ACA Impact. En: http://wmapfre/documentacion/privado/i18n/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1088123
- CDC Centers for Disease Control and Prevention. En: <https://www.cdc.gov/nchs/hus/index.htm>
- EHCI 2015 Single Indicator Score Sheets. En: <http://indicators.healthpowerhouse.com/ehci2015-indicators/>

- Caracterización de Modelos Sanitarios y Sistemas Sanitarios. En: <http://www.politicaspublicas.uncuyo.edu.ar/articulos/index/caracterizacion-de-modelos-sanitarios-y-sistemas-sanitarios>
- CEF. Centro de Estudios Financieros. Prólogo y Capítulo 1. Sistemas de salud y reformas sanitarias en España, Canadá y EEUU. En: <http://www.gestion-sanitaria.com/prologo.html>, y <http://www.gestion-sanitaria.com/sistemas-salud-reformas-sanitarias-espana-canada-EEUU.html>
- OMS Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo. Informe sobre la salud en el mundo 2000 - Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. En: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- Waiting Time Policies in the Health Sector. What works? OECD. En: <http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>
- Health at a Glance 2017.OECD Indicators. World Health Organization. En: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance_19991312
- Healthy life expectancy (HALE) Data by country. En: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.HALE?lang=en>
- Benchmarking. Sistemas sanitarios, copago, urgencias. Juan Toral Sánchez. En: http://dspace.unia.es/bitstream/handle/10334/2576/0483_Toral.pdf?sequence=1
- Medicare Benefits. Social Security Administration USA. En: <https://www.ssa.gov/benefits/medicare/>
- Medicare Premiums: Rules For Higher-Income Beneficiaries. En: <https://www.ssa.gov/pubs/EN-05-10536.pdf>
- Evolución anual del gasto total del programa Medicaid en Estados Unidos entre 2005 y 2020. Statista. En: <https://es.statista.com/estadisticas/598539/gasto-total-de-medicaid-en-estados-unidos/>
- Evolución anual del número de inscripciones en el programa Medicaid en Estados Unidos entre el año 2005 y 2020. En: <https://es.statista.com/estadisticas/598538/inscripciones-en-el-programa-medicaid-en-estados-unidos/>
- Health Insurance Coverage in the United States: 2017. En: <https://www.census.gov/library/publications/2018/demo/p60-264.html>
- H.R.3590 - Patient Protection and Affordable Care Act. En: <https://www.congress.gov/bill/111th-congress/house-bill/3590>
- History and Timeline of the Affordable Care Act (ACA). En: <https://www.ehealthinsurance.com/resources/affordable-care-act/history-timeline-affordable-care-act-aca>
- What is Obamacare? A set of health insurance and industry reforms passed by Congress and signed by President Obama in March 2010. En: <https://www.vox.com/cards/obamacare/what-is-obamacare>
- Health coverage rights and protections. How the health care law protects you. En: <https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/>
- The Center for Consumer Information & Insurance Oversight . Regulations and Guidance. En: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Regulations-and-Guidance/index.html#Consumer%20Support%20and%20Information>
- Twenty States Sue Federal Government , seeking end to Obamacare. En: <https://www.reuters.com/article/us-usa-healthcare/twenty-states-sue-federal-government-seeking-end-to-obamacare-idUSKCN1GB06R>

- Seguros de salud. Opciones de cobertura médica, incluyendo Medicaid, Medicare y COBRA. En: <https://gobierno.usa.gov/seguros-de-salud>
- Rate Review & the 80/20 Rule. En: <https://www.healthcare.gov/health-care-law-protections/rate-review/>
- The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Medical Loss Ratio. En: <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Market-Reforms/Medical-Loss-Ratio.html>
- The Center for Consumer Information & Insurance Oversight. Small Business Health Options Program (SHOP). En: <https://www.cms.gov/CCIIO/Programs-and-Initiatives/Health-Insurance-Marketplaces/SHOP.html>
- What's new in SHOP for 2018. En: <https://www.healthcare.gov/small-businesses/provide-shop-coverage/>
- SHOP Marketplace Enrollment as of January 2017. En: <https://www.cms.gov/CCIIO/Resources/Data-Resources/Downloads/SHOP-Marketplace-Enrollment-Data.pdf>
- Murayama Rendón, Ciro y Ruesga Benito, Santos Miguel (coord.). Hacia un Sistema Nacional Público de Salud en México. México: Universidad Nacional Autónoma de México, 2016.
- Gómez Dantés, Octavio (et al.). Sistema de salud de México. En: salud pública de México / vol. 53, suplemento 2 de 2011.
- Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión 2017-2018. Instituto Mexicano del Seguro Social. En: <http://www.imss.gob.mx/conoce-al-imss/informe-2017-2018>
- González Block, Miguel Ángel (et al.). (2018). El subsistema privado de atención de la salud en México: diagnóstico y retos. México: Universidad Anáhuac.
- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012 (ENSANUT 2012): resultados nacionales. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.
- García-Junco Machado, David (2012). La transformación del sistema de salud y el Seguro Popular. En: Gaceta Médica de México, pp. 518-524
- Sistema de Salud de Brasil. Becerril-Montekio V, Medina G, Aquino R. Sistema de salud de Brasil. Salud Publica, Mex 2011;53 Supl 2:S120-S131.
- El seguro en la sociedad y la economía de Brasil. Fundación MAPFRE, AFI, Julio 2015.
- Agencia Nacional de Saúde Suplementar. Dados do Setor. Sala de Situação. En: <http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>
- Ministerio da Saúde Brasil. "Salud para Todos". Derechos y Deberes de la Salud en Brasil. En: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/salud_todos_derechos_deberes_salud_Brasil_bilingue.pdf
- Instituto de Estudos de Saúde Complementar. En: <https://www.iess.org.br/>
- Conjuntura – Saúde Suplementar 36ª Edição – Dezembro de 2017. En: <https://www.iess.org.br/cms/rep/conj.pdf>
- Saúde Suplementar em Números. Edição nº 18 – 2018. Data base: Dezembro de 2017. En: https://www.iess.org.br/cms/rep/SSn18_2018.pdf
- Ministerio de Salud [2018]. Sentando las bases de una nueva Salud Pública para Chile: documento de trabajo Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- Isapres de Chile [2016]. El sistema de salud chileno: orígenes, transformaciones y desafíos.

- Síntesis de la situación de salud en Chile 2013 [2014]. Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP).
- Reformando el sistema de seguros de salud chileno, F. Paolucci y C. Velasco.
- Comisión Asesora Presidencial para el Estudio y Propuesta de un Nuevo Régimen Jurídico para el Sistema de Salud Privado (2015). Informe final. 2ª ed.
- Portfolio Budget Statements 2017-18 Budget Related Paper No. 1.10, Health Portfolio. Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health 2017. En: (http://www.health.gov.au/internet/budget/publishing.nsf/Content/2017-2018_Health_PBS_sup4/%24File/2017-18_Health_PBS_Complete.pdf)
- Australian Health 2016, Australian Institute of Health and Welfare. En :<https://www.aihw.gov.au/getmedia/9844cefb-7745-4dd8-9ee2-f4d1c3d6a727/19787-AH16.pdf.aspx>
- Competition in the Australian Private Health Insurance Market, Research Paper 1 June 2015. Private Health Insurance Administration Council.
- Health expenditure Australia 2015-16, Australian Institute of Health and Welfare. En: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/3a34cf2c-c715-43a8-be44-0cf53349fd9d/20592.pdf.aspx?inline=true>
- Medicare Guarantee Bill 2017 and Medicare Guarantee (Consequential Amendments) Bill 2017, Parliament of Australia. Paula Pyburne. En: https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/legislation/billsdgs/5335442/upload_binary/5335442.pdf
- Targeted Use of Complementary Medicines: Potential Health Outcomes & Cost Savings in Australia, Frost & Sullivan Economic Report. Christopher Shanahan, Robert de Lorimier. En : http://www.asmi.com.au/media/14046/final_frost_sullivan_report_photocopy_ready_8_oct_2014.pdf
- Complementary Medicines Australia 2017/18. Federal pre-Budget Submission. Mr Carl Gibson. En: <http://www.cmaustralia.org.au/resources/Documents/Media-Releases/2017/Complementary%20Medicines%20Australia%20pre-Budget%20Submission%202017-18.pdf>
- Medicare Benefits Schedule Book Operating from 1 February 2018. Commonwealth of Australia as represented by the Department of Health. En: [http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/7973E0370768F0FCCA25820F00805FC0/\\$File/201802-MBS.pdf](http://www.health.gov.au/internet/mbsonline/publishing.nsf/Content/7973E0370768F0FCCA25820F00805FC0/$File/201802-MBS.pdf)
- Australian Prudential Regulation Authority Annual Reports 2008-2017. En: <https://www.apra.gov.au/annual-reports>
- 25 years of health expenditure in Australia, Health and Welfare Expenditure Series N.56. En: <https://www.aihw.gov.au/reports/health-welfare-expenditure/25-years-of-health-expenditure-in-australia-1989-90-to-2013-14/contents/table-of-contents>
- Access to Allied Psychological Services, Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. En: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/9efb35ca-003c-4eb4-8946-757c732b284a/Access-to-Allied-Psychological-Services-2014-15.pdf.aspx>
- International aged care: a quick guide, Parliament of Australia- Department of Parliamentary Services. Research Paper 2016-1, Kate Roberts. En: https://parlinfo.aph.gov.au/parlInfo/download/library/prspub/5363034/upload_binary/5363034.pdf
- Personal Helpers and Mentors, Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. En: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/personal-helpers-and-mentors>
- Psychiatric disability support services, Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. En: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/psychiatric-disability-support-services>

- National Standards for Mental Health Services. Canberra: Commonwealth of Australia. En: [https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CFA833CB8C1AA178CA257BF0001E7520/\\$File/servst10v2.pdf](https://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/content/CFA833CB8C1AA178CA257BF0001E7520/$File/servst10v2.pdf)
- Specialist homelessness services, Australian Institute of Health and Welfare Mental health services in Australia. En: <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/specialist-homelessness-services>
- Private health insurance use in Australian hospitals 2006–07 to 2016–17, APRA. En: <https://www.aihw.gov.au/getmedia/f95e7fc9-db3f-4e7e-a5f5-38f2f69cd539/aihw-hse-196.pdf.aspx?inline=true>
- International Profiles of Health Care Systems: Australia. The Commonwealth Found. Elias Mossialos and Ana Djordjevic, Robin Osborn and Dana Sarnak. En: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf
- Regulation, Private Health Insurance and the Australian Health System, Fiona McDonald & Stephen Duckett, 2017. En: <https://grattan.edu.au/wp-content/uploads/2017/11/MJLH-11.1-McDonald-2017-11-19.pdf>
- Value and affordability of private health insurance and out-of-pocket medical costs, Australian Senate Standing Committee on Community Affairs, 2017. En: https://ahha.asn.au/sites/default/files/docs/policy-issue/private_health_insurance_-_ahha_submission_july_2017_final.pdf
- Health Systems in transition. Observatorio Asia Pacífico de Sistemas y Políticas de Salud. Japón: Análisis del Sistema Sanitario 2018. Haruka Sakamoto, Md. Mizanur Rahman, Shuhei Nomura, Etsuji Okamoto, Soichi Koike, Hideo Yasunaga, Norito Kawakami, Hideki Hashimoto, Naoki Kondo, Sarah Krull Abe, Matthew Palmer, Cyrus Ghaznavi. En: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259941/1/9789290226260-eng.pdf>
- Human Resources for Health Country Profiles, Japan. Tomofumi Sone, Satoko Horii, Takashi Fukuda, Toshiro Kumakawa, Etsuji Okamoto, Kenichi Kobayashi and Kenichiro Taneda from National Institute of Public Health, Japan. En: <http://iris.wpro.who.int/bitstream/handle/10665.1/13631/9789290618188-eng.pdf?ua=1>
- Overview of Japanese Health Policy. Japan Health Policy Now (JPHN), Health and Global Policy Institute (HGPI). En: <http://japanhpn.org/wp-content/uploads/2016/03/Sections1-4-ENG3.pdf>
- Universal Health Coverage for Inclusive and Sustainable Development. World Bank Group, 2014, Ikegami N. En: <http://documents.worldbank.org/curated/en/575211468278746561/pdf/888620PUB0REPL00Box385245B00PUBLIC0.pdf>
- National Health Insurance Guidebook 2017, National Health Insurance Section. En: https://www.city.toshima.lg.jp/info/jp/documents/2017nhigude_en.pdf
- Annual Health, Labour and Welfare Report: Consideration of a social model to overcome demographic aging. Ministry of Health, Labour and Welfare. En: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw10/dl/summary.pdf>
- Public Health Insurance in Japan, World Bank Insitute. Tetsuo Fukawa. En: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/apcity/unpan020063.pdf>
- Overview of Medical Service Regime in Japan, Ministry of Health, Labour and Welfare. En: https://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken01/dl/01_eng.pdf
- Health Care and Welfare Measures for Persons with Disabilities, Ministry of Health, Labour and Welfare. En: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw6/dl/09e.pdf>

- Health and Welfare Services for the Elderly, Ministry of Health, Labour and Welfare. En: https://www.mhlw.go.jp/english/policy/care-welfare/care-welfare-elderly/dl/long-term_care_health_and_welfare_services_for_the_elderly.pdf
- Health and Medical Services, Ministry of Health, Labour and Welfare. 2016 Edition. En: <https://www.mhlw.go.jp/english/wp/wp-hw9/dl/02e.pdf>
- International Profiles of Health Care Systems: Japan. The Commonwealth Found. Elias Mossialos and Ana Djordjevic, Robin Osborn and Dana Sarnak. En: https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf
- Experts' Agency Problems: Evidence from the Prescription Drug Market in Japan, Toshiaki Iizuka. En: <https://pdfs.semanticscholar.org/2d3c/cd83e5921421b8eefd2a61fee718631c963c.pdf>
- Affordable health care: a White paper. Singapore: Singapore National Printers [for] Ministry of Health, 1993.
- Caring for our people: 50 years of healthcare in Singapore. Singapore: MOH Holdings Pte Ltd, 2015.
- Liu, Chang and Haseltine, William. The Singaporean Health Care System. En: International profiles of health care systems. New York; The Commonwealth Fund, 2017.
- Callick, Rowan. The Singapore Model. En: <http://www.aei.org/publication/the-singapore-model/>
- Health Systems in transition. Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud. España: Análisis del Sistema Sanitario 2010. García Armesto, S., Abadía Taira, M.B., Durán, A., Hernández Quevedo, C., Bernal Delgado, E.
- Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. Ediciones centro de estudios financieros, 2016. Javier Cabo Salvador.
- Informe nº8 Sanidad privada aportando valor. Análisis de situación 2018. Instituto para el desarrollo e Integración de la Sanidad, 2018.
- Catálogo de hospitales Españoles. En: <https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/prestaciones/centrosServiciosSNS/hospitales/docs/CNH2016.xls>
- Los inicios del seguro social de salud en España, 1923-1949. Del seguro de maternidad al Seguro Obligatorio de Enfermedad. Jerónia Pons Pons. Universidad de Sevilla.
- Encuesta Europea de Salud en España 2014. En: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/EncuestaEuropea/Enc_Eur_Salud_en_Esp_2014.htm
- Antonio Sarria Santamera. Modelos y Sistemas Sanitarios, Med Prev, 2007.
- Fundación IDIS sobre sanidad privada en España 2018. En: https://www.fundacionidis.com/wp-content/informes/versionwebinforme_analisis_situac_idis2018.pdf
- La salud y su aseguramiento en Argentina, Chile, Colombia y España. Juan Carlos Galindo Vácha. Fundación MAPFRE, 2011.
- State of health in the EU: Perfil Sanitario del país 2017. En: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_es_spanish.pdf
- España: Perfil Sanitario del país 2017 [OCDE]. En: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/espana-perfil-sanitario-del-pais-2017_9789264285446-es
- EHCI 2015 Single Indicator Score Sheets. En: <http://indicators.healthpowerhouse.com/ehci2015-indicators/>

- Los sistemas sanitarios en los países de la UE. Características e indicadores en el siglo XXI. En: https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist_san.UE.XXI.pdf
- Historia del seguro y del seguro de salud. Isalud.blog. En: <https://www.isalud.com/noticias-salud/historia-del-seguro-y-del-seguro-de-salud-id-14>
- Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. En: <http://www.who.int/whr/2000/es/>
- Waiting Time Policies in the Health Sector. What works? En: <http://www.oecd.org/health/waiting-times-for-elective-surgery-what-works-9789264179080-en.htm>
- Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor. Editores: Juan Oliva, María Victoria Zunzunegui, Pilar García-Gómez, Emilio Herrera. En: <http://sespas.es/2011/12/10/desafios-en-la-autonomia-y-la-atencion-a-la-dependencia-de-la-poblacion-mayor/>
- European observatory on health systems and policies. En: <https://www.hspm.org/countries/france25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>
- L'Assurance Maladie. En: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/histoire-de-l-8217-assurance-maladie.php>
- CMU. Couverture maladie universelle. En: https://www.cmu.fr/protection_universelle_maladie_puma.php
- Sécurité Sociale. En: <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale?type=pro>
- Legifrance. Le service public de la diffusion du droit. En: <https://www.legifrance.gouv.fr>
- Le Cleiss . Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale. En: <https://www.cleiss.fr/>
- European observatory on health systems and policies. En: <https://www.hspm.org/countries/netherlands25062012/livinghit.aspx?Section=2.1%20Overview%20of%20the%20health%20system&Type=Section>
- Rijksoverheid. En: <https://www.rijksoverheid.nl/>
- Belastingdienst. En: <https://www.belastingdienst.nl>
- 2017-18 Worldwide Personal Tax and Immigration Guide. En: <http://www.ey.com/gl/en/services/tax/worldwide-personal-tax-and-immigration-guide---xmlqs?preview&XmlUrl=/ec1images/taxguides/TGE-2017/TGE-NL.xml>
- Ziektekostenverzekering. En: <https://www.ziektekostenverzekering.nl> y <https://www.zorgwijzer.nl/faq/wmo>
- Overheid.nl. En: <https://www.overheid.nl/over-deze-site>
- Wet- en regelgeving. En: <https://wetten.overheid.nl/zoeken>

AVISO

Este documento ha sido preparado por el Servicio de Estudios de MAPFRE con propósitos exclusivamente informativos y no refleja posturas o posiciones de MAPFRE o de Fundación MAPFRE. El documento presenta y recopila datos, opiniones y estimaciones relativas al momento en que fue elaborado, los cuales fueron preparados directamente por el Servicio de Estudios de MAPFRE, o bien obtenidos o elaborados a partir de fuentes que se consideraron confiables, pero que no han sido verificadas de manera independiente por el Servicio de Estudios de MAPFRE. Por lo tanto, MAPFRE y Fundación MAPFRE declinan expresamente cualquier responsabilidad con respecto a su precisión, integridad o corrección.

Las estimaciones contenidas en este documento han sido preparadas a partir de metodologías generalmente aceptadas y deben ser consideradas solo como previsiones o proyecciones, en la medida en que los resultados obtenidos de datos históricos, positivos o negativos, no pueden considerarse como una garantía de su desempeño futuro. Asimismo, este documento y su contenido está sujeto a cambios dependiendo de variables tales como el contexto económico y el comportamiento de los mercados. En esta medida, MAPFRE y Fundación MAPFRE declinan cualquier responsabilidad respecto de la actualización de esos contenidos o de dar aviso de los mismos.

Este documento y su contenido no constituyen, de forma alguna, una oferta, invitación o solicitud de compra, participación o desinversión en instrumentos o activos financieros. Este documento o su contenido no podrán formar parte de ningún contrato, compromiso o decisión de ningún tipo. En lo que se refiere a la inversión en activos financieros relacionados con las variables económicas analizadas en este documento, los lectores de este estudio deben ser conscientes de que bajo ninguna circunstancia deben basar sus decisiones de inversión en la información contenida en este documento. Las personas o entidades que ofrecen productos de inversión a inversores potenciales están legalmente obligadas a proporcionar la información necesaria para tomar una decisión de inversión adecuada. Por lo anterior, MAPFRE y Fundación MAPFRE declinan expresamente cualquier responsabilidad por cualquier pérdida o daño, directo o indirecto, que pueda derivar del uso de este documento o de su contenido para esos propósitos.

El contenido de este documento está protegido por las leyes de propiedad intelectual. Se autoriza la reproducción parcial de la información contenida en este estudio siempre que se cite su procedencia.

Fundación **MAPFRE**

www.fundacionmapfre.org

Paseo de Recoletos, 23
28004 Madrid

P.V.P.: 20€

ISBN: 978-84-9844-713-2



9 788498 447132